



anuário antropológico

v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

**Dossiê “Práticas, políticas e discursos no
campo da saúde mental”**

Autoetnografia

Religiões de matriz africana

Hanseníase

Gênero e anticoncepção

Estética e reparação

ISSN 2357-738X



anúário antropológico

v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

**Dossiê “Práticas, políticas e discursos no
campo da saúde mental”**

Autoetnografia

Religiões de matriz africana

Hanseníase

Gênero e anticoncepção

Estética e reparação

ISSN 2357-738X

Linha editorial

Anuário Antropológico é um periódico fundado em 1977 por Roberto Cardoso de Oliveira que, atualmente, lança números quadrimestralmente pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília (PPGAS/UnB). Publica artigos originais, ensaios visuais e bibliográficos, resenhas de livros e filmes e outros textos de natureza acadêmica que apresentem pesquisas empíricas de qualidade, diálogos teóricos relevantes e perspectivas analíticas diversas. A Revista publica textos em português, inglês, espanhol ou francês. Uma vez triados pela Equipe Editorial, os textos são encaminhados a pareceristas externos para avaliação em regime de anonimato.

Apoio: FAP/DF, processo n. 00193.00000308/2018-36

Equipe Editorial

Soraya Fleischer (Editora Executiva)

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Silvia Maria Ferreira Guimarães (Editora Associada)

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Alberto Fidalgo Castro (Editor Associado)

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Henyo Trindade Barreto Filho (Editor de obituários)

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Conselho Editorial

Andréa de Souza Lobo

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Antonádia Monteiro Borges

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Carla Costa Teixeira

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Carlos Alexandre Barboza Plínio dos Santos

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Carlos Emanuel Sautchuk

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Christine de Alencar Chaves

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Cristina Patriota de Moura

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Daniel Schroeter Simião

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Guilherme José da Silva e Sá

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Henyo Trindade Barreto Filho

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

João Miguel Sautchuk

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

José Antônio Vieira Pimenta

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

José Jorge de Carvalho

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Juliana Braz Dias

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Kelly Cristiane da Silva

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Luis Abraham Cayón Durán

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Luís Roberto Cardoso de Oliveira

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Luiz Eduardo de Lacerda Abreu

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Marcela Stockler Coelho de Souza

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Soraya Resende Fleischer

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Stephen Grant Baines

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Wilson Trajano Filho

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Conselho Científico

Alicia Barabas (*Instituto Nacional de Antropología e Historia, México*)

Antônio Augusto Arantes Neto (*Universidade Estadual de Campinas, Brasil*)

Carmen Rial (*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*)

Cecília Maria Vieira Helm (*Universidade Federal do Paraná, Brasil*)

Claudia Fonseca (*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil*)

João de Pina Cabral (*Instituto de Ciências Sociais*

da Universidade de Lisboa, Portugal)

Josildeth Gomes Consorte (*Pontifícia Universidade*

Católica de São Paulo, Brasil)

Luiz Fernando Dias Duarte (*Museu Nacional/*

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)

Mara Viveros (*Universidad Nacional de Colombia, Colômbia*)

Mariza Peirano (*Universidade de Brasília, Brasil*)

Michael Fischer (*Massachusetts Institute of Technology, Estados Unidos*)

Miguel Bartolomé (*Instituto Nacional de Antropología e Historia, México*)

Myriam Jimeno (*Universidad Nacional de Colombia, Colômbia*)

Raimundo Heraldo Maués (*Universidade Federal do Pará, Brasil*)

Roberto DaMatta (*Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil*)

Roberto Motta (*Universidade Federal de Pernambuco, Brasil*)

Rosana Guber (*Consejo Nacional de Investigaciones*

Científicas y Técnicas, Argentina)

Satish Deshpande (*University of Delhi, Índia*)

Virgínia García Acosta (*Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México*)

Revisão

Gislene Maria Barral Lima Felipe da Silva

Secretaria Executiva

Laise Tallmann

Projeto gráfico e diagramação

Laila Santanna

Pedro Joffily de Araújo

Supervisão editorial

Editoras do Anuário Antropológico

Departamento de Antropologia, sala AT - 40/29

Instituto de Ciências Sociais

Universidade de Brasília

70910-900 – Brasília, DF

Fone: (61) 3107-1560

revista.anuario.antropologico@gmail.com

Nominata de pareceristas

1. Alberto Groisman

Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

2. Aline Ramos Barbosa

Universidade Federal de Rondônia - Brasil

3. Andrea Borghi Moreira Jacinto

Ministério da Saúde - Brasil

4. Camila Cardoso de Mello Prando

Universidade de Brasília - Brasil

5. Carolina Souza Pedreira

Universidade Federal do Tocantins - Brasil

6. Clarice Rios

Antropóloga independente - Brasil

7. Ednalva Maciel Neves

Universidade Federal da Paraíba - Brasil

8. Giovana Acacia Tesmpesta

Universidade de Brasília - Brasil

9. Joana de Vilhena Novaes

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - Brasil

10. Jose Fernell Arenas Gómez

Universidade de Brasília - Brasil

11. José Carlos Pinto da Costa

Universidade NOVA de Lisboa - Portugal

12. Juliana Lopes de Macedo

Universidade Federal do Pampa - Brasil

13. Lecy Sartori

Universidade Federal de São Paulo - Brasil

14. Lilian Leite Chaves

Universidade Federal de Roraima - Brasil

15. Mário Eugênio Saretta Poglia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil

16. Marko Synésio Alves Monteiro

Universidade Estadual de Campinas - Brasil

17. Martinho Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Brasil

18. Mônica Franch

Universidade Federal da Paraíba - Brasil

19. Nubia Rodrigues

Universidade Federal da Bahia - Brasil

20. Ximena Pamela Díaz Bermúdez

Universidade de Brasília - Brasil

21. Renata Nogueira

Universidade de Brasília - Brasil

22. Rita de Cássia Maria Neves

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Brasil

23. Tiago Lemões

Universidade Católica de Pelotas - Brasil

24. Yonissa Marmitt Wadi

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Brasil

sumário

CONFERÊNCIA

- Tênuos direitos: sexualidade, contracepção e gênero no Brasil** 11
Elaine Brandão

DOSSIÊ

- Apresentação do Dossiê: práticas, políticas e discursos no campo da saúde mental** 24
Ana Paula Müller de Andrade, Érica Quinaglia Silva, Fernanda Martinhago e Marcelo Rossal

- Mulheres perigosas: a dualidade desviante das loucas infratoras** 28
Érica Quinaglia Silva, Beatriz Figueiredo Levy e Flávia Siqueira Corrêa Zell

- Por dentro do Hospital Colônia Santana/SC: rastreando mulheres internadas nas décadas de 1940 e 1950** 54
Sônia Weidner Maluf, Mirella Alves de Brito, Inaê Iabel Barbosa e Camila Dias

- A vida social de moradores permanentes de um Hospital psiquiátrico** 76
Sabrina Sarto

- Poder, discursos e práticas políticas: processos de mediação em um Centro de Atenção Psicossocial em Araraquara** 93
Luiz Ricardo Prado

- O Hotel da Loucura: etnografia de uma política pública de saúde mental no município do Rio de Janeiro** 109
Felipe Magaldi

- Agenciamentos sociais e ações do Estado: Parada do Orgulho Louco no Brasil** 126
Ana Paula Müller de Andrade

ARTIGOS

- Aquém do transe e da possessão: A noção de irradiação nos estudos das religiões de matriz africana** 146
Cecilia Mello

anúário antropológico

v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

Evidências, experiências e endemias: Fatos científicos nas políticas de combate à hanseníase 164
Claudia Fonseca

A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla 188
Fabiene Gama

Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas 209
Marcelle Schmitt e Fabiola Rohden

ENSAIO VISUAL

No somos delincuentes: Inscrições de vulnerabilidade em um bairro cigano na Catalunha 230
Nathalia Ferreira Gonçalves

Imagens, ruínas e mundo por vir: deslocamento por lugares e corpos tikmũ,ũn 239
Douglas Ferreira Gadelha Campelo

RESENHAS

De peito aberto. Diretora: Graziela Mantoanelli. Produtor: Leonardo Brant. Produtora: Deusdará. São Paulo. 2019. 80 min. 259
Rosamaria Carneiro Giatti e Raquel Braga

ARAGÃO, Luiz Tarlei de. Coronéis, Candangos e Doutores. Por uma Antropologia dos valores aplicada ao caso brasileiro. Luiz Eduardo de Abreu (Org.). Curitiba: Appris, 2018. 265
Gabriel Omar Alvarez

table of contents

CONFERENCE

- Tenuous rights: sexuality, contraception and gender in Brazil** 11
Elaine Brandão

DOSSIER

- Practices, policies and discourses in the mental health field** 24
Ana Paula Müller de Andrade, Érica Quinaglia Silva, Fernanda Martinhago e Marcelo Rossal

- Dangerous women: The deviant duality of crazy offenders** 28
Érica Quinaglia Silva, Beatriz Figueiredo Levy e Flávia Siqueira Corrêa Zell

- Inside the Colonia Santana Hospital: an ethnographic reading of psychiatric records of women internees in the 1940s and 1950s** 54
Sônia Weidner Maluf, Mirella Alves de Brito, Inaê Label Barbosa e Camila Dias

- The social life of permanent residents in a psychiatric hospital** 76
Sabrina Sarto

- Power, discourses and political practices: mediation processes in a psychosocial care center in Araraquara** 93
Luiz Ricardo Prado

- The Madness Hotel: ethnography of a public mental health policy in the municipality of Rio de Janeiro** 109
Felipe Magaldi

- Social agencies and State actions: Mad Pride Parade in Brazil** 126
Ana Paula Müller de Andrade

ARTICLES

- Below possession: the notion of irradiation in the studies of African diaspora religions** 146
Cecilia Mello

anúário antropológico

v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

Evidence, experiences and endemic diseases: scientific facts in policies for combatting leprosy 164

Claudia Fonseca

Autoethnography as a creative method: experimentations with multiple sclerosis 188

Fabiene Gama

Contours of femininity: Reflections on the borders between the aesthetic and the reconstructive in breast plastic surgeries 209

Marcelle Schmitt e Fabiola Rohden

VISUAL ESSAY

No somos delincuentes: mobilizations of residents in a Romani neighborhood in Catalonia 230

Nathalia Ferreira Gonçalves

Images, ruins and becoming world: displacement across tikmũ,ũn places and bodies 239

Douglas Ferreira Gadelha Campelo

REVIEWS

De peito aberto. Diretora: Graziela Mantoanelli. Produtor: Leonardo Brant. Produtora: Deusdará. São Paulo. 2019. 80 min. 259

Rosamaria Carneiro Giatti e Raquel Braga

ARAGÃO, Luiz Tarlei de. Coronéis, Candangos e Doutores. Por uma Antropologia dos valores aplicada ao caso brasileiro. Luiz Eduardo de Abreu (Org.). Curitiba: Appris, 2018. 265

Gabriel Omar Alvarez



conferência

v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

conferência

Tênuos direitos: sexualidade, contracepção e gênero no Brasil

Elaine Reis Brandão

11

Tênuos direitos: sexualidade, contracepção e gênero no Brasil^s

Tenuous rights: sexuality, contraception and gender in Brazil

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.4926>

Elaine Reis Brandão • Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil

ORCID: 0000-0002-3682-6985

brandao@iesc.ufrj.br

Professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Graduada em Serviço Social, com mestrado e doutorado em Saúde Coletiva, na área de Ciências Humanas e Saúde, no Instituto de Medicina Social (UERJ), e pós-doutoramento no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Tenho me dedicado a investigar, na perspectiva antropológica, temáticas relativas à reprodução, à sexualidade, ao gênero.

Apresento uma síntese de algumas inquietações teóricas e sociopolíticas que permeiam minhas últimas pesquisas, as quais abordam o tema mais amplo da contracepção no contexto brasileiro. A gravidez imprevista é um fenômeno que atravessa a vida de muitas mulheres, de diferentes idades, classes sociais, raças/etnias, agravado pela impossibilidade de realização do aborto em condições seguras, interdito no país. Assim, apoiada em material empírico decorrente de três investigações que contemplam, respectivamente, a contracepção de emergência, os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração e um dispositivo para esterilização tubária, busco demonstrar as imensas dificuldades que cercam a garantia de um direito assegurado na Constituição, o planejamento reprodutivo. Tendo em vista a regulação dos corpos e da sexualidade feminina pelos saberes biomédicos, instituições estatais, religiosas, há sempre uma desqualificação moral daquelas mulheres que “falham” no controle de sua capacidade reprodutiva, consideradas como “sem vergonha” ou “negligentes”. Tampouco se confere importância às hierarquias e constrangimentos de gênero ou à violência que modelam práticas sexuais e contraceptivas. Muito além do repertório de métodos contraceptivos, a contracepção é uma prática cultural, relacional, mediada pelo aprendizado da sexualidade e do gênero, da auto-determinação que precisa ser apoiada pelos serviços públicos de saúde.

I here introduce a synthesis of some theoretical and sociopolitical concerns approached in my recent research concerning the wider topic of contraception in the Brazilian context. The unexpected pregnancy is a phenomenon that crosses many women's lives, regardless the age, social class and race/ethnicity. It is worsened by the impossibility of having a safe abortion, as it is interdict in the country. This research is based on empirical material from three investigations comprising, respectively, emergency contraception, long-term reversible contraceptive methods, and a fallopian tube contraceptive device. Thus, I aim to demonstrate the huge difficulties regarding the warranty of a right provided in the Constitution, i.e., family planning. In view of the regulation of female bodies and sexuality by biomedical knowledge, state and religious institutions, there is always a moral disqualification of those women who “fail” in the control of their reproductive capacity; they are considered “shameless” or “negligent”. Neither gender hierarchies and constraints nor violence that shape sexual and contraceptive practices are assigned importance. Way beyond the choices of contraceptive methods, contraception is a cultural, relational practice, mediated by the learning of sexuality and gender and the self-determination that needs to be supported by public health services.

Sexual and reproductive rights. Sexuality. Gender. Contraception. Female sterilization.

Direitos sexuais e reprodutivos. Sexualidade. Gênero. Contracepção. Esterilização feminina.

Elaine Reis Brandão

Desde os anos 2000 venho me dedicando a compreender melhor as contingências e controvérsias que cercam o tema da gravidez imprevista, a partir de estudos empíricos realizados no Rio de Janeiro. Tal como ocorre com o aprendizado do sexo com o/a parceiro/a, na adolescência e juventude, há uma forte naturalização ou banalização das práticas contraceptivas, em geral atribuídas às mulheres, tomadas como algo dado, meramente técnico, quase compulsório, de ordem natural, como se isso fosse possível. “Evitar filhos” tem sido compreendido no campo da saúde como algo inerente às mulheres, impossível não saber, não fazer, não conseguir evitar uma gravidez inesperada. Daí ouvirmos em todos os espaços sociais expressões tais como: “Como assim, engravidou sem querer?” “Com tanta informação hoje em dia, com tantos métodos, como pode?”. O tema da contracepção, embora tomado no campo da saúde como de domínio técnico relativo ao conhecimento de métodos contraceptivos, engendra relações sociais complexas entre homens e mulheres, que ocorrem em contextos de hierarquias de gênero, de aprendizado da sexualidade e também de violência. Convivemos com uma reprovação moral e social da reprodução, principalmente em classes populares, como se diante da pobreza, não houvesse sentido algum em reproduzir, ter filhos, formar uma família.

Então, a gravidez imprevista tem sido uma janela ou categoria chave, uma chave de leitura para pensar, interpretar e estudar questões atinentes às práticas sexuais heterossexuais, à hierarquia de gênero e os muitos constrangimentos que dela decorrem para as práticas sexuais e contraceptivas, ao aborto inseguro, aos custos e ônus da reprodução, desigualmente divididos entre gêneros (Brandão; Cabral, 2017). Enfim, o tema tem me guiado a pensar desde relações de gênero, assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), políticas públicas, direitos sexuais e reprodutivos e agenciamentos femininos no tocante ao planejamento reprodutivo neste cenário de escassez de apoio e acolhimento nos serviços de saúde para dialogar sobre sexo, violências, opressões de gênero, maternidade, casamento, paternidades, dentre outras questões importantes da vida íntima das mulheres.

Neste sentido, venho transitando teoricamente desde a antropologia do gênero e da sexualidade e a antropologia da saúde e doença para mais recentemente incorporar em minha trajetória de pesquisa saberes relativos à antropologia dos medicamentos e à antropologia da ciência e da tecnologia, sempre guiada pelo fio condutor dos métodos contraceptivos hormonais (pílulas, injetáveis, contracepção de emergência, dispositivo intrauterino e implantes subcutâneos) e/ou artefatos técnicos voltados ao controle reprodutivo. Assim, a contracepção passa a ser vista não somente como uma relação social entre sujeitos que se interagem sexualmente, amparada pelo acesso aos insumos e serviços públicos de saúde, mas também uma relação mediada por objetos sociotécnicos (Akrich, 2014) que condensam normas sociais, valores materiais e simbólicos, emoções, esperanças, expectativas comerciais e industriais do mercado de biotecnologias, marketing de laboratórios farmacêuticos e corporações médicas, etc.

Nesta ampliação da perspectiva de compreender teórica, metodológica e politicamente nossa cultura contraceptiva, apoiada em métodos hormonais ou não, a

§ Essa conferência foi proferida na mesa redonda Saúde Reprodutiva e Gênero, na III Reunião de Antropologia da Saúde, que ocorreu em Natal, de 23 a 25 de setembro de 2019, organizada pelo Departamento de Antropologia e Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Agradeço o convite aos organizadores do evento, em especial Rozeli Porto, e os comentários da debatedora, Soraya Fleischer. Agradeço o apoio da Bolsa do CNPq/PQ 312316/2019-4.

Elaine Reis Brandão

reflexão mais ampla sobre processos de medicalização, biomedicalização ou farmacologização da sociedade (Conrad, 2007; Clarke *et al.*, 2003; Williams; Martin; Gabe, 2011), como vários autores assinalam, torna muito mais complexa a tarefa de pensar algo aparentemente tão banal e corriqueiro, tão “natural”, como “evitar filhos”, diante do fascínio de dispositivos médicos e tecnológicos que prometem suprimir a autodeterminação ou capacidade racional de escolha e decisão das mulheres, controlando assim os muitos riscos que perpassam nossas decisões neste campo.

O fantasma expresso pela forte hegemonia do conceito de “risco”, advindo da epidemiologia, que baliza as representações e práticas em saúde (Neves, 2019; Jeolás, 2010), sempre nos obrigou a pensar na contramão, a inverter a lógica biomédica predominante, a fazer face à cultura do risco que impregna as propostas de prevenção e promoção de saúde. Nesse esforço intelectual de captar e compreender outras lógicas sociais e simbólicas subjacentes aos modos de existir e de enfrentar eventos da vida sexual e reprodutiva, deparamos com escolhas peculiares, com agenciamentos que escapam às prescrições legais e normas sanitárias.

Então, pretendo trazer aqui três exemplos de questões que tenho me dedicado a pesquisar nos últimos anos, como forma de compartilhar com vocês algumas inquietações relativas ao tema da contracepção no contexto brasileiro.

O primeiro deles condensa um conjunto de estudos sobre a contracepção de emergência, comumente conhecida como “pílula do dia seguinte”, que permanece no limbo deste debate, como uma alternativa marginal e periférica, pouco discutida nos serviços de saúde e em nossas políticas públicas. São reflexões desenvolvidas em diálogo com colegas, em projeto de pesquisa anterior (Brandão *et al.*, 2016; Brandão *et al.*, 2017; Brandão, 2019a).

Embora a contracepção de emergência tenha sido aprovada no Brasil há mais de vinte anos (1996) e seja um método contraceptivo hormonal para uso pós-coito, até 120 horas após a relação sexual desprotegida, seu estatuto continua impreciso, em razão de sua posição liminar entre a contracepção e o aborto, devido ao fato de sua utilização ocorrer após a relação sexual. Ao contrário da pílula anticoncepcional de uso diário, que conta com ampla aceitação social (Watkins, 2012), a contracepção de emergência está envolta em inúmeras controvérsias. As recomendações médicas assinalam sua utilização em situações emergenciais, esporádicas, de falha do método em uso, de esquecimentos, em casos de violência sexual, desaconselhando seu uso regular, rotineiro. Por outro lado, para as jovens que tiveram uma relação sexual sem proteção e temem a gravidez, o cálculo do risco de uso “excessivo” da contracepção de emergência é sempre ponderado pelo risco de engravidar. Assim, nas narrativas femininas, o medo da gravidez supera o medo dos efeitos colaterais que o medicamento pode provocar, tais como alterações nos ciclos menstruais, sangramentos. Concebida no senso comum e entre profissionais de saúde e de farmácias como uma “bomba hormonal” em razão de possíveis efeitos deletérios que a ingestão de hormônios poderia provocar, nos pareceu que a ênfase nos perigos e potenciais riscos do medicamento para a saúde das suas usuárias acoberta e assinala muito mais o incômodo com o livre exercício sexual destas jovens.

Elaine Reis Brandão

Há uma estratégia disciplinar subliminar à ênfase recorrente aos perigos da contracepção de emergência. Ao se realçarem os perigos e potenciais riscos à saúde que o contraceptivo provocaria, o que está em discussão é a regulação dos corpos femininos, principalmente jovens e pobres, lócus onde a reprodução é temida no país. Subjacente às preocupações sanitárias com a saúde feminina, o que se teme de fato é o pleno exercício sexual entre mulheres, jovens e pobres, que redundaria em “maternidades de risco”, tão bem discutidas por Alfonsina Faya-Robles (2014; 2019).

As mulheres consumidoras da contracepção de emergência são duramente criticadas por sua “negligência” ou “displicência” com os cuidados contraceptivos prévios à relação sexual. Essa censura social reatualiza uma biopolítica de governo e controle dos corpos femininos, que poupa os homens destes encargos e discrimina mulheres designando-as como “sem vergonha” (Paiva; Brandão, 2017). É curioso também notar em tempos de aprimoramento humano e uso indiscriminado de hormônios em vários processos de aprimoramento corporal, que o uso da contracepção de emergência seja colocado sob suspeição (Brandão, 2018).

A automedicação por parte das mulheres, em relação à contracepção de emergência, com acesso pelas farmácias¹, revela uma iniciativa que precisamos valorizar e compreender melhor. Em tempos em que o planejamento do sexo é mais circunstancial, mediado por tecnologias digitais, por um lado, pode-se dispensar uma árdua negociação com o parceiro quanto ao uso do preservativo masculino, nem sempre aceito por parte dos homens. Por outro lado, ela também permite às usuárias superar as muitas dificuldades encontradas para acesso aos cuidados em saúde nos serviços públicos de saúde – consultas médicas, exames, atividades educativas grupais como pré-requisito para obtenção do método, disponibilidade de insumos. Essa estratégia dispensa sua submissão aos poderes médico e das instituições de saúde (enfermeiras, assistentes sociais, farmacêuticas, agentes comunitárias de saúde) que costumam inquirir e perscrutar sobre a vida sexual, afetiva e moral das usuárias, com vistas ao “aconselhamento” e à “orientação” atinentes às práticas de saúde. O “controle pela palavra” tem sido um objeto de estudo clássico na área da saúde (Memmi, 2010; Berlivet, 2004).

Esse argumento permite discutir as lógicas sociais e simbólicas que possam estar presidindo o recurso à contracepção de emergência pelas mulheres, em especial as mais jovens, na direção que Fainzang (2003, p. 33) designa como “estratégias paradoxais”. O uso da contracepção de emergência como um dispositivo de afirmação da autonomia feminina (embora elas continuem desprotegidas das infecções sexualmente transmissíveis) pode revelar o quanto essa perspectiva pode estar ferindo hierarquias morais e sociais, de classe e de gênero entre nós. Como Carrara (2015) destaca ao discutir as políticas sexuais contemporâneas e seus estilos de regulação moral, as dimensões de responsabilização e de controle de si são centrais e são exatamente essas noções colocadas em cheque na utilização da contracepção pós-coito, desqualificando suas usuárias e sua (in)disciplina.

Infelizmente não temos dados atualizados que demonstrem a posição da contracepção de emergência comparativamente a outros métodos², mas nossa sus-

1 O medicamento levonorgestrel está classificado para venda sob prescrição médica pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas como tantos outros medicamentos no país, pode-se obtê-lo nas farmácias comerciais sem apresentação de receita médica, sob demanda no balcão (*behind-the-counter*).

2 Os dados disponíveis na última Pesquisa Nacional de

Elaine Reis Brandão

peita apoiada em vendas crescentes do medicamento nas últimas décadas pelos laboratórios farmacêuticos é de que cada vez mais ela tem sido usada, em razão de uma previsibilidade mais intangível nos dias atuais quanto às possibilidades de se fazer sexo, à medida que as formas de encontros com potenciais parceiros/as são hoje mediadas pelas tecnologias digitais. Ainda precisamos conhecer melhor como tem sido o recurso feminino à contracepção de emergência e sob quais circunstâncias ele ocorre, mas decerto é uma prática muito difundida em contextos mais jovens, avessos ao uso contínuo da pílula anticoncepcional, por razões de saúde e de retorno ou privilégio aos métodos naturais, não hormonais.

O segundo exemplo que gostaria de compartilhar refere-se aos chamados métodos contraceptivos hormonais reversíveis de longa duração (*Long-Acting Reversible Contraception*), como o implante subdérmico, liberador de etonogestrel, com duração de três anos, e o sistema intrauterino com levonorgestrel (mais conhecido como DIU Mirena®), com duração para cinco anos³. São alternativas contraceptivas que já circulam no país há muitos anos, em consultórios médicos, mas ainda não disponíveis no SUS. O que nos interessa aqui é refletir de que modo eles são pensados e chegam para oferta a um público mais amplo de mulheres, aquelas usuárias do SUS. Que estratégias são acionadas para justificar sua inclusão no SUS? Novamente, a (in)disciplina feminina é ressaltada e reatualizada.

Em 2015, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) solicitou ao Ministério da Saúde (MS) a introdução dos dispositivos citados no SUS às mulheres entre 15 e 19 anos. A Federação defendeu a introdução dessa modalidade de contraceptivos na rede pública de saúde, com indicações para uso em “populações especiais”, como adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e mulheres convivendo com vírus da imunodeficiência humana. Nos documentos examinados, os grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade são detalhados:

estão incluídas as de baixa renda e escolaridade, as moradoras de áreas rurais ou regiões isoladas e remotas, as privadas de liberdade, as que vivem com vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou com outras doenças crônicas, como epilepsia, bem como as indígenas, as adolescentes, as usuárias de drogas ilícitas e as portadoras de deficiência física e/ou mental.

Eles destacam como justificativas as elevadas taxas de gravidez imprevista no país, a vulnerabilidade de determinados estratos sociais e a alegação de que tais métodos “não dependem da disciplina da mulher”. Eles afirmam: “Uma das principais vantagens dos LARC em relação aos contraceptivos reversíveis de curta duração é a manutenção da sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária. Devido à facilidade de uso, os LARC ganharam o apelido ‘pegue-o e esqueça-o’” (Brandão, 2019b). A ideia de delegar ao médico a tarefa de escolha de um método contraceptivo (reversível ou não) minimiza a capacidade de escolha da mulher e seu poder de decisão como uma pessoa autônoma, capaz de avaliar e decidir naquele momento de vida a alternativa contraceptiva que melhor lhe

Demografia e Saúde, em 2006, apontam que 12% das mulheres de 15-49 anos sexualmente ativas afirmaram ter utilizado a contracepção de emergência alguma vez em sua vida (Brandão, 2017). Um inquérito sobre práticas contraceptivas realizado em 2015, com 4.000 mulheres de 15 a 44 anos no município de São Paulo (Olsen et al., 2018), mostrou que o crescimento da utilização da contracepção de emergência foi bastante expressivo em contraste aos outros métodos disponíveis. Mais de 60% das mulheres com 15 a 29 anos de idade disseram já ter usado a contracepção de emergência pelo menos uma vez na vida.

3 O implante subdérmico é um pequeno bastão de plástico, flexível, com 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro que contém a substância ativa etonogestrel liberada na corrente sanguínea. Ele é inserido sob a pele no braço da mulher pelo médico para administração subdérmica de hormônios com finalidade contraceptiva, com ação prolongada por três anos. O sistema intrauterino (SIU) liberador de levonorgestrel é um dispositivo em formato de T inserido no útero da mulher para liberação de hormônio, com finalidade contraceptiva, com ação prolongada de cinco anos.

Elaine Reis Brandão

atenda. Tampouco os LARC prescindem de acompanhamento clínico durante os anos em uso, para avaliar efeitos colaterais ou outro problema que possa surgir, em se tratando de métodos hormonais.

O aspecto mais doloroso da crítica à negligência e à indisciplina das mulheres no uso correto dos métodos contraceptivos é o fato de que essa falha, essa lacuna é transmutada para seu comportamento social, é identificada e julgada não como uma falha técnica, mas sim como uma falha individual de natureza moral. Sua incapacidade de seguir corretamente as prescrições médicas no uso de métodos contraceptivos compromete sua qualificação moral para decidir o que melhor lhe convém, sem necessariamente coincidir com a opinião dos especialistas. E muito pouco continua a ser dito sobre a responsabilidade dos homens no tocante à contracepção.

Por fim, quero trazer alguns resultados de uma investigação mais recente que venho conduzindo com outra colega sobre um dispositivo para controle definitivo da reprodução, designado “*Essure*®”, que circulou no Brasil entre 2009 e 2017.

No final de 2018, denúncias graves de diversos efeitos colaterais sofridos por mulheres em vários países (EUA, Europa, Brasil) vieram a público, após estas terem implantado em suas trompas, sob recomendação médica, um dispositivo permanente para controle reprodutivo, designado *Essure*®⁴. Tais denúncias colocaram em relevo muitas controvérsias científicas que encobrem ampla difusão pela Bayer, nas últimas décadas, deste artefato biomédico, apresentado como “solução ideal” para prevenção definitiva da gravidez. A introdução do dispositivo em hospitais públicos de capitais do Brasil, como Rio de Janeiro e São Paulo, associados ao Sistema Único de Saúde (SUS), despertou nossa inquietação no sentido de investigar tais procedimentos buscando compreender as condições sociais de sua implantação em mulheres usuárias destes serviços de saúde. Estamos buscando compreender a circulação internacional e introdução deste artefato biomédico no Brasil, para identificar processos sociopolíticos que permitiram sua regulação, sua implantação em mulheres que acorreram aos hospitais públicos com demanda para ligadura tubária e o ativismo das pacientes para retirada do *Essure*®, após sérios problemas de saúde (Brandão; Pimentel, 2020).

Apresentado como um dispositivo seguro, inócuo e de fácil manejo clínico, a promessa de um objeto permanente que impediria a gravidez sem necessidade de recorrer ao método cirúrgico, foi vendida pelo laboratório farmacêutico Bayer ao *staff* médico como solução simples, prática e moderna de controle reprodutivo. Aprovado pelas agências reguladoras nos EUA (2002) e Europa (2001), depois no Brasil (2009), os problemas surgidos após quase duas décadas em circulação demonstraram falhas nos processos de avaliação e aprovação de novas tecnologias médicas. Os problemas de saúde identificados envolviam gravidez indesejada, dor crônica, cólicas abdominais, sangramentos, desconforto pélvico, perfuração de trompas ou útero, migração do dispositivo, alergia e diversos sintomas sugestivos de sensibilidade e reações imunológicas associadas ao níquel, usado no dispositivo, dentre outros.

4 O *Essure*® é composto por molas de aço inoxidável, revestidas por capa de níquel-titânio com polietileno (PET), medindo aproximadamente 4 cm com espessura de um fio de cabelo, cuja inserção ocorre através do canal vaginal por aparelho histeroscópio que direciona as molas até o interior das duas tubas uterinas. Segundo o fabricante, após o procedimento, ao longo de aproximadamente três meses, o corpo desenvolveria uma reação orgânica de cicatrização local ocluindo o canal definitivamente, portanto, impedindo a fecundação. Para mais detalhes, cf. Brandão e Pimentel (2020).

Elaine Reis Brandão

As dificuldades existentes no âmbito do SUS para acesso à contracepção e obtenção da laqueadura tubária, com grande demanda de mulheres que aguardam vagas/leitos para tal procedimento, eletivo, pode ter constituído um cenário propício para oferta de um procedimento novo, menos invasivo, realizado em ambulatorios por histeroscopia⁵ e que prometia resolver definitivamente angústias femininas com o risco de uma gravidez imprevista. O acompanhamento clínico após a inserção do *Essure*[®] se estendia apenas aos três meses posteriores, quando se confirmava o sucesso do procedimento e suspendia-se o método contraceptivo em uso neste período entre implantação e sua avaliação clínica posterior. Após isso, as mulheres ficaram desamparadas, com aparecimento de sintomas e problemas de saúde, a princípio não reconhecidos como decorrentes do *Essure*[®]. O entusiasmo médico com o *Essure*[®] no Brasil não foi acompanhado de um cuidadoso monitoramento clínico das pacientes que o implantaram, que permitisse identificar e tratar seus efeitos colaterais em médio e longo prazos.

O *Essure*[®] começou a ser comercializado após curto tempo de realização de pesquisas científicas, valendo-se da fragilidade das normativas de regulação de dispositivos médicos. Em 2018, a Bayer anunciou o fim da sua comercialização nos Estados Unidos. No Brasil, o *Essure*[®] foi incluído em práticas de laqueadura em hospitais que integram o SUS, em muitas situações, através de pesquisas clínicas. Este episódio recoloca a discussão a respeito de quem são os sujeitos inseridos em práticas de pesquisas contraceptivas no país, como são selecionados e como a assistência à saúde lhes é assegurada longitudinalmente.

De modo distinto dos processos autoritários ocorridos nos anos 1970 e 80, que subjugavam o consentimento das mulheres à prática da esterilização, a campanha de divulgação na mídia do *Essure*[®], tanto em seu website oficial (<http://www.essure.com/>), como nos posts e convocações divulgadas pelos hospitais públicos do Brasil, para atraírem ou convidarem mulheres para adesão ao procedimento, sutilmente captou tal anseio pela esterilização e o transformou em objeto de consumo, disponível no mercado. Há um Termo de Consentimento que foi aplicado, mas suspeitamos que as mulheres o assinaram consentindo com o procedimento da laqueadura, sem entenderem perfeitamente as diferenças entre as duas técnicas disponíveis por laparotomia ou por histeroscopia.

Como há uma demanda reprimida de mulheres que desejam fazer a laqueadura no Sistema Único de Saúde, pela via cirúrgica, aprovada na legislação e disponível como procedimento autorizado no rol de possibilidades contraceptivas ofertadas, é comum em diferentes contextos se ouvir menção a tal “fila de espera”. Esse foi o principal argumento usado por médicos para convencer gestores públicos a comprar o *Essure*[®], um dispositivo comercializado por uma única empresa no país com elevado custo. Sob o pretexto da diminuição da fila de espera para laqueaduras, maior agilidade na realização do procedimento, em nível ambulatorial, sem anestesia, internação hospitalar, a promessa era de que em um curto período de tempo, a cobertura se ampliaria sobremaneira.

Outro ardil desta iniciativa foi capturar com maestria a necessidade que as mulheres tinham em realizar a laqueadura para o *Essure*[®], sem que elas percebes-

5 O procedimento da esterilização cirúrgica voluntária foi aprovado no Brasil, em 1996, pela Lei nº 9.263 de Planejamento Familiar, em seu art. 10. A laqueadura tubária está autorizada no SUS, mediante condições especificadas na legislação, por laparotomia, ou seja, um procedimento sob anestesia, com internação hospitalar, mediante abertura da cavidade abdominal para acesso às tubas uterinas. Ao contrário disso, a histeroscopia, utilizada para inserir o dispositivo *Essure*[®] nas tubas uterinas, é realizada em âmbito ambulatorial, sem anestesia, por um aparelho chamado histeroscópio, que o introduz via canal vaginal.

Elaine Reis Brandão

sem todas as diferenças entre ambos os procedimentos, o tradicional e o novo, os riscos e benefícios associados a cada um. Assim, o fato de muitas terem sido convidadas a assinar o Termo de Consentimento, parece-nos que, grosso modo, elas consentiram com a laqueadura antes desejada, com um procedimento médico irreversível que as livraria da gravidez para sempre, não necessariamente no tipo de técnica ou artefato a ser usado para este fim. De quais maneiras a diferença entre a ligadura por laparotomia ou histeroscopia foi informada e dialogada com as mulheres? Ao cotejarmos o Termo de Ciência e Consentimento Pós-Informado, utilizado em hospital público do Rio de Janeiro, percebe-se um documento longo de 4 folhas, letras mínimas, muitos termos técnicos e um volume de informações que dificilmente uma usuária com pouca escolaridade ou educação científica conseguiria apreender totalmente.

O interesse pela investigação deste tema advém do fato de ele reatualizar velhos dilemas éticos, sociais e políticos no campo da relação entre autoridade médica, empresarial e autonomia reprodutiva das mulheres. A atenção à saúde das mulheres, no que concerne à contracepção (reversível ou não) e à reprodução, continua sendo terreno propício e estratégico para a experimentação de novos procedimentos e aparatos técnicos e de biomedicalização do corpo feminino, em muitos momentos à revelia das usuárias.

Então, retomando o título de minha comunicação, “Tênuos direitos” significa que algo praticamente estabelecido em nossa Constituição, no SUS, nas políticas públicas de planejamento reprodutivo não encontra reverberação na atenção às necessidades destas mulheres. Como disse, a contracepção é um processo relacional, sujeito a condições sociais, de saúde e fase do ciclo de vida que a mulher se encontra, ao tipo de parceria sexual (ocasional ou estável) e à hierarquia de gênero. As chamadas descontinuidades contraceptivas não deveriam ser condutas de exceção, mas aceitas e incorporadas ao fluxo da vida a dois. Interrupções no uso de métodos acontecem por muitos motivos: mal-estares decorrentes de métodos hormonais, ganho de peso, outros efeitos colaterais, esquecimentos, deslocamentos na rotina cotidiana, ausência de recursos financeiros, troca do método em uso, rompimentos de relacionamentos afetivo-sexuais, entre outros. Aceitar tais descontinuidades contraceptivas como inerentes às práticas sexuais nos ajuda a reivindicar o direito ao aborto seguro, a disponibilidade da contracepção de emergência no SUS e nas farmácias fora do balcão (*over-the-counter*), com venda livre às consumidoras, os métodos reversíveis de longa duração a todas as mulheres do SUS que assim o desejarem, garantindo acompanhamento clínico ao longo destes três ou cinco anos, e o acesso à ligadura de trompas, dispensando o consentimento do parceiro às usuárias que optarem pela via definitiva da esterilização.

A importância da ampliação do leque de alternativas contraceptivas no SUS é inegável, mas é preciso compreender melhor sob que moldes os métodos contraceptivos são ofertados, quais as justificativas subjacentes à sua implantação e como serão acompanhadas as mulheres ao longo do tempo que deles fizerem uso. Daí a importância de conhecermos e acompanharmos os agenciamentos possíveis, como tais mulheres, inseridas em contextos específicos de classe, raça/etnias,

Elaine Reis Brandão

geracionais e de exclusão social lidam com seus corpos e saúde reprodutiva, como superam dificuldades no campo da contracepção e da reprodução e como se relacionam com as instâncias sociais de controle médico.

No caso do dispositivo *Essure*[®], que comentei antes, o ativismo digital das mulheres que fizeram a inserção do artefato e sofrem com muitas dores, sequelas e adoecimento em decorrência do dispositivo, tem sido o dado mais esperançoso deste cenário desolador para quem não deseja mais parir e não encontra as vias de fato para sua proteção. Elas têm se organizado em blogs, grupos de WhatsApp, Facebook, se conectado com outras mulheres de vários estados do Brasil e também acompanhado outras “*e-sisters*” na internet na Europa e EUA, trocando informações em busca da retirada definitiva do *Essure*[®] de seus corpos. Nossa pesquisa seguirá em seu segundo momento na tentativa de ouvi-las e de também escutar profissionais de saúde envolvidos com tal iniciativa. Espero, no futuro próximo, poder novamente dialogar com vocês a respeito.

Recebido: 28/01/2020

Aprovado: 03/03/2020

Elaine Reis Brandão

Referências

- AKRICH, M. *Como descrever os objetos técnicos?* Boletim Campineiro de Geografia, v. 4, n. 1, p. 161-182, 2014.
- BERLIVET, L. *Une biopolitique de l'éducation pour la santé: la fabrique des campagnes de prévention*. In: FASSIN, D.; MEMMI, D. (Dir.). *Le gouvernement des corps*. Paris: EHESS, 2004. p. 37-75.
- BRANDÃO E. R. et al. "Bomba hormonal": os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 9, p. 2-11, 2016.
- BRANDÃO E. R. et al. *Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo*. *Horizontes Antropológicos*, v. 23, n. 47, p. 131-161, 2017.
- BRANDÃO, E. R. *Contraception d'urgence au Brésil: la grammaire du risque dans un pays inégalitaire*. *Anthropologie et Santé*, n. 19, 2019a. Disponível em: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/5210>. Acesso em: 17 mar. 2020.
- BRANDÃO, E. R. *Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 875-879, 2019b.
- BRANDÃO, E. R. *O atendimento farmacêutico às consumidoras da contracepção de emergência*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1122-1135, dez. 2017.
- BRANDÃO, E. R. *Hormônios sexuais, moralidades de gênero e contracepção de emergência no Brasil*. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 769-776, set. 2018.
- BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. *Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. e00211216, 2017.
- BRANDÃO, E. R.; PIMENTEL, A. C. L. *Essure® no Brasil: desvendando sentidos e usos sociais de um dispositivo biomédico que prometia esterilizar mulheres*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, e200016, 2020.
- CARRARA, S. *Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo*. *Mana*, v. 21, n. 2, p. 323-345, 2015.
- CLARKE, A. et al. *Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine*. *American Sociological Review*, New York, v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003.
- CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
- FAINZANG, S. *Entre práticas simbólicas e recursos terapêuticos: as problemáticas de um itinerário de pesquisa*. *Antropolítica*, n. 15, p. 39-59, 2003.
- FAYA ROBLES, A. *Health regulations and social experiences of "high-risk" pregnancies among young working-class women in Brazil*. *Health, Risk & Society*, v. 21, n. 3-4, p. 100-121, 2019.
- FAYA-ROBLES, A. *Régulations en santé materno-infantile en milieu populaire à partir de la notion de risque*. *Anthropologie & Santé*, n. 9, 2014. Disponível em: <http://anthropologiesante.revues.org/1525>. Acesso em: 17 mar. 2020.
- JEOLÁS, L. S. *O diálogo interdisciplinar na abordagem dos riscos: limites e possibilidades*. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 9-21, 2010.
- MEMMI, D. *L'autoévaluation: une parenthèse? Les hésitations de la biopolitique*. *Cahiers internationaux de sociologie*, v. 128-129, n. 1, p. 299-314, 2010.

Elaine Reis Brandão

- NEVES, E. M. *Sobre a égide da epidemiologia do risco*. Legitimidade e controle através da normalização social. In: BAGRICHEVSKY, M. (Org.). *Saúde Coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas*. 2. ed. Blumenau: Instituto Federal Catarinense, 2019. p. 487-519.
- OLSEN, J. M.; LAGO T. G.; KALCKMANN, S.; ALVES, M. C. G. P.; ESCUDER, M. M. L. *Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. e00019617, 2018.
- PAIVA, S. P.; BRANDÃO, E. R. *Silêncio e vergonha: contracepção de emergência em drogaria do Rio de Janeiro*. *Revista Estudos Feministas*, v. 25, n. 2, p. 617-636, 2017.
- WATKINS, E. S. *How the pill became a lifestyle drug*. The pharmaceutical industry and birth control in the United States since 1960. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 8, p. 1462-1472, 2012.
- WILLIAMS, S. J.; MARTIN, P.; GABE J. *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis*. *Sociology Health Illness*, v. 33, n. 5, p. 710-725, 2011.



dossiê

v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

dossiê

Apresentação do Dossiê: práticas, políticas e discursos no campo da saúde mental 24

Ana Paula Müller de Andrade, Érica Quinaglia Silva, Fernanda Martinhago e Marcelo Rossal

Mulheres perigosas: a dualidade desviante das loucas infratoras 28

Érica Quinaglia Silva, Beatriz Figueiredo Levy e Flávia Siqueira Corrêa Zell

Por dentro do Hospital Colônia Santana: uma leitura etnográfica de prontuários psiquiátricos de mulheres internas nas décadas de 1940 e 1950 54

Sônia Weidner Maluf, Mirella Alves de Britto, Inaê Label Barbosa e Camila Andressa Dias da Silva

A vida social de moradores permanentes de um Hospital psiquiátrico 76

Sabrina Sarto

Poder, discursos e práticas políticas: processos de mediação em um Centro de Atenção Psicossocial em Araraquara 93

Luiz Ricardo Prado

O Hotel da Loucura: etnografia de uma política pública de saúde mental no município do Rio de Janeiro 109

Felipe Magaldi

Agenciamentos sociais e ações do Estado: Parada do Orgulho Louco no Brasil 126

Ana Paula Müller de Andrade

Apresentação do Dossiê: práticas, políticas e discursos no campo da saúde mental

Practices, policies and discourses in the mental health field

Ana Paula Müller de Andrade • Universidade Estadual do Centro-Oeste – Brasil

Psicóloga, doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste, campus Irati-PR. Pesquisadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural.

ORCID: 0000-0002-1600-0801
anamullerdeandrade@gmail.com

Érica Quinaglia Silva • Universidade de Brasília – Brasil

Professora na Universidade de Brasília. Doutora em Antropologia pela Sorbonne e Universidade Federal de Santa Catarina, com pós-doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fiocruz, Universidade Federal Fluminense e Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

ORCID: 0000-0001-9526-7522
equinaglia@yahoo.com.br

Fernanda Martinhago • Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil / Université Paris 8 – França

Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva e doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), doutora em Antropologia Médica pela Universitat Rovira i Virgili (URV), na Espanha. Pós-doutoranda na Université Paris 8 (França) e UFSC (Bolsista CAPES-COFECUB). Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde (NESFHIS/UFSC).

ORCID: 0000-0002-2929-7739
martinhagofernanda@gmail.com

Marcelo Rossal • Universidad de la República – Uruguai

Licenciado, mestre e doutor em Antropologia pela Universidad de la República. Professor adjunto na Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación da Universidad de la República. Integrante do Sistema Nacional de Investigadores de Uruguay (Nível 1).

ORCID: 0000-0001-8329-6633
mrossal@yahoo.com

Estamos (ou ao menos deveríamos estar) todas/os em isolamento social. Quem não está em casa ou já foi a óbito ou está na linha de frente da saúde, incluída aí a saúde mental, e dos serviços essenciais que garantem nossa subsistência. Essas são as recomendações das autoridades sanitárias no Brasil e da Organização Mundial de Saúde. Confinadas/os em nossas casas em razão das ameaças de um vírus que em sua versão renovada nos impede de respirar, percebemos os efeitos subjetivos provocados por tais circunstâncias. O ar rarefaz, o coração acelera, os pensamentos se agitam, a boca seca, uma “bola” se produz na região abdominal, o sono desaparece ou, então, o torpor se estabelece, o humor oscila e, no mais das vezes, desencadeia sentimentos de tristeza e preocupação, o pensamento se embaralha e um estado catatônico se instala. Esses são alguns efeitos subjetivos da pandemia que têm circulado nas redes sociais e nas redes de profissionais que têm dado suporte às pessoas em casa ou em seus ambientes de trabalho. Eles podem ser apreendidos de diferentes maneiras, a depender do modelo interpretativo, do contexto sociocultural, político, econômico e moral em que se apresentam. O modelo hegemônico define como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, mas, pela literatura antropológica do campo da saúde, reconhecemos que existem outras maneiras de defini-los. Talvez fossem definidos como mal-estar, aflição, agonia, quebrante, mau agouro, nervos e tantos outros modos. Com isso, argumentamos aqui que a produção do/no campo da saúde mental é plural e dinâmica.

Como parte do campo mais amplo da saúde, o da saúde mental é constituído por políticas, práticas e discursos que interrogam constantemente a realidade e por ela são interrogados. Questiona sobre o estatuto dos sujeitos, sobre as concepções de saúde, de adoecimento – sofrimento – aflição, bem como sobre outros aspectos que o permeiam. As aproximações e as contribuições entre os campos da antropologia e da saúde, em especial da saúde mental, têm ampliado as possibilidades de compreensão dos fenômenos neles produzidos. Regimes de verdade, modos de subjetivação, experiências sociais, práticas culturais e institucionais são problematizados de diferentes maneiras à luz das teorias antropológicas e do exercício etnográfico. De todas as possibilidades de apreensão do campo da saúde mental, este dossiê apresenta resultados de pesquisas que abordam as ações do Estado, como os processos de institucionalização e/ou desinstitucionalização da loucura, as redes de atendimento e as lógicas presentes em serviços de saúde mental, que comportam, por um lado, políticas pretensamente universais e, por outro, mecanismos discricionários em seus modos desiguais de distribuição de direitos. Abarca, ainda, as estratégias de sujeitos e coletividades para vivenciar e agenciar o processo de saúde-adoecimento mental, os agenciamentos sociais, os saberes locais e os discursos que tomam lugar nos distintos contextos em que tais sujeitos constroem suas experiências.

Os artigos que compõem o dossiê apresentam uma crítica ao saber psiquiátrico hegemônico e aos efeitos deste saber na materialização, em especial, das instituições de confinamento, custódia e isolamento social dos sujeitos tidos como loucos e/ou desviantes. Neste momento de distanciamento social e confinamento doméstico, as reflexões apresentadas nos alertam sobre os efeitos adversos desen-

cadeados por esse saber-poder. De contextos de confinamento e custódia, emergem mulheres silenciadas e invisibilizadas. Das experiências extra-hospitalares, como em um Centro de Atenção Psicossocial e em um local denominado Hotel da Loucura, onde se busca articular arte e loucura, surgem prescrições, medicamentosas e morais, que visam normalizar os sujeitos. Entretanto, por meio do diálogo com os sujeitos que produzem e são produzidos por tais contextos, percebemos o alerta sobre a possibilidade de produção de estratégias de resistências e mesmo de sobrevivência para este momento. Entramos em contato com Rosa, Lúcia, Vera e outras mulheres e homens que, a partir de suas experiências, nos ajudam a vislumbrar possibilidades de existência mesmo em contextos difíceis.

Contextos de confinamento, isolamento e custódia

Três trabalhos apresentam reflexões sobre hospitais psiquiátricos, Lares Abridados e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. No texto intitulado “Por dentro do Hospital Colônia Santana: uma leitura etnográfica de prontuários psiquiátricos de mulheres internas nas décadas de 1940 e 1950”, Sônia Maluf, Miarella Britto, Inaê Barbosa e Camila Dias mostram como realizaram pesquisa em arquivos e encontraram – além de prontuários, livros de registros e outros documentos reveladores dos saberes e morais vigentes entre as décadas de 1940 e 1950 no referido hospital, em Santa Catarina – os rostos de mulheres como Conceição, Isadora e Clara. As discussões apresentadas ajudam a compreender o presente.

No texto de Érica Quinaglia Silva, Beatriz Levy e Flávia Zell, intitulado “Mulheres perigosas: a dualidade desviante das loucas infratoras”, as autoras mostram como as instituições de sequestro que se mantêm na nossa realidade perpetuam práticas e discursos cujos efeitos recaem especialmente sobre as mulheres categorizadas pelos saberes-poderes psiquiátrico e jurídico como “loucas infratoras”. Ao analisarem processos, laudos psiquiátricos e relatórios psicossociais concernentes a mulheres internadas em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico no Pará, elas argumentam que esses saberes-poderes exercitam o que chamam de “futurologia” e confinam *ad aeternum* essas mulheres tidas como perigosas. Contudo, as autoras apontam que nas histórias de Nailde, Helena, Ana e Thaís, entre outras, é possível encontrar agenciamentos, traduzidos na vigilância crítica delas ante a desumanidade do referido hospital-presídio.

No texto “A vida social de moradores permanentes de um Hospital psiquiátrico e asilar”, Sabrina Sarto argumenta que, apesar de o referido Lar Abridado, localizado em São Paulo, apresentar características próprias de uma instituição total, as mulheres e os homens que vivem ali mostram que suas experiências são capazes de abrir brechas, fissuras que permitem ouvir “música quente” e fazer pequenas escolhas cotidianas.

Efeitos da política nacional de saúde mental

Os outros três artigos que compõem este dossiê apresentam contextos produzidos no que poderíamos reconhecer como efeitos de uma mudança na política pública de saúde mental no Brasil e da execução de uma reorientação da assis-

tência psiquiátrica no país. Colabora para essa discussão o texto de Felipe Magaldi, intitulado “O Hotel da Loucura: etnografia de uma política pública de saúde mental no município do Rio de Janeiro”, no qual o autor discute as principais tensões entre as propostas de humanização da saúde mental, mediante serviços substitutivos de atenção psicossocial, e os conhecimentos e práticas hegemônicas da psiquiatria biomédica, estabelecidos na articulação entre a psicofarmacologia, a indústria farmacêutica e as políticas públicas. Segundo ele, a coexistência desses saberes e fazeres não implica em uma convivência pacífica, evidenciando a permanência de uma relação assimétrica entre as diferentes lógicas presentes no contexto investigado.

No texto intitulado “Poder, discursos e práticas políticas: processos de mediação em um Centro de Atenção em Araraquara”, Luiz Ricardo Prado apresenta como a política nacional de saúde mental impactou práticas e discursos dos familiares de usuários de um serviço de atenção psicossocial. O autor argumenta que no contexto investigado foi possível reconhecer um processo de mediação cultural entre o projeto ético-político do serviço e os familiares, sendo o discurso biomédico inculcado a estes últimos.

O último texto, intitulado “Agenciamentos sociais e ações do Estado: Parada do Orgulho Louco no Brasil”, de Ana Paula Müller de Andrade, discute os agenciamentos sociais e suas articulações com as ações do Estado, na sua dimensão legislativa, bem como suas repercussões nas possibilidades de consolidação das transformações culturais em relação à loucura, por meio da Parada Gaúcha do Orgulho Louco.

Final aberto

No início desta apresentação, mencionamos nosso estado atual de confinamento em meio a uma pandemia que rapidamente se alastrou por quase todos os pontos da Terra. O acontecimento está em pleno andamento e não sabemos quando e como findará essa pandemia, nem o isolamento que progressivamente se instaura, mas começamos a duvidar da fortaleza de nossos direitos básicos de liberdade individual e autonomia pessoal, além do acesso à saúde e da manutenção da própria vida, os quais defendemos, particularmente em relação ao modelo hegemônico do saber-poder biomédico exercido especialmente no campo da saúde mental. Nossos direitos humanos podem ser encurralados pela legitimidade de novas formas de biopoder que levam o confinamento do hospital para o lar e são exercidas até mesmo pela vigilância com técnicas que permitem a rastreabilidade da vida e dos cuidados de saúde dos sujeitos, como está acontecendo em diferentes partes do mundo por meio do uso de tecnologias de comunicação (a Coreia do Sul é um exemplo paradigmático).

Diante de uma distopia sinistra, despontam regimes de subjetivação e ressignificação da realidade, como atestam, em outra conjuntura, os textos que apresentamos neste dossiê. A etnografia persistirá no intuito de entender e desembaraçar as complexas tramas destes contextos de crise para poder enfrentá-los e defender a diversidade de expressões humanas.

Mulheres perigosas: A dualidade desviante das loucas infratoras

Dangerous women: The deviant duality of crazy offenders

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5816>

Érica Quinaglia Silva • Universidade de Brasília– Brasil

Professora na Universidade de Brasília. Doutora em Antropologia pela Sorbonne e Universidade Federal de Santa Catarina, com pós-doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fiocruz, Universidade Federal Fluminense e Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

ORCID: 0000-0001-9526-7522

equinaglia@yahoo.com.br

Beatriz Figueiredo Levy • Universidade Federal do Pará– Brasil

Graduada em Direito pelo Centro Universitário do Estado do Pará e mestranda em Antropologia pela Universidade Federal do Pará.

ORCID: 0000-0002-7554-4075

bia-levy@hotmail.com

Flávia Siqueira Corrêa Zell • Universidade Federal do Pará– Brasil

Doutoranda em Antropologia e mestra em Segurança Pública pela Universidade Federal do Pará, especialista em Direito Público pela Universidade Católica Dom Bosco e em Direito Administrativo pela Universidade Anhanguera e graduada em Direito pela Universidade da Amazônia.

ORCID: 0000-0002-5968-6508

flaviacaju@hotmail.com

A história dos manicômios judiciais traz inúmeros registros de maus tratos e violações de direitos dos internos, que, desumanizados, eram negligenciados e excluídos socialmente. A reforma psiquiátrica, formalizada por meio da Lei nº 10.216/2001, foi um marco na mudança desse modelo com a previsão legal de extinção de espaços como esses. Todavia, as mudanças almejadas não alcançaram as pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei. Tachadas de perigosas, por serem consideradas, além de loucas, criminosas, a elas o único destino continuaria a ser as referidas instituições totais. A essas pessoas é aplicada uma medida de segurança nas modalidades de tratamento ambulatorial ou de internação. O isolamento via internação se efetiva nos referidos manicômios judiciais. No estado do Pará, ele ocorre no Hospital Geral Penitenciário. Este trabalho teve como objetivo conhecer as mulheres nesse contexto por meio de uma etnografia em documentos, processos, laudos psiquiátricos e relatórios psicossociais. Quando analisamos o marcador social de gênero nesses hospitais-presídios, verificamos que o enclausuramento das mulheres tidas como perigosas tem como pano de fundo uma avaliação moral. Nesse sentido, há uma marginalização potencializada que recai, de antemão, sobre elas. Duplamente estigmatizadas, loucas e infratoras, elas são amiúde esquecidas e silenciadas.

The history of judicial asylums has numerous records of abuse and violations of inmates' rights, who, dehumanized, were neglected, and socially excluded. The psychiatric reform, formalized by the Law No. 10,216/2001, was a milestone in changing this model with the legal provision of extinction of spaces like these. However, the desired changes did not reach people with mental disorders who had a conflict with the law. Branded as dangerous, because they are considered not only crazy but criminals, their only destination would remain these total institutions. To these people a security measure is implemented in ambulatory treatment or hospitalization modalities. Isolation via hospitalization occurs in these judicial asylums. In the state of Pará, it occurs at the Penitentiary General Hospital. This work aimed to know women in this context through an ethnography in documents, processes, psychiatric and psychosocial reports. When we analyze the social gender marker in these prison-hospitals, we find that the confinement of women regarded as dangerous has a moral evaluation in the background. In this sense, there is a potentialized marginalization that falls on them beforehand. Doubly stigmatized, crazy and criminal, they are often forgotten and silenced.

Gender. Madness. Dangerousness. Security measure.

Gênero. Loucura. Periculosidade. Medida de segurança.

Introdução

Em outubro de 2014, Denise foi encaminhada a uma entrevista com um psicólogo vinculado à equipe multidisciplinar do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA). Ela encontrava-se internada no Hospital Geral Penitenciário (HGP), e esse procedimento visava a subsidiar uma avaliação de sua permanência na referida instituição ou de uma eventual liberdade. Aproveitando essa rara oportunidade de ser ouvida, ela relatou sua insatisfação com as condições do HGP: “[u]m lugar horrível, onde as pessoas ficam gritando, jogando suas necessidades nos outros. [...] Existem muitas coisas erradas no hospital [...]” (trecho do relatório psicossocial, 2014).

Denise também narrou ter sido violentada sexualmente pelo padrasto duas vezes aos 12 anos. A partir de então, passou a desenvolver histórico de uso compulsivo de drogas e referiu-se a episódios de furto, roubo e tráfico de drogas para sustentar a dependência química. Nunca foi acolhida no ambiente familiar por não possuir vínculos afetivos fortalecidos nesse contexto. Tampouco recebeu tratamento adequado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado.

Em julho de 2018, Ana, outra interna da instituição, realizou o mesmo procedimento, no qual compartilhou ter perdido o pai precocemente por prováveis complicações decorrentes de alcoolismo e ter sofrido abandono familiar. Mencionou ter tido experiência com uso de drogas a partir da adolescência, ter tido relacionamentos conturbados e violentos e ser portadora de doença sexualmente transmissível. Contou, ainda, que tem diversas “passagens” por delegacias e indiciamentos em inquéritos policiais. Também passou por internações em clínicas psiquiátricas. Durante a entrevista, reagiu com revolta às condições do HGP:

Ana - Não vou mais cometer nenhum tipo de violência com pessoa alguma. [...] Agora que passei por este regimento fechado, eu volto para as ruas e pronto, acabou a confusão. [...] Quero ir para casa, almoçar na minha mesa, usar meu talher, ver meus filhos... (trecho do relatório psicossocial, 2018).

A promessa de Ana assume a forma de súplica, justificada pelas condições desumanas da instituição que a capturou.

Espaços como esse no qual Denise e Ana foram internadas, denominados estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico (ECTP) ou, vulgarmente, manicômios judiciários, apresentam-se em nossa sociedade como instituições que possuem caráter tanto manicomial quanto carcerário. Trata-se de lugares destinados à internação de pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei.

Essas pessoas, consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis¹, recebem uma medida de segurança². Em tais casos, o Direito Penal prevê que, apesar de serem total ou parcialmente incapazes de entender o caráter ilícito do ato que cometeram, caso atestada a “periculosidade” delas, cabe uma absolvição imprópria. Delas é retirada a culpabilidade, mas sobre elas recai a referida noção de periculosidade. Em tese, a elas não é aplicada uma pena, mas sim um tratamento. Contudo, na

1 Nos termos do art. 26 do Código Penal Brasileiro, “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Brasil, 1940). Em seu art. 26, parágrafo único, consta, ainda, que “a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Brasil, 1940).

prática, essa noção figura como pretexto para que seja permitido trancafiá-las. A representação social do indivíduo “perigoso” naturaliza a atuação do Estado que, ao privar essas pessoas de liberdade com base em um comportamento futuro, pode tornar o enclausuramento perpétuo³.

Ora, a “periculosidade” depende do juízo subjetivo de quem detém o poder-saber sobre a loucura, no caso o psiquiatra e o juiz. Despontam, assim, inúmeras reflexões com o condão de discutir a aplicação dessa sanção penal, haja vista que ela leva em conta a proteção da sociedade por meio do confinamento de pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei em detrimento do direito individual delas à saúde e de receberem, portanto, um tratamento e de terem, por conseguinte, a possibilidade de reinserção social.

Particularmente no Pará, *locus* deste estudo, a internação é cumprida no HGP⁴. A essa instituição, localizada no município de Santa Izabel do Pará (a cerca de 70 quilômetros da capital, Belém), são encaminhadas todas as pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei e receberam uma medida de segurança na modalidade de internação nesse estado. Apesar de dever possuir um sentido terapêutico, esse ECTP faz parte da estrutura do sistema penitenciário, vinculado à Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social do Pará. Esta pesquisa atém-se às mulheres nesse universo.

Para acessar essas mulheres “perigosas”, foi realizada uma etnografia em documentos, processos, laudos psiquiátricos e relatórios psicossociais, concernentes a elas. Tratou-se de um processo de “garimpagem” (Mitsuko Antunes *apud* Pimentel, 2001, p. 180) nos referidos documentos, que permitiu conhecer essa população. Esse conjunto de documentos – e as vozes, produções de verdades e significados que abrigam – foi apreendido como caminho possível para uma compreensão crítica da construção da periculosidade feminina (Cunha, 2004, p. 291).

São documentos, constituídos sob a égide do Estado, que, embora se apresentem como neutros e imparciais, têm uma “biografia” (Fonseca; Scalco, 2015). E é exatamente na leitura reversa deles, a partir da concepção de que arquivos são parciais, histórica, cultural e politicamente situados, que reside o interesse desta pesquisa.

Este é um campo político, em que representações autorizadas sobre o passado e o presente estão materializadas e cuja sobreposição de sentidos o encontro etnográfico busca apreender (Cunha, 2004; Fonseca; Scalco, 2015; Cunha, 2005). “Através das narrativas ‘institucionais’ da sua construção como um conjunto documental específico [...] é possível cotejar os significados que lhes são atribuídos e os lugares que ocupam” (Cunha, 2005, p. 12). Conforme sugerido por Maricato, a produção de categorias é resultado de “[...] uma contínua negociação – através da associação de uma cadeia de elementos heterogêneos – ordenando sujeitos e constituindo fatos” (2015, p. 99).

Assim, nesta pesquisa, lançamos um olhar sobre a categoria “periculosidade” e seus significados na interseção com os sentidos atribuídos à feminilidade desviante, concebidos mediante jogos políticos que são traduzidos, neste caso, em produção normativa, decisões judiciais, laudos psiquiátricos e relatórios psicossociais.

2 Segundo o art. 96 do Código Penal Brasileiro, “as medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial” (Brasil, 1940). Em seguida, o art. 97 dispõe que, “se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial” (Brasil, 1940).

3 De acordo com o art. 97, § 1º, do Código Penal Brasileiro, “a internação, ou tratamento ambulatorial, será por **tempo indeterminado**, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a **cessação de periculosidade** [...]” (Brasil, 1940).

4 Até 2018, essa instituição era denominada Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará.

sociais. Para uma compreensão dessa realidade, propomos desvelá-la a partir de cinco eixos argumentativos: as representações da loucura associada à criminalidade, particularmente no Brasil, como legitimadoras da construção de espaços de clausura, os manicômios judiciários; a dualidade desviante das loucas infratoras exemplificada no perfil das mulheres internadas no HGP; a “periculosidade” como produto da gestão estatal de falta de acesso a direitos; os agenciamentos⁵ das mulheres internadas que despontam nos documentos; e as famílias como agentes responsáveis pela (des)internação dessas mulheres.

Este trabalho não foi submetido a um comitê de ética em pesquisa em virtude da excepcionalidade elencada no artigo 1º, parágrafo único, inciso II, da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais⁶. A pesquisa envolveu dados de acesso público. Todas as informações que permitissem identificar pessoas foram ocultadas com a utilização de pseudônimos.

Crime e loucura: o surgimento dos manicômios judiciários e o fosso entre a reforma psiquiátrica e a clausura nesses espaços

As representações sociais da loucura ganharam diferentes contornos, de acordo com os contextos sócio-históricos nos quais emergiram. No Ocidente, sobretudo a partir do fim do século XVIII, consolidou-se o papel das instituições asilares e legitimou-se a associação entre loucura e confinamento, presente até os dias de hoje.

Esse entendimento de que pessoas tidas como loucas devem ser enclausuradas se insere em um cenário pós-Revolução Francesa, no qual a loucura ganhou feição de doença e foi apropriada pelo conhecimento científico (Foucault, 2008a; Frayze-Pereira, 1994). Ademais, o fenômeno do fortalecimento de instituições de sequestro⁷ também foi evidenciado no âmbito da criminologia. Na mesma esteira da separação radical entre normalidade e loucura, o discurso que permeia a concepção de criminoso e que justificou o confinamento, em prisões, de indivíduos que nela se enquadrassem também advém de um caráter dicotômico, pautado na oposição entre “cidadão de bem” e “cidadão do mal”, que reserva ao segundo grupo o papel de inimigo da sociedade (Pierangelli; Zaffaroni, 2019).

Destarte, tanto o saber psiquiátrico quanto o jurídico constituíram-se como poderes de sequestro: um possui legitimidade para capturar os loucos e é fundamentado na tecnologia médica; o outro, que captura os criminosos, é fundamentado em leis punitivas que regulam a conduta humana. A partir da relação entre os dois poderes-saberes, surgiu o manicômio judiciário, instituição fundada no Brasil na década de 1920 como lugar destinado a receber os ditos loucos criminosos. Nesse contexto, a Psiquiatria se constituiu para o Direito Penal como poder complementar da sua ação repressiva (Rauter, 2003).

No entanto, a institucionalização da loucura não foi isenta de críticas. No Brasil, o panorama político-social que caracterizou o processo de redemocratização, no final da década de 1970, propiciou a emergência do Movimento da Luta Antimanicomial. Concomitante à reforma sanitária, que culminou com a criação do

5 Agenciamentos, segundo Maluf e Quinaglia Silva (2018), consistem em agências, ações ou práticas sociais constituídas por diferentes atravessamentos, cruzadas por diferentes linhas de força. Trata-se de campos de força permeados por relações de poder.

6 “Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/Conep: II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011” (Brasil, 2016).

7 Instituições de sequestro são aquelas que não apenas excluem o indivíduo do círculo social, mas o fixam em um aparelho de normalização. Trata-se, portanto, de uma inclusão por exclusão (Foucault, 2013).

Sistema Único de Saúde (SUS) e a universalização do acesso aos serviços de saúde, a reforma psiquiátrica visava igualmente a rever o modelo de atenção psicossocial mediante a responsabilização do Estado pela oferta de assistência às pessoas com transtornos mentais. Ganhava espaço um projeto de promoção da saúde mental mediante a construção de uma rede substitutiva ao modelo tradicional dos hospitais psiquiátricos: emergiam serviços extra-hospitalares como espaços de acolhimento (Amarante, 1998).

A promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), foi um marco desse movimento. Esse dispositivo legal dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais por meio da realização de tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. A internação, em qualquer de suas modalidades, deve ser excepcional, sendo vedada que ocorra em instituições com características asilares. Em outras palavras, a proposta é a eliminação gradual da internação, tida como forma de exclusão social, e a realização do tratamento em uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial. Nesse sentido, a finalidade permanente do tratamento é o resgate da cidadania e a reinserção social dessa população (Brasil, 2001).

Apesar das conquistas de ambas as reformas, mais particularmente da reforma psiquiátrica, aquelas pessoas que têm transtornos mentais e tiveram um conflito com a lei permaneceram desassistidas. Os manicômios judiciais atuam, hodiernamente, passados quase 20 anos de aprovação da referida lei, como locais de clausura. Na contramão da Luta Antimanicomial, o HGP, por exemplo, foi inaugurado em 2007, anos após a vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica. Tachadas de perigosas, por serem consideradas, além de loucas, criminosas, a essas pessoas o único destino continua a ser as referidas instituições totais⁸.

Segundo dados do ano de 2018 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), atualmente existem 22 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), distribuídos pelas 26 unidades federativas do Brasil, com uma população de aproximadamente 3.134 internos em cumprimento de medida de segurança. Além dos HCTP, compõem também os ECTP 3 alas de tratamento psiquiátrico (ATP) no país. Ou seja, somando-se os HCTP (22) e as ATP (3), há 25 ECTP no Brasil (Geopresídios, 2018).

Esses espaços, apesar de serem intitulados como “hospitais”, têm características de prisão. Não estão inseridos no sistema de saúde, mas sim no sistema prisional. Há, assim, uma sobreposição de dois modelos de intervenção social, um jurídico-punitivo e outro psiquiátrico-terapêutico (Brasil, 2011). Nessa lógica, prevalece a defesa social em detrimento do tratamento.

Assim como em outras instituições do sistema penitenciário, dentro dos ECTP as mulheres representam uma minoria em termos de quantidade. Até 2011, ano em que foi realizado o censo sobre *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*, somando-se todos os estabelecimentos, a população total era formada por um contingente de 92% de homens e 7% de mulheres, isto é, a aproximação total era de 1 mulher para cada 12 homens. Essa população feminina nos manicômios ju-

8 Instituições totais são estabelecimentos com tendência ao fechamento por meio de barreiras impostas à relação social com o mundo externo (portas fechadas, paredes altas, arames farpados, etc.). Nas instituições totais, existe uma divisão entre uma equipe dirigente, que está integrada à sociedade, e um grupo de internados, que tem contato restrito com o mundo existente fora das paredes das instituições. Esses locais consistem em espaços de morte, simbólica e mesmo física, do último grupo (Goffman, 2010).

diciários é majoritariamente composta por mulheres negras, solteiras, com baixa escolaridade e sem profissão ou com profissões que exigem baixa qualificação (Diniz, 2013).

Quando analisamos o marcador social de gênero nesses hospitais-presídios, verificamos que o enclausuramento das mulheres tidas como perigosas tem como pano de fundo uma avaliação moral. Nesse sentido, há uma marginalização potencializada que recai, de antemão, sobre elas. Duplamente estigmatizadas, loucas e infratoras, elas são amiúde esquecidas e silenciadas.

A dualidade desviante das loucas infratoras: o perfil das mulheres internadas no HGP

Para a realização desta pesquisa, inicialmente, foi manuseado o livro de registro de entrada e saída de internos do HGP. Em seguida, dados foram coletados no Sistema de Gestão do Processo Judicial do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (Libra), na plataforma do Sistema Eletrônico de Execução Unificado (SEEU), no Sistema de Informações Penitenciárias do Pará (Infopen) e no Cadastro Geral do Sistema de Segurança Pública, Justiça e Fiscalização (Infoseg). Finalmente, foi realizada pesquisa documental *in loco* nos arquivos do HGP e da Defensoria Pública do Estado do Pará.

Ao recorte espacial (HGP) e de espécie de medida de segurança (internação), adicionou-se outro. Como anteposto, a catalogação dos dados se iniciou com a consulta ao livro de registro de entrada e saída de internos do HGP. Esse livro foi utilizado como instrumento para o recorte temporal adotado: de 2007, ano de fundação dessa instituição, conforme mencionado, a 2019. Assim, compuseram esta pesquisa mulheres internadas em medida de segurança no HGP entre 2007 e 2019.

Nesse livro, 123 mulheres estavam registradas. Por meio de consulta ao sistema Libra, foram identificadas 16 mulheres cuja sanção penal foi a medida de segurança na modalidade de internação. Ou seja, 13% das mulheres internadas no HGP tinham recebido uma medida de segurança nessa modalidade.

As demais (62%) estavam em prisões cautelares (conceito guarda-chuva que abarca flagrante, preventiva, temporária, ou seja, prisões que não foram consequência de uma sentença proferida por um juiz) ou (24%) cumpriam pena privativa de liberdade (já, portanto, sentenciadas, mas que, no decorrer da execução, apresentaram quadro psiquiátrico com alterações e foram transferidas para a instituição, sem possuir, contudo, laudo pericial que atestasse a insanidade mental).

Dessa totalidade de internas, somente dois nomes não puderam ser localizados. Como mencionado, foram feitas buscas no Sistema de Informações Penitenciárias do Pará (Infopen) e no Cadastro Geral do Sistema de Segurança Pública, Justiça e Fiscalização (Infoseg). Como esses nomes não foram encontrados, surgiu a indagação sobre o registro correto deles no livro. Vale destacar que, durante a catalogação dos dados, foi relatado por mais de um profissional do HGP que alguns internos chegam a esse ECTP sem documento de identificação, sendo atribuídos a eles pseudônimos, até que haja a devida identificação com os nomes de registro de nascimento.

Do total de 16 mulheres que receberam uma medida de segurança na modalidade de internação, 7 tiveram seus autos localizados de forma digitalizada. Os processos das outras 9 mulheres foram localizados na Defensoria Pública do Estado do Pará.

Desse universo foi traçado um perfil sociodemográfico, com informações referentes à idade, à naturalidade, ao estado civil, à raça, à escolaridade e à profissão delas. Além da identificação, informações referentes à situação processual delas (incidência penal) e aos diagnósticos atribuídos foram colhidas para o levantamento desse perfil.

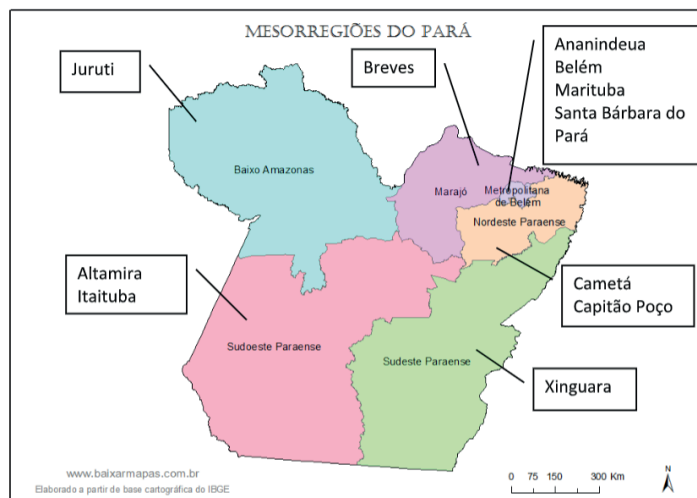
Os dados mostram que a metade das mulheres internadas no HGP no referido período tinha entre 20 e 29 anos de idade, o correspondente a 8 mulheres do total de 16; 1 mulher tinha menos de 20 anos; e 7 mulheres tinham entre 30 e 39 anos⁹.

Quanto à naturalidade, das 16 mulheres, somente 4 tinham naturalidade diversa daquela do estado do Pará. Eram provenientes do Maranhão (2) e de Tocantins (2). Dentre as 12 oriundas do Pará, os municípios catalogados, de onde vieram, foram os seguintes: Juruti, Breves, Ananindeua, Belém (2), Marituba, Santa Bárbara do Pará, Cametá, Capitão Poço, Xinguara, Altamira e Itaituba (Figura 1)¹⁰.

9 Esses dados correspondem às idades das mulheres internadas em medida de segurança no HGP quando da entrada nessa instituição.

10 A figura e a tabela são de elaboração nossa, com base nas referidas fontes.

Figura 1



Distribuição das mulheres internadas em medida de segurança no HGP por mesorregião paraense

Em relação ao estado civil, metade era solteira, o equivalente a 8 mulheres; 3 internas eram conviventes em união estável; e 1 era viúva. Em 4 casos, não havia menção a esse quesito. Essa informação reitera dados obtidos em outras pesquisas (Quinaglia Silva; Santos; Cruz, 2018) de que as mulheres, embora tidas habitualmente como cuidadoras, quando necessitam de cuidados, são amiúde abandonadas. É importante destacar, nesse sentido, que, nas avaliações emitidas pela equipe do HGP, não há registro de visitas de companheiras/os às internas; quando restam laços familiares, eles se restringem a genitoras/es e irmãos e/ou irmãs delas.

Apenas 6 processos possuíam informação referente à raça dessas mulheres: em 5, as mulheres foram classificadas como pardas; em 1, como branca; nos outros 10 processos, não havia qualquer menção a esse marcador social.

Sobre a escolaridade das internas, metade (8) tinha o Ensino Fundamental incompleto, 3 eram analfabetas e 2 tinham o Ensino Médio completo. Não havia informação sobre a escolaridade de 3 mulheres. Já as profissões refletem a baixa escolaridade apresentada: 7 mulheres não possuíam profissão, 2 eram lavradoras, 2 eram empregadas domésticas e 1 era feirante. Em 4 casos, não havia informação quanto a este quesito.

Quanto à incidência penal, a maior parte dos crimes foi cometida contra a pessoa, seguidos dos crimes contra o patrimônio e dos crimes da Lei Antidrogas (Tabela 1). Sobre este quesito, é relevante mencionar que uma mesma mulher pode se enquadrar em mais de uma categoria. Ademais, é igualmente importante destacar que 5 dos 9 homicídios foram cometidos contra um membro da família.

Tabela 1 - Infrações penais cometidas pelas mulheres internadas em medida de segurança no HGP

Infrações	Números
Crimes contra a pessoa	12
Homicídio	9
Tentativa de homicídio	1
Lesão corporal	2
Crimes contra o patrimônio	4
Roubo	3
Tentativa de roubo	1
Crime da Lei Antidrogas	1
Tráfico de drogas	1
Total	17

Fonte: Sistema Libra, 2019.

Finalmente, após exame médico-legal, 5 mulheres foram diagnosticadas com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas; 4, com esquizofrenia; 2, com retardo mental; 2, com epilepsia; 2, com transtorno afetivo bipolar; 2, com transtornos da personalidade; 2, com transtornos psicóticos; 1, com transtorno mental devido a lesão e disfunção cerebral e a doença física; 1, com transtornos delirantes. Em 4 processos não havia laudo psiquiátrico¹¹. É importante destacar que também neste quesito a uma mesma mulher pode ser atribuída mais de uma psicopatologia.

As mulheres internadas no HGP seguem, portanto, o perfil da população feminina nos manicômios judiciais do país. São, em sua maioria, jovens, solteiras, pardas, com baixa escolaridade e sem profissão ou com profissões que exigem baixa qualificação. Ademais, cometeram predominantemente crimes contra a pessoa e possuem transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas.

11 Como a medida de segurança é aplicada nas varas de origem, algumas das quais no interior do estado do Pará, e os processos são posteriormente remetidos à Vara de Execução Penal da Região Metropolitana de Belém, onde foram consultados, é possível que, neste trajeto, alguns documentos tenham sido excluídos ou mesmo perdidos, sobretudo nos casos daqueles que não foram digitalizados. Esta é uma hipótese para a falta dos laudos psiquiátricos nos 4 casos elencados.

Uma etnografia nos documentos das mulheres “perigosas”

Para além da pesquisa quantitativa, a etnografia permitiu vislumbrar as entrelinhas dos documentos e conhecer as mulheres que encarnam os números. A abordagem qualitativa permite “preencher lacunas criadas pela abstração de dados estatísticos” (Fonseca; Scalco, 2015, p. 26).

É possível acessar, por meio dos documentos, não apenas a trajetória institucional desses sujeitos, mas identificar histórias de vida que incluem diversos abusos, privações e abandonos, como nos exemplos citados no início deste estudo. Essas mulheres não são perigosas de antemão. Não são desumanas. São desumanizadas.

Nos processos, conforme anteposto, também foram percorridos os laudos psiquiátricos e os relatórios psicossociais concernentes a elas. Os laudos psiquiátricos são produzidos por peritos e embasam a decisão do juízo quanto ao encaminhamento a uma das modalidades da medida de segurança, assim como à desvinculação da Justiça. Os relatórios psicossociais, por sua vez, são produzidos por uma equipe multidisciplinar do TJPA, que inclui psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, sociólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros. Os profissionais responsáveis por produzi-los possuem vínculo mais duradouro com as internas: acompanham-nas na internação de modo contínuo e buscam manter os laços entre elas e seus familiares para um efetivo tratamento.

Juntamente com esses relatórios, por vezes, anexos aos processos existem avaliações da própria equipe do HGP, que também é multidisciplinar, e da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), essas últimas sobretudo a partir de 2014, quando a EAP passou formalmente a existir, conforme consta das Portarias nº 94 e nº 95, ambas de 14 de janeiro de 2014 (Brasil, 2014a, 2014b). A EAP visa a acompanhar as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei mediante uma mediação entre a Justiça e a rede de saúde com o objetivo de inseri-las na RAPS. Em geral, essas avaliações, da equipe do HGP e da EAP, seguem aquelas contidas nos relatórios psicossociais.

Os relatórios psicossociais, além das avaliações da equipe do HGP e da EAP, usualmente manifestam posicionamento no sentido de privilegiar a reinserção social das internas, sugerindo constantemente a substituição da medida de segurança na modalidade de internação pelo tratamento ambulatorial, bem como o retorno às cidades de origem delas para que um tratamento mais adequado seja feito em convivência com as famílias. Esse posicionamento é reiterado pela Defensoria Pública do Estado do Pará.

Há, contudo, rugas entre esses relatórios psicossociais e as avaliações da equipe do HGP e da EAP, de um lado, e os laudos psiquiátricos, de outro, embate do qual sai vencedor o poder-saber psiquiátrico, materializado nos laudos. Esse poder-saber, aliado ao poder-saber jurídico, (re)produz um discurso do medo, que é um discurso da moralização. Desse discurso, que incute nas pessoas tidas como inimputáveis ou semi-imputáveis o caráter “anormal”, resulta um poder de normalização. Como consequência, apresenta-se uma solução única para esses

casos: a contenção, seja pela medicalização, seja pelo encarceramento (Foucault, 2010; Quinaglia Silva, 2018).

Nesse campo minado, entre a equipe multidisciplinar e o poder-saber médico-judiciário, prevalece, portanto, o entendimento dos laudos psiquiátricos, que amiúde sugerem a necessidade de continuidade da internação. Essa é também a postura que tende a ser seguida pelo Ministério Público. A seguinte manifestação, datada de 14 de fevereiro de 2014, sobre o caso de Helena ilustra essa rusga. Com a marca de “perigosa”, o único destino de Helena, analfabeta, sem profissão, internada no HGP com 23 anos, parece ser o da internação em um manicômio judiciário.

Helena – Em que pese conste nos presentes autos **relatório de avaliação psicossocial elaborado pela equipe multidisciplinar** do SEFIS [Setor de Fiscalização de Benefício e Desenvolvimento Social do TJPA], em que **psicóloga e assistente social contestam o laudo psiquiátrico** do “Renato Chaves” e **opinam pela desinternação** de [Helena], por apresentar condições de retornar ao convívio social, **mediante tratamento ambulatorial, entende este Órgão Ministerial que deve prevalecer o referido laudo psiquiátrico**, que concluiu pela **permanência da periculosidade** de [Helena] e necessidade de manutenção da internação, máxime pelo fato de que praticou crime de natureza grave [...] (manifestação do Ministério Público, 2014; grifos nossos).

A noção de periculosidade, prevalente no discurso médico-judiciário, se apresenta igualmente no processo de Fernanda, que tinha o Ensino Fundamental incompleto e trabalhava como empregada doméstica. Conforme sentença datada de 11 de julho de 2013:

Fernanda – [...] O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico apresentou **relatórios de enfermagem, psicológico, social e pedagógico**, nos quais **relatam que a interna apresentou consciência e juízo crítico de sua realidade** [...] demonstrando arrependimento pelo crime cometido, demonstrando conscientização sobre seu adoecimento mental [...]. O **Laudo Psiquiátrico-legal**, produzido em 22/11/2011 [...], **relata que a pericianda apresenta doença mental crônica grave**, mantendo sintomas delirantes, **não apresentando**, no momento, **condições de retorno ao convívio social, estando mantida a periculosidade. O Ministério Público manifestou-se pela prorrogação do período de medida de segurança, conforme laudo psiquiátrico. A Defensoria Pública propugnou pela conversão da medida de segurança de internação em tratamento ambulatorial** por entender restar constado que o cumprimento da medida está sendo realizado sem os cuidados adequados ao transtorno mental da assistida e que o relatório psicológico do Hospital de Custódia expressa a conscientização da paciente sobre o adoecimento mental bem como a **necessidade**

do tratamento interdisciplinar [...]. Assim, ante a real possibilidade da internada voltar a delinquir, **com embasamento no laudo psiquiátrico que afirma não ter havido cessação da periculosidade**, e que ela não apresenta condições de retorno ao convívio social, **MANTENHO A MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO**, por estar **de acordo com as diretrizes da lei da reforma psiquiátrica** [...] (trecho da sentença, 2013; grifos nossos).

Neste caso, o juiz não apenas privilegiou o laudo psiquiátrico e o posicionamento do Ministério Público, em detrimento das avaliações multidisciplinares da equipe do HGP e do pedido da Defensoria Pública, como também fundamentou sua decisão nas supostas diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, que, na realidade, como já mencionado, preconizam que a internação só deve ser indicada quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e que o tratamento deve visar, como finalidade permanente, à reinserção social (Brasil, 2001).

Há, assim, “documentos em ação” (Quinaglia Silva, 2018) que escancaram o descompasso entre concepções amplas da área da saúde relativas aos processos individuais de adoecimento e tratamento e o poder-saber médico-judiciário centrado no controle social (Foucault, 2010; Carrara, 1998). Como pano de fundo, a “periculosidade” ampara as decisões do juízo na aplicação da medida de segurança.

Não obstante, essa é uma noção que resulta de situações de vulnerabilidade a que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei estão constantemente submetidas. O que é efetivamente a periculosidade?

No caso de Helena, anteriormente citada, a “periculosidade” associada a ela adveio, dentre outros diagnósticos, de um retardo mental, deficiência intelectual considerada irreversível. Durante exame de cessação da “periculosidade”, datado de 12 de junho de 2013, o perito psiquiatra afirmou que:

Helena – **Pericianda apresenta [...] retardo mental moderado**, sendo esta **condição resultante de processo patológico** durante a fase de desenvolvimento, **irreversível**, caracterizado por limitações no funcionamento intelectual e nas habilidades da vida e tornando o indivíduo sugestível, vulnerável ao uso de entorpecentes e com **baixo repertório de solução de problemas**, tendendo a reagir com uso de violência (trecho do laudo psiquiátrico, 2013; grifos nossos).

E concluiu:

Helena – Quanto ao delito cometido a pericianda não manifesta arrependimento e acredita que errou apenas por não ter fugido e evitado sua prisão. A crítica é prejudicada quanto a motivação e consequências do ato praticado. Diante do exposto, conclui-se que não houve cessação da periculosidade, não sendo recomendável o retorno ao convívio social (trecho do laudo psiquiátrico, 2013).

Do processo de Carol, outro exemplo, consta o seu crime e a proveniência da zona rural do estado do Pará. Não há informações sobre escolaridade e profissão. Foi internada no HGP com 23 anos. Conforme sentença datada de 14 de dezembro de 2017:

Carol - E, no caso, a determinação de internação se mostra necessária diante da periculosidade da acusada, a qual, inclusive, **de acordo com o laudo médico possui agressividade e descontrole como elementos importantes de seu quadro clínico, dados que podem ser socialmente comprometedores.** [...] Ante o exposto, e por tudo mais do que dos autos consta, com fundamento no art. 386, VI do CPP, ABSOLVO a denunciada [Carol], aplicando-lhe medida de segurança consistente em internação em Hospital de custódia ou, na sua falta, em estabelecimento adequado, no prazo mínimo de 02 (dois) anos em supedâneo na gravidade do crime e na periculosidade da ré, **perdurando a medida enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade** que ora reconheço (trecho da sentença, 2017; grifos nossos).

A “periculosidade” atribuída a essas mulheres reside não apenas nas circunstâncias do crime, mas no desvio ao comportamento esperado. A doença mental em si é criminalizada. Elas são punidas não pelo que fizeram, mas pelo que são, “loucas”.

No caso de Helena, o próprio perito psiquiatra reconhece que o repertório de solução de problemas dela é baixo. Contudo, exige que ela tenha crítica como condição para atestar a cessação da sua “periculosidade”. Ora, se se trata de um processo patológico incurável, isso não pode significar a aplicação de uma sanção penal infundável.

A despeito da superveniência da Lei nº 10.216/2001, os operadores do Direito insistem em aplicar o Código Penal Brasileiro, que preconiza a internação como regra para esses casos (Quinaglia Silva, 2018). A internação, além de não constituir um tratamento adequado, tem sido aplicada para além do prazo máximo¹² predito. Segundo o censo sobre *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*, em 2011, 21% da população em medida de segurança no país estavam internados em manicômios judiciários há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida (Diniz, 2013).

O perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no HGP mostra que elas são, em sua maioria, como Helena, Fernanda e Carol. Além de jovens, solteiras, com baixa escolaridade e profissões que exigem pouca qualificação, habitam o interior do estado do Pará, onde têm pouco acesso aos serviços de saúde, além da educação e do mercado de trabalho. A desassistência estatal, que culmina com o agravamento do sofrimento mental e o cometimento de um delito, não é inócua. É pertinente, portanto, refletir sobre a construção da “periculosidade” a partir das práticas do Estado em seus mecanismos disciplinadores e modos desiguais de distribuição de direitos.

12 A Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 5º, XLVII, b, determina que não haja penas de caráter perpétuo no país (Brasil, 1988). Ademais, o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) firmaram o entendimento de que o prazo máximo da medida de segurança não deve ultrapassar 30 anos, em analogia ao disposto no artigo 75 do Código Penal Brasileiro para penas privativas de liberdade (Brasil, 1940). Esse prazo foi ampliado para 40 anos em 2019, conforme a Lei nº 13.964, sancionada no dia 24 de dezembro desse ano pelo presidente Jair Bolsonaro (Brasil, 2019). Finalmente, o STJ concluiu que o tempo máximo de cumprimento da medida de segurança não pode ser superior ao limite máximo da pena abstratamente prevista para o delito cometido (Quinaglia Silva; Calegari, 2018).

Outro caso, de Nailde, serve para ilustrar as ações discricionárias do Estado. Analfabeta e lavradora, ela cumpria medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial até o momento da manifestação do Ministério Público em 9 de fevereiro de 2017.

Nailde – [...] A filha de [Nailde], a Srª [...], compareceu na sede do Ministério Público em Juruti e relatou que sua genitora parou com a medicação e, há algum tempo, está muito agressiva. Relatou ainda que, **em Juruti, não há tratamento** para a mesma. [...] Desta feita, considerando a nova informação, **o Ministério Público requer** a desconsideração da manifestação anterior, a fim de pleitear **a regressão da paciente para a medida de segurança de internação** (manifestação do Ministério Público, 2017; grifos nossos).

A falta de tratamento disponível pelo Estado, tal como constitucional e legalmente previsto (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 2001), é usada como justificativa para uma nova negligência: o enclausuramento em um ECTP, onde tampouco Nailde receberá a assistência em saúde de que necessita. A construção do indivíduo “perigoso” no âmbito da medida de segurança ocorre, assim, por conformações do Estado, tido como um conjunto heterogêneo de discursos e práticas, permeado por diversas moralidades, e da sociedade, não toda ela compreendida na dimensão do “todos” na concepção da saúde como “[um] direito de todos e [um] dever do Estado” (Brasil, 1988; Brasil, 1990). Apenas alguns são detentores de direitos sociais e merecedores de políticas públicas (Maricato, 2018; Quinaglia Silva, 2018). Em 24 de fevereiro de 2017, o juiz responsável pelo caso acatou o pedido do Ministério Público e decidiu pela internação de Nailde no HGP. A “periculosidade” dessas mulheres pode ser entendida, portanto, como produto da gestão estatal de falta de acesso a direitos.

A colonialidade do poder e do saber traz um aporte para analisarmos a criminalização da “anormalidade”, a criminalização da loucura e, em última instância, a criminalização da pobreza. No Brasil, a continuidade de esferas de explorações e opressões existentes desde o processo de conquista e do ordenamento colonial persistiu com a expansão do capitalismo e da abolição a escravidão até os dias atuais, nas quais a ideologia do controle social foi difundida com a intenção de contenção dos indesejáveis à moral e ordem social dominante, para serem excluídos por meio da justificativa da periculosidade (Junqueira, 2017).

“É um desacato ao ser humano”: a permanência nos manicômios judiciários e os agenciamentos das mulheres internadas em medida de segurança no HGP

As informações que os arquivos preservam conservam vínculos com a produção de saberes coloniais e com a prática de seus agentes, compreendendo tecnologias específicas de controle daquilo que deve ser cristalizado e também do que deve desaparecer. Constituem *loci* nos quais outras historicidades são suprimidas (Cunha, 2004).

Connell e Messerschmidt (2013), ao repensarem o conceito de “masculinidade hegemônica”, apontam que ele permite compreender o universo da criminalidade diante de dados que mostram que os homens perpetravam mais os crimes convencionais do que as mulheres. Contudo, embora essa abordagem tenha contribuído para a teorização da relação entre masculinidades e uma série de crimes, como o chamado crime do “colarinho-branco”, o estupro, entre outros (Connell; Messerschmidt, 2013), ela não abarca os agenciamentos das mulheres.

Na fase pioneira dos estudos feministas sobre o crime, outras abordagens mostram a mulher transgressora, na tentativa de desconstruir o argumento prevaletente na criminologia tradicional de que as mulheres, incontestavelmente, cometem menos crimes do que os homens. O deslocamento do foco da mulher vítima para ofensora seria inspirado pelo movimento feminista e pela consequente busca por igualdade (social, econômica e política) no “submundo do crime”, tal como as demais mulheres perseguiriam os seus direitos em outros campos (Matos; Machado, 2012).

Essa mulher, que comete um ato ilícito, pode ser considerada duplamente desviante, por transgredir simultaneamente a lei e os papéis de gênero convencionais. A dupla desviância atribuída a ela deve-se ao fato de “[...] a transgressão da legalidade que a conduziu à prisão ser de uma forma ou de outra concomitante com a negação das normas que definem a conduta feminina apropriada” (Cunha, 1994, p. 23).

Em que pese a desviância feminina ser associada à distância do ideal atribuído à feminilidade, paradoxalmente, sua explicação científica reside amiúde em aspectos da própria fisiologia feminina. Contudo, para além de uma explicação pautada por características biológicas, mediante uma correlação entre a conduta delituosa da mulher e efeitos do ciclo menstrual, ou questões psicológicas, por meio de uma representação social da instabilidade ou irracionalidade feminina, compreende-se que o desvio de conduta da mulher advém de uma escolha racional e corresponde também a um fenômeno social, não somente individual, resultado da marginalização social e econômica, do poder patriarcal e dos dispositivos informais de controle do comportamento feminino (Matos; Machado, 2012).

Essa discussão se potencializa quando ao crime se associa a loucura. Primeiramente, porque ela pode ser usada para justificar o cometimento do crime pela mulher; também porque, concomitante a essa justificativa, há uma nova estigmatização da mulher que comete o ato delituoso: além de ser mulher criminosa, é também considerada louca.

Historicamente, a loucura feminina também esteve associada à sua fisiologia e à sua sexualidade. No Brasil, sobretudo a partir do fim do século XIX, essas foram os alvos prioritários das intervenções normalizadoras da Psiquiatria. Pinel incluiu as mulheres entre os alienados considerados “rebeldes a qualquer tratamento, por razões mais morais do que propriamente médicas”, que se tornavam irrecuperáveis por “um exercício não-conforme da sexualidade, devassidão, onanismo ou homossexualidade” (Castel, 1978, p. 154 *apud* Engel, 2004, p. 279).

A construção de um perfil da mulher “normal”, esposa, dona de casa, dócil, submissa, intelectualmente inferior ao homem e que se ocupa, além dos afazeres domésticos, da maternidade, foi legitimada nos meios científicos. Aquelas que apresentassem comportamentos desviantes da esfera dos papéis atribuídos a elas eram tidas como perigosas e inseridas em categorias estigmatizadas, como loucas e/ou criminosas. Como pano de fundo, impunha-se à mulher a perda da vontade e da autonomia de seus atos. Isso serviu como justificativa para a repressão e o desenvolvimento de mecanismos de correção dos corpos e comportamentos femininos insubmissos, o que legitimou também a atuação de instituições totais, particularmente os manicômios, que recebiam quantidades expressivas de mulheres “desviantes”.

Observou-se (e se observa ainda) essa cumplicidade da Medicina e da Justiça com a moral (Foucault, 2008; Frayze-Pereira, 1994). No Brasil, até os anos 1980, meninas grávidas violentadas por seus patrões, mulheres que tinham perdido a virgindade antes do casamento, esposas abandonadas pelos maridos, prostitutas, entre outras mulheres consideradas desajustadas, foram levadas a manicômios, como o Colônia, hospício localizado na cidade de Barbacena, em Minas Gerais, onde permaneciam em condições desumanas. Esses espaços se reproduziram em todos os estados brasileiros. Para se ater ao exemplo citado, só naquele local, morreram cerca de 60 mil pessoas, mulheres e também homens, em um episódio que ficou conhecido como holocausto brasileiro (Arbex, 2013; Quinaglia Silva; Santos; Cruz, 2018).

Assim, quando se analisa a medida de segurança, pode-se questionar se ela não tem sido concedida a esse grupo específico como tutela travestida de benefício. A mulher que mata só pode ser considerada louca. O efeito perverso do caráter de inimputabilidade ou semi-imputabilidade concedido a ela é a perda de responsabilidade, com acréscimo da noção de periculosidade, o que, como anteposto, pode significar uma reclusão *ad aeternum* (Brasil, 2011; Quinaglia Silva; Santos; Cruz, 2018).

O controle da população feminina por técnicas de normalização insere-se na emergência do que Foucault denominou biopoder (2008b). É possível afirmar que, para além do poder de “fazer viver e deixar morrer”, que atua por meio de mecanismos regulamentadores da vida (Foucault, 2008b), o Estado dita quem pode viver e quem deve morrer (Mbembe, 2018).

Particularmente os manicômios judiciais, como o HGP, são instituições totais que adotam essa política da morte. Há, contudo, agenciamentos, mesmo que invisibilizados, das mulheres “perigosas”, loucas criminosas, que ocupam esses hospitais-presídios. Quais são as estratégias encontradas pelas mulheres internadas em medida de segurança no HGP para lutar pelos seus direitos?

Se havia falta de tratamento antes do recebimento da medida de segurança, a negligência estatal persiste após a aplicação dessa sanção penal em instituições totais, onde as indignidades são físicas e simbólicas e há mortificação das pessoas que nelas se encontram (Quinaglia Silva; Calegari, 2018). Não obstante, há também resistência contra a permanência *ad infinitum* em ECTP.

Ana, citada no início deste estudo, personifica, nesse embate de vozes dissonantes, processos de subjetivação e modos de sobrevivência e existência no HGP. Tinha o Ensino Fundamental incompleto e não possuía profissão. Com pouco acesso ao mercado de trabalho e aos serviços de educação e saúde, foi internada no HGP com 30 anos. Conforme consta do referido relatório psicossocial do dia 10 de julho de 2018,

Ana – [Ana] comparece à entrevista em bom estado de higiene e adequadamente trajada, consciente, parcialmente orientada quanto a si e o mundo exterior [...]. A princípio **mostra-se revoltada por continuar presa e das condições do hospital: “é um desacato ao ser humano”** [...] (trecho do relatório psicossocial, 2018; grifos nossos).

Por um lado, a revolta de permanecer em um manicômio judiciário mostra as condições degradantes desses espaços. A vivência em ECTP não admite viabilidade alguma de tratamento, apenas potencializa os processos de sofrimento mental experienciados por essas mulheres, que, longe do acolhimento da família e sem um devido amparo, manifestam pioras significativas. Por outro lado, essa é uma manifestação da vontade de retomar o estatuto de humanidade perdido.

Neste caso, o próprio juiz solicitou, no dia 12 de setembro de 2017, a realização do exame de cessação da “periculosidade” de Ana. Em geral, os relatórios psicossociais, além das avaliações da equipe do HGP e da EAP, não são considerados suficientes para uma decisão de desinternação. Até a finalização desta pesquisa, em 2019, dois anos após a solicitação pelo juiz, o referido exame não havia sido realizado.

No país, ainda é comum a manutenção da internação em ECTP em decorrência da ausência de perícia. Segundo o censo sobre *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*, já citado, em 2011, 41% dos exames de cessação da “periculosidade” estavam em atraso; o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico era de 10 meses e o de espera para o exame de cessação da “periculosidade” era de 32 meses; 7% dos indivíduos possuíam uma sentença de desinternação, mas eram mantidos em regime de internação (Diniz, 2013).

Situação semelhante ocorre no caso de Aline. Também com o Ensino Fundamental incompleto e sem profissão, foi internada no HGP com 34 anos. Teve o laudo psiquiátrico marcado para o dia 5 de novembro de 2018. Contudo, esse exame não foi realizado. O juiz responsável pelo caso pede, desde então, justificativa para a desídia nesse encaminhamento. Até a finalização deste estudo, esse esclarecimento não tinha sido feito.

Denise, igualmente mencionada no início deste estudo, também tinha o Ensino Fundamental incompleto e não possuía profissão. Foi internada no HGP com 21 anos. Em relatório psicossocial, datado do dia 22 de outubro de 2014, assim se manifesta:

Denise – Perguntada sobre o seu comportamento no HCTP informa que **“faz tudo para sair deste hospital”**, que **fica “revoltada** porque peço as coisas (atendimento com psicólogo) e ninguém faz nada. **Eu sou ciente que não sou doida”**, que pelo menos no CRF¹³ **“estudava, fazia teatro, fazia atividades** e no HCTP não faz nada, fica só trancada”: – **“Aqui é o lugar que o filho chora e a mãe não vê”** (trecho do relatório psicossocial, 2014; grifos nossos).

13 Centro de Reeducação Feminino, instituição carcerária da qual Denise foi transferida.

A resistência dessas e de outras mulheres quanto aos descasos aos quais são submetidas é evidente, manifestam irritabilidade e expõem insatisfação constante com esse cenário. Esses agenciamentos transparecem sobretudo nos referidos relatórios psicossociais e avaliações da equipe do HGP e da EAP. De acordo com Quinaglia Silva e Brandi (2014), a inimputabilidade ou semi-imputabilidade despoja as pessoas assim consideradas de suas responsabilidades. Não obstante, a despeito dessa sanção penal que as condena a um espaço disciplinar de silenciamento e “normalização”, elas vivenciam processos de produção de verdades sobre elas mesmas.

“É um perigo iminente para a família”: as famílias como agentes responsáveis pela (des)internação das mulheres

Nesse cenário, as famílias ocupam um lugar privilegiado no processo decisório que culmina com a (des)internação. Historicamente no Ocidente, foi o julgamento das famílias (e não dos médicos) que determinou a internação das pessoas consideradas loucas. “Tribunais de família” foram, inclusive, criados por decreto na França em 1790 (Foucault, 2008; Frayze-Pereira, 1994).

No Brasil dos séculos XX e XXI, além de exames que atestam a cessação da “periculosidade” e do tempo de cumprimento da medida de segurança, o acolhimento das pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei por um parente é outro requisito para permitir uma desvinculação da Justiça.

De modo geral, as internas possuem vínculos familiares prejudicados, especialmente devido ao fato de o cometimento de crimes contra parentes ser recorrente. Tal quadro dificulta não apenas o acolhimento familiar para a realização do devido tratamento – tal como preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica –, como também demonstrou ser fator condicionante no rumo das decisões judiciais.

Um caso notável é o de Thaís. Com Ensino Fundamental incompleto e igualmente sem profissão, ela recebeu, no ano de 2016, uma medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. No entanto, no dia 26 de junho de 2018, um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do estado do Pará encaminhou ofício ao Ministério Público no qual informava o abandono familiar sofrido pela paciente (descoberto a partir de denúncia anônima). No dia 30 de julho de 2018, o Ministério Público confeccionou o seguinte relatório:

Thaís – [...] O Creas Bragança fez o estudo do caso, onde foi verificado que **nenhum familiar se dispõe a cuidar da referida, a qual não está fazendo nenhum tratamento de saúde.**

[...] No dia 17/07/2018, compareceram ao Ministério Público dois irmãos de [Thaís]. Segundo eles, a mesma se recusa a sair da casa onde mora, pois **leva homens para lá e também não quer fazer tratamento psiquiátrico, pois não se considera “doída”.**

[...] No dia 30/07/2018, a Sra. [...], irmã de [Thaís], compareceu a esta promotoria para informar que **sua irmã que está recebendo o dinheiro da referida continua sem prestar os devidos cuidados para sua irmã [...]** e que gostaria que fossem tomadas providências urgentes, pois **a mesma está passando fome** e também já tentou invadir a casa da vizinha para matar as filhas dela. Além disso, a Sra. [...] teme que [Thaís] cometa algum crime e seja agredida pela população da rua onde mora, pois a referida já foi ameaçada de morte caso volte a cometer um novo delito (manifestação do Ministério Público, 2018; grifos nossos).

Diante da situação de abandono narrada, além do comportamento abusivo de uma das irmãs de Thaís que recebia o benefício dela e não o repassava, o Ministério Público, ao invés de pleitear o acesso aos seus direitos, dos quais estava sendo privada, requereu conversão do tratamento ambulatorial para a internação, sob a justificativa de que Thaís se recusava a dar continuidade a seu tratamento e possuía postura agressiva em relação aos familiares e vizinhos. Outra informação que merece atenção subjaz ao relato dos irmãos de Thaís: além de reivindicar sua sanidade mental, ela mantém relações com homens, posicionamento e comportamento inaceitáveis para eles, julgamento moral que transparece no trecho do relatório do Ministério Público. O pedido acabou por ser acatado e ela foi encaminhada para o HGP.

A propósito, o histórico de vida de Thaís, que tinha 30 anos quando foi internada, indica que nunca tinha recebido o tratamento de que necessitava, mesmo desde criança, quando já apresentava um estado de saúde mental comprometido, que era do conhecimento de todos os familiares. A ausência de qualquer amparo resultou em episódios constantes de crise, pelos quais foi culpabilizada e criminalizada, ao invés de acolhida.

Situação parecida ocorreu com Ana, já citada. Durante uma avaliação da EAP, datada de 10 de julho de 2018, foi realizado contato telefônico com a sua mãe, em que:

Ana – [...] Refere que, apesar de gostar muito da filha, sente receio da paciente voltar ao convívio familiar [...]. Enfatiza que a filha não pode sair do HGP, pois **é um perigo iminente para a família** e para outras pessoas (trecho da avaliação da EAP, 2018; grifos nossos).

Érica Quinaglia Silva, Beatriz Figueiredo Levy e Flávia Siqueira Corrêa Zell

As famílias podem ser, portanto, produtoras do abandono e da manutenção da internação. Já no caso de Aline, anteriormente citada, os vínculos familiares preservados foram utilizados como argumentação para subsidiar o encaminhamento de sua desinternação. Em relatório psicossocial, datado de 15 de março de 2018, foi evidenciado que, apesar de possuir um quadro instável, apresentava melhoras após conversar com o irmão pelo telefone. Nesse sentido, a equipe do HGP sugeriu que ela deveria retornar ao convívio familiar e comunitário. A situação ainda está pendente de decisão, devido à longa demora na elaboração do laudo psiquiátrico, considerado necessário para uma possível desvinculação da Justiça.

Esse também foi o caso de Vera, analfabeta e lavradora, internada no HGP com 28 anos. Em 29 de outubro de 2014, o relatório psicossocial indicava satisfatório o “nível de ajustamento psicossocial”, visto que a interna realizava atividades e estudava, possuía boa relação com outras internas e funcionários e mantinha vínculo afetivo forte com uma irmã mais nova. Assim, recomendou-se a desinternação e a realização do tratamento ambulatorial, posicionamento que foi acatado a partir de decisão judicial.

Um último exemplo, o caso de Helena, já citado, mostra que a família foi central para a decisão judicial de sua desinternação, conforme descrito em seu relatório psicossocial, datado de 27 de janeiro de 2014:

Helena – Em informativo do SEFIS datado de 10/06/2013, **a Sra. [...], mãe da inimputável, solicita a desinternação da filha.** [...] Nas declarações prestadas ao SEFIS e nos documentos da Defensoria Pública é clara a intenção da genitora quanto à desinternação de [Helena] (trecho do relatório psicossocial, 2014; grifos nossos).

46

Neste caso, como mencionado, no dia 12 de junho de 2013, foi realizado laudo psiquiátrico que, em sentido contrário, posicionou-se pela não cessação da “periculosidade” da interna. No entanto, em fevereiro de 2014, o juiz responsável pelo caso decidiu acatar o relatório psicossocial e determinou a desinternação condicional de Helena.

HELENA

PARECER DA PSICOLOGIA

Observamos que [Helena], **mais do que agressora, é vítima da sociedade por ocupar um lugar incompreendido de “doente mental” e sua “condenação” a prisão não se dá pelo crime que cometeu, mas pela doença de que é portadora, pois enquanto não obtiver a “cura” não poderá acessar a liberdade.**

[...] Sopesamos ainda o fato de não estar recebendo assistência adequada, não só pela sua condição de internada, mas pelas **condições insalubres nas**

quais se encontra atualmente o **HCTP**, que vão desde as péssimas condições de higiene, faltam recursos humanos, medicamentos e outros insumos.

[...] Diante disto, e com base nas **legislações vigentes** que **garantem que o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais deva ser feito prioritariamente em sua comunidade**, sou de parecer favorável a desinternação condicional de [Helena] [...].

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL

[...] Mesmo nos casos de patente doença mental e inimizabilidade dos agentes, cumpre referir que **ossos hospitais de custódia pouco contribuem para o efetivo cumprimento da finalidade primordial da medida de segurança, isto é, sua natureza curativa e reabilitadora**, conforme estabelece o art. do CPB.

[...] **O que se vê são verdadeiros cárceres travestidos de hospitais em que a probabilidade de real recuperação dos internos é virtualmente nula, e cuja finalidade é, em verdade, segregar os perturbados mentais, cidadãos dos quais o Estado todavia não sabe muito bem o que fazer.**

[...] O tratamento que vem sendo dado aos que padecem de enfermidades mentais e que tenham cometido delito em razão delas representa flagrante desrespeito à Lei nº 10.216/01 [...] (trecho do relatório psicossocial, 2014; grifos nossos).

47

Tratou-se de um dos pouquíssimos casos em que o relatório psicossocial prevaleceu em detrimento do laudo psiquiátrico no entendimento do magistrado.

No mesmo caso, anos depois, em 2016, o Ministério Público requereu a reinternação de Helena devido à “persistência de comportamento agressivo”, relatada pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em que fazia tratamento ambulatorial e pela sua mãe, a mesma que anteriormente havia pedido sua desinternação. Em anexo ao requerimento, há laudo social e estudo socioeconômico do CAPS indicando situação de vulnerabilidade da família. Em abril de 2016, o juiz acatou o pedido e determinou a reinternação de Helena.

Os exemplos descritos elucidam a centralidade que a família tem para a (des) internação das mulheres. Ao contrário de visar a uma culpabilização da família, esse apontamento evidencia que a avaliação moral que permeia o poder-saber médico-judiciário também transparece nos discursos e decisões familiares e sociais. Quando analisamos o marcador social de gênero nesses hospitais-presídios, verificamos que o enclausuramento das mulheres tidas como perigosas tem como pano de fundo um julgamento moral.

Ainda, geralmente, a família é composta por pessoas também inseridas em um cenário de pobreza, com pouco ou nenhum acesso aos serviços públicos de

saúde, sobretudo por serem oriundas de localidades rurais e interioranas. Tudo isso se soma à pouca informação sobre como lidar com pessoas em sofrimento psíquico e também às poucas condições de dispor de tempo e de subsídios financeiros necessários para o devido amparo a essas mulheres.

Ora, se parte considerável das infrações penais cometidas pelas mulheres internadas em medida de segurança no HGP aconteceu contra um parente e se a família não quer ou não pode se responsabilizar por elas, deve haver um deslocamento dessa responsabilidade para o Estado. A Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 5º, sustenta ser responsabilidade do Estado a criação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida nos casos de grave dependência institucional, decorrente de um quadro clínico severo ou da ausência de suporte social. Cabe, portanto, ao Estado criar, por exemplo, serviços residenciais terapêuticos (SRT), que promovam a desinstitucionalização e a humanização do tratamento dispensado a pessoas internadas em manicômios judiciários (Brasil, 2001; Quinaglia Silva; Brandi, 2014).

Alguns apontamentos

No decorrer desta análise foram evidenciadas as narrativas discursivas que permeiam as concepções acerca das ditas loucas infratoras, corroboradas pela noção de periculosidade e pelo ideal de feminilidade. Viu-se que o poder-saber médico-judiciário legitimou algumas das instituições de sequestro que atuam ainda hodiernamente. Surgiram as instituições carcerárias, que capturam os criminosos, as instituições manicomiais, que capturam os loucos, e, mais tarde, como fruto da relação entre ambas, os manicômios judiciários, que capturam os loucos criminosos.

No Brasil, foi visto que, apesar das conquistas trazidas pelas reformas sanitária e psiquiátrica, os manicômios judiciários permaneceram (e permanecem) atuando enquanto estabelecimentos legítimos para acolher as pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei. O Código Penal Brasileiro estabelece que esses indivíduos são inimputáveis ou semi-imputáveis, isto é, em princípio, não poderiam sofrer punição de caráter penal, mas deveriam ser recolhidos em ECTP porque representam perigo para a sociedade. Essa determinação é feita por decisão judicial de aplicação de medida de segurança na modalidade de internação.

Ocorre que tal dispositivo, por si só, apresenta caráter contraditório, uma vez que essas pessoas acabam, paradoxalmente, sendo apenadas, castigadas, por meio do enclausuramento em instituições precárias, híbridas, que não se inserem no sistema de saúde, mas sim no sistema prisional, são hospitais-presídios; ainda, são expostas a processos de docilização piores do que os das prisões comuns, pois envolvem medicalização exacerbada, bem como a possibilidade de a sanção penal ter caráter perpétuo. Não há autonomia do ato para possibilitar, por exemplo, remição por “bom comportamento”.

A noção de periculosidade lança um juízo para o futuro, por meio de uma decisão subjetiva dos avaliadores (no caso, o psiquiatra e o juiz), que é praticamente um exercício de futurologia. Não existem formas objetivas de garantir que uma pessoa represente (ou deixe de representar) perigo para a sociedade. Tampouco há como prever se alguém vai (ou não) praticar um crime futuramente.

Ainda, para além do sofrimento de que padecem as pessoas com transtornos mentais nos manicômios judiciários, que são, em sua maioria, negras, pobres, com baixo grau de escolaridade e periférica inserção no mercado de trabalho (Diniz, 2013) – ou seja, desamparadas pelo Estado desde muito antes de entrarem em conflito com a lei –, as mulheres sofrem de forma mais intensificada as violações de seus direitos fundamentais dentro desses estabelecimentos, haja vista que são submetidas, desde o momento do diagnóstico, aos estigmas relacionados especificamente ao gênero feminino, com acréscimo dos preconceitos raciais e de classe, que impactam na exclusão social delas.

Por meio da realização de uma etnografia em documentos, processos, laudos psiquiátricos e relatórios psicossociais, concernentes às mulheres “perigosas”, foi possível evidenciar a perpetuação de muitos dos discursos que abrangem o ideal de feminilidade e da mulher “normal”. De tal modo, contra aquelas que apresentam comportamentos desviantes dessa lógica são aplicados mecanismos de controle, na tentativa de docilizar esses corpos, além de marginalizá-los do meio social, fundamentados no discurso da periculosidade.

Diante disso, essas mulheres apresentam resistências, agenciamentos, em uma retomada de suas vontades e comportamentos, em um resgate do estatuto de humanidade que delas foi retirado. Conhecer-las significa romper o processo de silenciamento a que são submetidas. Apesar de representarem uma minoria em termos de quantidade nos manicômios judiciários, estão expostas a violências de vários tipos e possuem necessidades específicas a serem atendidas. Existem pouquíssimos indicadores que revelem, de forma contundente, a realidade vivenciada por elas, que se encontram, portanto, em situação de completa invisibilidade social.

Além disso, é primordial pensar a desinstitucionalização para além da esfera da desospitalização ou do desencarceramento. Seria a institucionalização a única medida possível para lidar com o indivíduo “perigoso”? Angela Davis, ao referir-se aos cárceres (e isso serve para qualquer instituição com caráter de fechamento), considera-os não apenas como um campo físico, mas também psíquico e ideológico, que internalizamos enquanto lugar destinado para colocar as “pessoas más” (Davis, 2016). A crença na existência de espaços, como os manicômios judiciários, que resolveriam o problema da “periculosidade” retira a viabilidade de discussões importantes e de deslocamentos para sensibilidades outras e formas alternativas (e mesmo substitutivas) de tratamento.

A partir do momento em que fazemos um esforço para humanizar as pessoas internadas em ECTP e para levar em conta seus históricos, nos deparamos com longos processos de sofrimento, que envolvem abusos, violências, abandono dos familiares, ausência de serviços públicos e tratamentos de qualidade (não à toa,

grande parte da população carcerária dos manicômios judiciários advém de áreas rurais e de extrema pobreza).

Portanto, conclui-se pela urgência da adoção de uma perspectiva que evidencie a situação particular enfrentada pelas mulheres nos manicômios judiciários, de modo a assegurar os seus direitos fundamentais. Deve prevalecer o disposto na Lei nº 10.216/2001, que indica a internação como última medida para lidar com pessoas que possuem transtornos mentais. Para aquelas que são completa ou parcialmente incapazes de entender o caráter ilícito de seus atos, a desinstitucionalização do tratamento deve preponderar sobre a noção de um suposto perigo que o indivíduo possa vir a representar para a sociedade, para que se priorizem os espaços de acolhimento extra-hospitalares.

Ainda, o poder de decisão sobre o destino dessas pessoas, que atualmente está concentrado nas mãos do juiz e do psiquiatra, deve ser descentralizado, de modo a serem levadas em conta avaliações multidisciplinares, que incluam a perspectiva de outros profissionais da área da saúde, como psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. No intuito de resgatá-las para o convívio social, serão necessários igualmente esforços de outras esferas, tanto educacional, quanto política e jurídica.

Serviços substitutivos à internação prolongada, como os já citados SRT e CAPS, devem ser fortalecidos na esteira da luta pela desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, particularmente daquelas que tiveram um conflito com a lei. Finalmente, devem ser igualmente sanadas as incompatibilidades entre as leis que tratam da temática, precisamente o Código Penal Brasileiro e a Lei superveniente nº 10.216/2001, de modo a preponderar o entendimento que está de acordo com o texto constitucional e com a natureza de um Estado Democrático de Direito, além das reivindicações dos movimentos sociais, segundo o qual o convívio pacífico em sociedade e o respeito à diversidade devem prevalecer sobre qualquer ideal punitivista e marginalizador.

Recebido: 07/11/2019

Aprovado: 24/03/2020

Referências

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração, 2013.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União, 5 out. 1988.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Código Penal*. Diário Oficial da União, 7 dez. 1940.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União, 6 abr. 2001.
- BRASIL. Lei nº 13.964, de 24 de dezembro de 2019. *Aperfeiçoa a legislação penal e processual penal*. Diário Oficial da União, 24 dez. 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, 19 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União, 7 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério Público Federal (MPF); Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). *Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001*. Brasília: MPF; PFDC, 2011.
- BRASIL. Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014. *Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, 14 jan. 2014a.
- BRASIL. Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014. *Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, 14 jan. 2014b.
- CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.
- CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W. *Masculinidade hegemônica: repensando o conceito*. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000100014>. Acesso em: 23 jun. 2019.
- CUNHA, Manuela Ivone P. da. *Malhas que a reclusão tece: questões de identidade numa prisão feminina*. Lisboa: Gabinete de Estudos Jurídico-Sociais do Centro de Estudos Judiciários, 1994.
- CUNHA, Olívia Maria Gomes da. *“Do ponto de vista de quem?”: diálogos, olhares e etnografia dos/nos arquivos*. Revista Estudos Históricos, v. 2, n. 36, p. 7-32, 2005.
- CUNHA, Olívia Maria Gomes da. *Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo*. Mana, v. 10, n. 2, p. 287-322. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132004000200003. Acesso em: 18 jan. 2020.
- DAVIS, Angela. *A liberdade é uma luta constante*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília:

Érica Quinaglia Silva, Beatriz Figueiredo Levy e Flávia Siqueira Corrêa Zell

- LetrasLivres; Editora Universidade de Brasília, 2013.
- ENGEL, Magali. *Psiquiatria e feminilidade*. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). História das mulheres no Brasil. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004.
- FONSECA, Claudia; SCALCO, Lúcia. *A biografia dos documentos: uma Antropologia das tecnologias de identificação*. In: FONSECA, Claudia; MACHADO, Helena (Orgs.). Ciência, identificação e tecnologias de governo. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2015.
- FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. 4. ed. Trad. de Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: NAU, 2013.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008a.
- FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
- FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. *O que é loucura*. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- GEOPRESÍDIOS. *Relatório mensal do Cadastro Nacional de Inspeções em Estabelecimentos Penais (CNIEP)*. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/geopresidios-page>. Acesso em: 11 out. 2018.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- JUNQUEIRA, Mariane Oliveira. *Algumas considerações sobre gênero e saúde mental: as mulheres nos manicômios judiciais no Brasil*. Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress. Florianópolis, 2017.
- MARICATO, Glaucia. *Ordenando sujeitos: histórias performadas da lei nº 11.520/2007*. In: FONSECA, Claudia; MACHADO, Helena (Org.). Ciência, identificação e tecnologias de governo. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2015.
- MARICATO, Glaucia. *Os muros do Estado: dos limites da política reparatória aos atingidos pela hanseníase*. In: MALUF, Sônia Weidner; QUINAGLIA SILVA, Érica (Org.). Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018.
- MATOS, Raquel; MACHADO, Carla. *Criminalidade feminina e construção do gênero: emergência e consolidação das perspectivas feministas na Criminologia*. *Análise Psicológica*, v. 30, n. 1-2, p. 33-47. 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312012000100005. Acesso em: 23 jun. 2019.
- MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: n-1 edições, 2018.
- PIERANGELLI, José Henrique; ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral*. 13. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.
- PIMENTEL, Alessandra. *O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica*. *Cadernos de Pesquisa Fundação Carlos Chagas*, n. 114. São Paulo: Autores Associados, p. 179-195, 2001.
- QUINAGLIA SILVA, Érica. *A política pública de saúde mental e a construção do indivíduo 'perigoso' no âmbito da medida de segurança no Distrito Federal*. In: CASTRO, Rosana, ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa (Orgs.). *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Sobrescrita, 2018.
- QUINAGLIA SILVA, Érica; BRANDI, Caroline Quinaglia Araújo Costa Silva. *“Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?: interlocuções e desafios entre o*

Érica Quinaglia Silva, Beatriz Figueiredo Levy e Flávia Siqueira Corrêa Zell

Direito e a Psicologia no contexto judiciário". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 9, p. 3947-3954, 2014.

QUINAGLIA SILVA, Érica; CALEGARI, Marília. *Crime e loucura: estudo sobre a medida de segurança no Distrito Federal*. *Antropológicas*, v. 29, n. 2, p. 154-187, 2018.

QUINAGLIA SILVA, Érica; SANTOS, Josenaide Engracia dos; CRUZ, Mônica Oliveira da. *Gênero, raça e loucura: o perfil das mulheres que cumprem medida de segurança no Distrito Federal*. In: MALUF, Sônia Weidner; QUINAGLIA SILVA, Érica (Orgs.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018.

RAUTER, Cristina. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2003. (Coleção Pensamento Criminológico, n. 8).

Por dentro do Hospital Colônia Santana: uma leitura etnográfica de prontuários psiquiátricos de mulheres internas nas décadas de 1940 e 1950

*Inside the Colonia Santana Hospital: an ethnographic reading of
psychiatric records of women internees in the 1940s and 1950s*

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5799>

Sônia Weidner Maluf • Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil

Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/UFSC e professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Antropologia/UFPB. Pesquisadora do CNPq, comitê gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural e coordenadora do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (TRANSES/UFSC).

ORCID: 0000-0002-9222-4348

soniawmaluf@gmail.com

Mirella Alves de Britto • Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil

Psicóloga (UNIVALI, 1993), doutora em Antropologia Social (UFSC, 2014) e pesquisadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural e do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (TRANSES/UFSC).

ORCID: 0000-0002-2963-9559

mirebritto@gmail.com

Inaê label Barbosa • Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Santa Catarina (2019)

ORCID: 0000-0002-0644-1996

inaeib@outlook.com

Camila Andressa Dias da Silva • Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil

Graduada em Antropologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2019)

camila.adds@gmail.com

Este artigo tem como objetivo realizar uma leitura etnográfica de prontuários de mulheres internadas no antigo Hospital Colônia Santana (HCS), de Santa Catarina, durante as décadas de 1940 e 1950. Os prontuários fazem parte do acervo do Centro de Documentação e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (CEDOPE/lpq/SC), que abriga a documentação referente ao Hospital Colônia Santana e inclui, além dos prontuários, livros de registro dos internos, livros de ocorrência, relatórios institucionais, fotografias, cadernos, diários, desenhos e pinturas em telas dos internos e outros documentos da instituição. Este artigo traz uma abordagem inicial dessa documentação e busca focar nos modos como os prontuários, ao mesmo tempo que nos informam sobre as práticas médicas e rotinas terapêuticas do hospital, trazem pistas sobre os sujeitos internos, seus atos, condutas, agências e resistências. Nesta análise nos deteremos em alguns poucos prontuários, buscando neles rastros, pistas de algumas dentre centenas de mulheres que ingressaram na instituição durante essas décadas.

Instituição psiquiátrica. Etnografia de arquivos médicos. Prontuários psiquiátricos. Mulher e loucura.

This article aims to perform an ethnographic reading of medical records of women hospitalized at the former Colonia Santana Hospital (HCS), in Santa Catarina, during the 1940s and 1950s. The medical records are part of the collection of the Documentation and Research Center of the Psychiatry Institute of Santa Catarina (CEDOPE/lpq/SC), which houses the documentation referring to the Hospital and includes, in addition to medical records, internees' registration books, occurrence books, institutional reports, photographs, diaries, drawings and paintings on screens of inmates and other documents of the institution. This article brings an initial approach to this documentation and seeks to focus on the ways in which the medical records, while informing us about the medical practices and therapeutic routines of the hospital, bring clues about the women internees, their acts, conduct, agencies and resistance. In this analysis we will focus on a few medical records, looking for traces of them, clues from some of the hundreds of women who entered the institution during these decades.

Psychiatric institution. Ethnography of medical archives. Psychiatric records. Woman and madness.

O objetivo deste artigo é trazer uma leitura etnográfica dos registros documentais do antigo hospital psiquiátrico Colônia Santana, com ênfase nos prontuários psiquiátricos de mulheres internadas nas décadas de 1940 e 1950. Os documentos e registros psiquiátricos nos trazem informações sobre a vida dentro da instituição, os internos, os saberes e as práticas dos profissionais, as rotinas institucionais. Os prontuários, mais especificamente, se constituem em rico material etnográfico sobre os conhecimentos e as práticas médicas, diagnósticos e técnicas terapêuticas; trazem informações sobre as pacientes, em geral focalizados no objetivo médico de descrever sintomas, informações corporais, anatômicas fisiológicas, reações a terapêuticas, mas também descrevem atos, condutas e comportamentos e revelam valores morais e sociais.

Buscaremos, nesta leitura dos prontuários, tomados como verdadeiros “artefatos etnográficos”¹, abordar esses diferentes aspectos, com foco no que eles podem nos indicar sobre as vidas dessas mulheres. Buscamos fazer uma etnografia de arquivo “com sujeitos”, privilegiando a abordagem qualitativa e mais detalhada de alguns prontuários. Duas vertentes complementares de análise se cruzam nesta leitura: buscar as práticas e os enunciados científicos e morais contidos nos prontuários, tomados eles próprios como artefatos essenciais dessas práticas; e tomar os vestígios e rastros encontrados nesses documentos como pistas para chegar à vida das mulheres descritas nos prontuários. Ou seja, de um lado, abordamos os prontuários das internas dentro do dispositivo de saber-poder da instituição psiquiátrica, tal como propôs Foucault; e de outro, buscamos o que permaneceu como resíduo na objetificação biomédica produzida no sistema sintoma-diagnóstico-terapêutica².

A instituição: o Hospital Colônia Santana

O Hospital Colônia Santana, destinado à assistência psiquiátrica no estado de Santa Catarina, foi inaugurado em novembro de 1941, período no qual foram criadas outras duas instituições de saúde pública no estado: a Colônia Santa Teresa, fundada em 1940, dedicada aos pacientes de hanseníase, e o Hospital Nereu Ramos, de 1943, voltado às doenças infectocontagiosas. É também desse período a criação do Abrigo de Menores, em 1940. Era um momento de significativo investimento estatal na reestruturação e na modernização da política de saúde pública no país, centralizada pelo Departamento Nacional de Saúde, e, no caso da assistência psiquiátrica, pelo Serviço Nacional das Doenças Mentais.

A modernização da assistência à saúde mental, em específico, era tanto uma demanda de vários municípios e do estado de Santa Catarina quanto uma exigência do governo federal. Um inquérito sobre as condições dos serviços psiquiátricos nos estados, realizado pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS), de 1937 a 1941, havia mostrado que Santa Catarina se encontrava entre aqueles estados em que “a assistência era bastante deficiente, apesar de já existir certa orientação quanto ao tratamento” (Fabricio, 2009, p. 81).

No plano estadual, desde 1905 os sucessivos governos apontavam a necessidade de uma assistência exclusiva e mais modernizada no estado, na capital e

1 Tal como propõem Lowenkron e Ferreira (2014) em sua análise de documentos policiais, a partir da discussão de Riles (2006) sobre o documento como artefato do conhecimento moderno e como artefatos paradigmáticos da pesquisa etnográfica.

2 O diálogo com a proposta da micro-história se torna potente nessa tarefa, principalmente em relação ao paradigma indiciário, proposto por Ginzburg (1990), em que a leitura dos indícios, dos vestígios, se torna um dos procedimentos centrais da pesquisa

em cidades como Joinville, para tratamento dos alienados (Melo, 2000; Gomes; Pasqualotto; Baptista, 2016.). Até a fundação da Colônia Santana, diferentes destinações eram dadas aos chamados alienados mentais: encarceramento na cadeia pública, envio ao Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, às custas do estado, internação no Asilo de Azambuja, de Brusque, gerido pelas irmãs da Congregação da Divina Providência, e ao Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider³, de Joinville, instituições que abrigavam pacientes vindos de diversas cidades do estado. Foram dessas duas instituições que chegaram os primeiros 311 internos do Hospital Colônia Santana no ano de 1942.

Para a historiadora Viviane Borges, a criação do Hospital Colônia Santana representa o começo da institucionalização científica e médica hospitalar da loucura em Santa Catarina (Borges, 2013).

Afastada da capital, em um bairro da cidade de São José, a Colônia Santana tinha todas as características das colônias agrícolas, baseadas no relativo isolamento dos internos e na terapia do trabalho (praxiterapia). No entanto, mesmo que tardia em relação a outros estados, sua fundação aconteceu em um momento em que se iniciava no país a transição desse modelo de assistência para um modelo de hospital colônia, preconizado pelo Departamento Nacional de Saúde e pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais⁴. A Colônia Santana foi construída inteiramente com recursos públicos (estaduais e federais), em meio ao projeto de modernização da assistência psiquiátrica no país, tanto do ponto de vista da gestão, quanto das novas técnicas de tratamento. Essa justaposição entre um modelo asilar e assistencial, de um lado, e os novos projetos de administração da saúde pública e das novas técnicas terapêuticas, de outro, marcará as primeiras décadas da Colônia Santana.

Logo após sua inauguração, a administração do hospital foi entregue às irmãs da Divina Providência, a mesma congregação religiosa que administrava o Asilo de Azambuja, em Brusque. As irmãs não apenas tinham uma função central na tomada de decisões e na administração do hospital como se encarregavam de grande parte das funções e tarefas, da limpeza, lavanderia, costura, farmácia, horta, culinária, às funções de enfermagem, como aplicar injeções e soros, fazer curativos, cuidar da higiene dos internos, incluindo os procedimentos mais complexos, como a aplicação de anestésicos (Borenstein *et al.*, 2003). Mesmo os enfermeiros leigos que trabalhavam no hospital eram treinados pelas irmãs. Os primeiros profissionais de enfermagem com formação especializada ingressaram na década de 1970, quando se inicia o declínio da presença das irmãs no hospital e em que é criada a Fundação Hospitalar Catarinense, que passa a gerir os quatro hospitais públicos do estado.

Dos 311 internos em 1942, rapidamente a Colônia Santana chega a 800 até o final da década de 1950, e a 2.200 internos em 1970, situação que Borges (2011) define como o “ápice da superlotação” (p. 1533). Imagens fotográficas registradas nessa década mostram as condições desumanas e de superlotação do hospital⁵.

Essa não é uma situação exclusiva da Colônia Santana: entre 1973 e 1976, há um aumento em 344% nas internações em hospitais psiquiátricos em todo o Bra-

3 Fundado em 1923 e fechado em 1942, após o qual se tornou presídio político durante o Estado Novo, destinado a descendentes de alemães suspeitos de apoiarem a política do Eixo durante a II Guerra.

4 Em relação à passagem da colônia agrícola ao hospital-colônia, ver o trabalho de Venâncio (2011) sobre o caso da Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro.

5 Trata-se de um álbum de fotografias, encontrado no acervo de imagens do Centro de Documentação e Pesquisa (CEDOPE) do Instituto de Psiquiatria (IPQ/SC), retratando as condições dos pacientes internados no hospital nesse período. Segundo a historiadora Viviane Borges (2013), essas imagens, feitas na década de 1970, teriam um caráter de denúncia das condições do hospital “como um espaço decadente, superlotado, povoado por pacientes nus, amontoados em celas, sob [sic] colchões de capim, ou no chão” (p. 130).

sil. Nesse momento uma série de denúncias públicas sobre as condições dos manicômios do país começa a aparecer, culminando com a crise no Departamento Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em 1978, que envolveu uma greve e denúncias da situação dramática das instituições psiquiátricas, nas quais os internos eram vítimas de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes. Apesar da demissão de 260 profissionais e bolsistas do órgão, esse movimento desencadeou novas denúncias, mobilizações, principalmente por parte dos trabalhadores da saúde mental (Amarante; Nunes, 2018)⁶. O desfecho dessas denúncias e mobilizações foi a criação de vários movimentos ligados à luta antimanicomial e pela reforma do sistema de assistência psiquiátrica no país, desembocando, em 2001, na aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica. A política nacional de saúde mental adotada a partir da Lei determinou o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação das redes psicossociais, um extenso programa de atenção à saúde mental fundamentado na atenção básica e nos centros de atenção psicossocial (os CAPS), e em programas como o Volta pra Casa, destinado aos egressos de longa internação nos hospitais.

Em 1996, o Hospital Colônia Santana passa a se denominar Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), e um dos efeitos da Reforma Psiquiátrica foi a criação das Residências Terapêuticas, que abrigam homens e mulheres que viveram como internos por mais de vinte anos e perderam o vínculo com suas famílias e locais de origem. Mas o IPq não deixou de receber novos internos, mesmo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Ele ainda é o principal espaço público de atendimento emergencial em psiquiatria no estado, recebendo inclusive menores de idade, em processo de internação compulsória a partir de mandados judiciais obrigatoriamente atendidos pela direção do hospital⁷.

A história e a crítica da instituição manicomial é um tema que já tem uma longa trajetória, na qual o trabalho arqueológico de Michel Foucault (1978), em *História da loucura na Idade Clássica*, é uma referência incontornável. Essa obra e trabalhos posteriores de Foucault, como o curso *O poder psiquiátrico*, de 1973-1976 (Foucault, 2006), abriram o caminho para se pensar a instituição psiquiátrica como dispositivo de saber-poder⁸. Para Foucault (1978), o que viabilizou o surgimento da psiquiatria foi um conjunto de relações entre hospitalização, procedimentos de exclusão, produção de leis, a moral burguesa e as normativas nas relações de trabalho. Nesse sentido, a psiquiatria, para além de uma disciplina, pode ser tomada como um dispositivo, uma lógica que se constitui em relações entre discursos, arquitetura, enunciados científicos, instituições, proposições morais, regulamentos, ditos e não ditos⁹.

Além de Foucault, outros autores refletiram de modo crítico sobre a instituição psiquiátrica, como Castel (1977), quanto à ordem psiquiátrica; Goffman (1998 [1961]), sobre o manicômio como instituição total; Szasz (1979), com a crítica ao modelo organicista na psiquiatria. Além daqueles que buscaram uma alternativa ao manicômio e à psiquiatria tradicional, fundando as bases da antipsiquiatria, das lutas antimanicomiais e dos movimentos de reforma psiquiátrica, como Basaglia (1985 [1968]); Cooper (1982); Laing (1987 [1967]); Cooper e Laing (1982 [1964]).

6 Uma das primeiras denúncias sobre a situação dos hospitais psiquiátricos brasileiros foi a reportagem "Sucursal do inferno", sobre o Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, publicada na Revista O Cruzeiro, em 1961. Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, em visita ao mesmo hospital, associa as condições do hospital aos campos de concentração nazistas.

7 Conforme presenciamos em uma de nossas primeiras visitas ao IPq, em abril de 2016, e confirmado em conversa informal com funcionários do IPq.

8 Sobre as diferenças da abordagem de Foucault entre *História da loucura*, e o curso de 1973-74, sobre o Poder psiquiátrico, ver o artigo de Caponi, 2009. Nele a autora mostra como o foco em uma arqueologia dos saberes psiquiátricos, em *História da loucura*, se desloca para uma genealogia do poder psiquiátrico, incidindo na produção de um sujeito (louco ou doente mental)

9 Cf. Foucault, 1979, p. 244.

No Brasil, uma série de pesquisas feitas em fontes clínicas e institucionais dos antigos hospícios e das colônias de alienados proporcionou abordagens sobre a história da psiquiatria no país com foco em saberes, técnicas, práticas diagnósticas e terapêuticas praticados no interior dessas instituições¹⁰. Mais recentemente, pesquisas têm se voltado à tentativa de compreender a vida e a trajetória dos sujeitos internados. Isso tem sido feito tanto através fontes documentais, principalmente aquelas produzidas pelos próprios sujeitos, como cartas, diários, cadernos¹¹, quanto através de pesquisas de campo feitas diretamente com os sujeitos internados, moradores, egressos ou com os profissionais de hospitais, clínicas, asilos e comunidades terapêuticas¹².

A abordagem que propomos neste artigo reconhece a importância da perspectiva que aborda a instituição a partir dos dispositivos de controle, vigilância e saber-poder da medicina. Essas dimensões estão presentes na documentação pesquisada e nos prontuários analisados. Ao mesmo tempo, consideramos importante entender as conexões entre esses saberes e controles biomédicos, os valores morais predominantes nos contextos históricos em questão e buscar as vozes, experiências, agências, resistências dos sujeitos englobados pela instituição asilar.

A etnografia no arquivo da instituição psiquiátrica, ao assumir a tarefa da reconstrução narrativa das vidas contidas nos documentos, dialoga com a ideia referenciada por Wadi (2011) de uma história *com sujeitos*, a partir do que a autora define como a abertura de um “novo cenário analítico” (idem, p. 250), composto pelo reconhecimento de novas fontes para a historiografia das instituições psiquiátricas e pelo foco no dia a dia da instituição e na experiência dos sujeitos (Wadi, 2011, p. 253). Entre as novas fontes, encontram-se livros de registros, prontuários e textos e cartas produzidos pelos próprios internos. É sobre esses últimos que Wadi se debruça, analisando as cartas de uma interna no Hospital São Pedro, de Porto Alegre entre 1909 e 1911.

O desafio que nos colocamos na pesquisa foi o de buscar esses sujeitos na leitura oblíqua de narrativas, relatos, anotações, descrições não produzidas diretamente pelos internos, mas pelos profissionais que integravam a instituição: livros de registros, de ocorrência, e no objeto foco deste artigo, os prontuários. Isso implica na tarefa analítica de uma leitura prospectiva e a contrapelo dos prontuários, buscando o que não é evidenciado diretamente, mas permanece como resíduos ou rastros de condutas, atos e resistências descritos por terceiros.

Tendo como fontes centrais os documentos produzidos dentro da instituição e pelos profissionais que nela atuaram, este trabalho, tal como propõe parte da historiografia contemporânea, baixa algumas escalas¹³ na complexa história da instituição, se ocupa da análise das vidas nela abrigadas, buscando histórias, experiências, agências, resistências dos sujeitos, das quais não são acessíveis mais do que rastros, pistas, sinais.

Uma dessas questões que nos colocamos nesta abordagem da instituição manicomial foi a de quais seriam os agenciamentos sociais possíveis por parte daquelas que, uma vez internadas, são tomadas como “incapazes”¹⁴ e submetidas ao regime disciplinar e tutelar da instituição, a processos de despersonalização¹⁵, a

10 Como é o caso do clássico *Danação da norma*, de Machado et al., 1978; Cunha, 1986; Carrara, 1998; Engel, 2001; Portocarrero, 2002; Venâncio; Potenguy, 2015; Venâncio, 2011; entre outras.

11 Para citar alguns desses trabalhos, Facchinetti, 2008, 2010; Borges, 2013; Wadi, 2009a; 2011;

12 Biehl, 2005; Andrade, 2012; Andrade; Maluf, 2014; Saretta, 2014; entre outros

13 No sentido da discussão de Jacques Revel (2010) sobre a “variação de escalas” de observação na micro-história.

14 Até muito recentemente (Lei 13.146/2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), o doente mental era definido, nas diversas legislações, como incapaz.

15 Através do uso de uniformes padronizados, rotinas coletivas, distanciamento da vida familiar e da própria casa.

vigilâncias e escrutínios constantes. Algumas com diversas entradas e altas, outras que rapidamente foram colocados em condição de cronicidade¹⁶, muitas delas permanecendo na instituição até morrer, tendo como “motivo da alta” o óbito, conforme constatamos nos registros analisados¹⁷. É importante ter como ponto de partida a ideia de que as internas não são em si incapazes de refletir ou agir por conta própria. No entanto, a situação manicomial determina essa condição de incapacidade não apenas pela avaliação clínica da pessoa em internação e pelo estabelecimento de um diagnóstico psiquiátrico, como através de todo um aparato de contenção, isolamento, controle e vigilância.

Como explicado anteriormente, existe uma grande produção acadêmica sobre a instituição manicomial, com foco nos regimes disciplinares, de controle e de violência institucional. Nossa abordagem não deixou de fora essas dimensões, no entanto, além disso, buscamos entender o quanto é possível dar visibilidade aos sujeitos que por ali passaram, que ali viveram, e às suas improváveis, mas não impossíveis, resistências, agências, e mesmo tentativas de “habitar” o manicômio, no sentido de constituir ali alguma vida vivível¹⁸.

O desafio da etnografia em arquivos psiquiátricos

Mesmo sendo um território tradicional da pesquisa historiográfica, a pesquisa em arquivos tem ocupado espaço na antropologia (Cunha, 2004; Giumbelli, 2002), dando grande ênfase às implicações metodológicas, éticas, epistemológicas da confluência entre pesquisa etnográfica e arquivo.

A etnografia em arquivo tem se desenvolvido no Brasil em três modos de abordagem. O primeiro é o que foca nos arquivos produzidos pelas próprias pesquisas antropológicas, como arquivos etnográficos e acervos de antropólogos/as – como notas de campo, diários, desenhos, registros fotográficos ou filmes etc.¹⁹. O segundo modo toma o arquivo como uma fonte suplementar e secundária da pesquisa de campo, que ajudaria a estabelecer contextualizações sociais e históricas dos eventos observados ou narrados pelos interlocutores da pesquisa. O terceiro modo aborda o arquivo como campo prioritário da pesquisa, como o território em que as vozes, as perspectivas ou pontos de vista, os acontecimentos serão “observados” e em que a questão que se coloca é produzir narrativas a partir de “imagens e vozes de um tempo distante” (Cunha, 2005, p. 36).

Carrara, em sua pesquisa sobre o surgimento do manicômio judiciário no Brasil, traz a ideia de uma “aldeia-arquivo” (1997, p. 53) para discutir a especificidade de uma pesquisa etnográfica feita em arquivos de instituições psiquiátricas, espaço no qual não conseguimos obter nada além de fragmentos. É possível que as anotações nos prontuários, nos livros de registro e de ocorrência que pesquisamos sejam os únicos fragmentos restantes das vidas ali anotadas, além da memória e histórias contadas por algum parente ou familiar que possa lembrar uma avó ou uma tia que havia “enlouquecido” e desaparecido no esquecimento do manicômio. Nessa medida, além de ter o arquivo como o campo da pesquisa etnográfica, o documento, no caso o prontuário, é tomado como um artefato etnográfico que não só armazena usos, práticas, técnicas, saberes, valores, rotinas,

16 Com diversas internações de curta ou longa duração no hospital.

17 Informação inserida tanto nos prontuários quanto nos livros de registro.

18 No sentido dado por Butler, indagando sobre que situações tornariam muito difícil a possibilidade de uma vida vivível (2004).

19 Por exemplo, as pesquisas de Cunha (2004; 2005) em arquivos e acervos etnográficos de pesquisas antropológicas com populações afro-americanas, como os arquivos de Ruth Landes.

normas, agências e relações, como se constitui ele próprio em um objeto central da vida manicomial.

Se o trabalho de descrição e análise etnográficas buscam construir algum tipo de totalização a partir de fragmentos, no caso desta pesquisa os fragmentos são mínimos em dimensão e dispersos, situação que pode parecer paradoxal diante do caráter relativamente fechado do prontuário psiquiátrico, modo de afirmar a objetividade e a cientificidade das informações que contém. Não pretendemos construir uma história social do hospital Colônia Santana, mas fazer uma leitura etnográfica dos documentos que nos permita buscar vestígios de relações e subjetividades envolvidas na trama dos dispositivos institucionais. Para tornar possível, essa tarefa foi necessário, de certo modo, “entrar em relação” com o material que tínhamos em mão e com os fragmentos de vidas ali contidas, testando estranhamentos, exercitando comparações, especulando sobre possíveis leituras de uma breve anotação.

A discussão de Foucault (1969) sobre o arquivo e a abordagem arqueológica, que busca as condições de surgimento de determinados enunciados, nos ajudou a pensar sobre os enunciados científicos e morais presentes da documentação analisada. O conceito de enunciado nos ajuda a entender os regimes de verdade produzidos dentro da instituição psiquiátrica a partir de seus diversos mecanismos, da arquitetura e organização dos corpos no espaço do hospital psiquiátrico, aos diversos procedimentos que definem a rotina da instituição. De cada prontuário lido, emergiram não apenas enunciados discursivos de todo tipo, mas também práticas, objetos (substâncias, máquinas, móveis), atos. Essa abordagem nos ajudou também a entender os modos de organização e distribuição dos enunciados entre os diferentes registros, como os múltiplos formulários, registros e fichas de controle de cada paciente: o formulário do registro de entrada; os prontuários, organizados também no modo de formulário, cada vez mais detalhado, esquadriado, objetivado e racionalizado, como veremos mais adiante.

Quando afirmamos buscar os sujeitos no arquivo, é preciso explicar sobre de que sujeito estamos falando. A concepção de sujeito está diretamente ligada ao modo como abordamos o arquivo. Estamos aqui pensando, com Foucault (1979), para além da ideia de um “sujeito soberano”²⁰, cuja abordagem seria mais apropriada a uma visão de arquivo como registro de uma verdade cristalizada e compondo uma história linear. Uma abordagem etnográfica e micropolítica do documento nos permite, num primeiro momento, entender como se fala desse(s) outro(s), e de que modo relações de poder atravessam esses registros sobre o outro. No arquivo psiquiátrico, o prontuário, por exemplo, é produzido pelo médico (sujeito do saber sobre corpo e a mente do paciente) e que enuncia verdades sobre este (através do diagnóstico, das descrições sobre seu estado somático e psíquico), assim como anota acontecimentos importantes (necessidade ou não de internação, terapêuticas, possibilidade de alta, saída do hospital, óbito). Como veremos, muito mais é anotado. Além do psiquiatra, outros profissionais ajudam a produzir os prontuários, como enfermeiros, auxiliares, práticos, tarefas que nos primeiros anos da Colônia Santana foram em grande parte realizadas pelas freiras. A hierar-

20 Que poderia ser definido também a partir da noção de uma “metafísica da substância”, ou seja, a ideia de um sujeito prévio à experiência social e às relações de poder (Butler, 1990).

quia do hospital se expressa também no prontuário, entre anotações burocráticas de data e horário de entrada, anotação de diagnósticos e prescrições, controles cotidianos do estado das pacientes e das terapêuticas empregadas²¹.

Neste artigo nos colocamos a tarefa de explorar essa dupla dimensão do documento (no caso aqui, dos prontuários): de um lado, no que eles nos falam sobre os saberes e poderes psiquiátricos, sobre os modos como inscrevem o sujeito no discurso de verdade contido no prontuário; de outro, na leitura oblíqua dos rastros, pistas e vestígios deixados marginalmente sobre as mulheres a que se referem²².

O arquivo

As fontes com que trabalhamos estão abrigadas atualmente no Centro de Documentação e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (CEDOPE/IPq/SC), criado em novembro de 2011.

Segundo nos contou a enfermeira e coordenadora do CEDOPE, Eliani Costa, em nossa primeira visita ao IPq, alguns anos atrás um diretor da instituição, necessitando liberar espaço, retirou um volume grande de “papel velho” de uma sala e o depositou no pátio interno do Hospital. Ao perceber que uma parte da memória da instituição seria jogada no lixo, essa profissional decidiu salvar o material e acondicioná-lo em outro local. Ali começou um trabalho que tem se estendido por alguns anos já, de constituição de uma memória documental do antigo Hospital Colônia Santana.

No período de realização da pesquisa, o CEDOPE contava com três salas no andar térreo do prédio central do Hospital, onde fica a administração (com o computador que dá acesso aos prontuários digitalizados); uma salinha agregada a esta, onde está o acervo de imagens, composto por fotografias, álbuns de fotografias e vídeos em VHS; uma sala de exposições (com objetos antigos do hospital, o primeiro livro de registros e outros documentos expostos – reorganizada em 2016 para a comemoração dos 75 anos do Hospital, à qual foi agregada, no corredor que dá acesso à sala, a galeria dos retratos dos diretores do hospital); e o chamado Cedopinho, uma sala menor onde é feita a higienização e organização dos documentos, na qual tivemos acesso a diversos livros de registros das décadas de 1940 e 1950, e onde se encontra também um fichário indexador. Além dessas, o CEDOPE ocupava um salão maior na antiga Ala Oitava do Hospital, hoje desativada e em reforma para abrigar o futuro ambulatório psiquiátrico. Nesse salão estava a maior parte da documentação do acervo, todos os prontuários, dispostos em caixas numeradas conforme os lotes de digitalização, organizadas por ordem de numeração e cronologia; e os livros de ocorrência ainda empilhados no chão, cobertos de poeira e insetos, sem higienização e aguardando as estantes em que seriam dispostos e organizados.

É importante mencionar as condições em que encontramos o acervo e o fato de que, efetivamente, para conseguir começar a trabalhar com os prontuários físicos, tivemos que realizar alguns mutirões de higienização e organização. Esse trabalho foi um dos acordos de reciprocidade que fizemos com a instituição. Cabe aqui mencionar o diagnóstico feito por Facchinetti *et al.* (2008) sobre o quanto as

21 Aqui é importante trazer a interessante análise de Mário Teixeira sobre as relações de poder e hierarquia dentro do Hospital Colônia Santana. Nesse trabalho, ele analisa os diversos modos com que setores diferentes do hospital constituem dispositivos de saber-poder, em uma hierarquia vertical do diretor do hospital (sempre um médico) ao atendente, funcionário com nenhuma formação na área, mas que lida diretamente com os pacientes internos no cotidiano do hospital e que fundamentalmente maneja as informações diárias referentes a esses pacientes (Teixeira, 1993).

22 Gomes et al. (2016), no campo da psicologia social, se propõem a fazer uma análise da documentação do extinto abrigo de alienados de Joinville (SC), tendo como referência o paradigma indiciário, buscando os rastros de memória presentes nos registros da instituição. Seu foco são imagens, livros de registro, reportagens que retratam a instituição e sua relação com a cidade.

condições de higienização e organização das fontes primárias das instituições psiquiátricas têm dificultado a realização de pesquisas mais sistemáticas sobre a história e a vida dessas instituições.

O acervo do CEDOPE é composto por diferentes tipos de documentos, que incluem os Livros de Registros (em que eram feitos os registros de ingresso no Hospital); os Prontuários (em que eram anotadas as informações sobre cada paciente, abrangendo diagnóstico, prescrições de tratamento, altas e reinternações, observações de acompanhamento e outros eventos); os Livros de Ocorrência (um tipo de diário do Hospital, em que eram anotados todos os fatos ocorridos diariamente dentro da instituição, envolvendo os pacientes ou outras ocorrências); fotografias e vídeos (registros de festas, passeios, espaços do hospital, registros sobre modificações e melhorias realizadas por determinadas gestões, etc.); relatórios de gestão; produções dos próprios internos (desenhos, telas, poemas, diários, etc.).

Desde o início da pesquisa de campo em 2015, trabalhamos com os Livros de Registros, os Prontuários, as fotografias e um relatório de gestão. Chegamos a manusear e ler alguns livros de ocorrência, mas estes se encontravam em condições ainda precárias de armazenamento e organização. Apesar de ainda não estarem organizados para poderem ser pesquisados com sistematicidade, esses livros de ocorrência trazem relíquias sobre a vida cotidiana do Hospital, como narrativas sobre fugas, rebeldias, punições, protocolos e rotinas (como o protocolo do cigarro, estabelecido da década de 1990, que determina como e onde se podia fumar cigarro no hospital, e que funcionava também como dispositivo de punição: caso um interno desrespeitasse alguma regra interna, perderia sua vez e horário de fumar).

A organização do CEDOPE é também resultado de trabalho realizado pela equipe de pesquisadoras coordenada pela profa. Viviane Borges da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), juntamente com a enfermeira do IPq Eliani Costa²³. Através do Projeto Arquivos Marginais, essa equipe colaborou com o processo de salvaguarda (higienização e acomodação) dos cerca de 22 mil prontuários do CEDOPE²⁴.

Existe uma versão digitalizada dos prontuários, feita através de um projeto de digitalização dos acervos de saúde do estado de Santa Catarina. Parte da pesquisa foi feita nela. No entanto, é um acervo digital difícil de trabalhar, tanto pelo acesso restrito, quanto pela falta de dispositivos de busca a não ser uma lista de pacientes, sem outros dados além do nome, número do prontuário e número do lote (caixa física) em que estão armazenados. Não é possível, por exemplo, fazer uma busca com outra variável que não o nome ou o número de prontuário. Isso dificulta uma busca por data ou período, sem que se tenha que procurar previamente os dados nos livros de registro correspondentes a essas décadas.

Além dessas dificuldades quanto ao acesso aos documentos, enfrentamos os demais obstáculos próprios da pesquisa em instituições da área de saúde, que envolvem os trâmites nos comitês de ética, desconfianças por parte dos agentes e funcionários, dispositivos de controle que dificultam a pesquisa, além da falta de compreensão por parte da direção e dos gestores de instituições de saúde so-

23 Que colaborou com nossa pesquisa abrindo as portas do CEDOPE e permitindo o acesso aos prontuários eletrônicos e demais documentos do acervo.

24 Processo analisado em Viana (2013) e Borges (2016).

bre a importância de salvaguardar e manter o arquivo e a memória documental da instituição.

Registros

Antes de iniciar a abordagem dos prontuários, vamos descrever muito brevemente os outros documentos trabalhados. Neles encontramos informações que futuramente poderão ser associadas à leitura dos prontuários, como certos marcadores sociais, origem e profissão das mulheres que entraram nas primeiras levas de pacientes do hospital, as fotos do berçário e a internação de crianças, entre outros temas.

Fotografias e álbuns fotográficos

No material fotográfico levantado²⁵, encontramos registros de festas e comemorações; passeios; fotografias que buscam retratar o espaço da instituição, as mudanças e melhorias feitas em determinadas administrações e gestões, provavelmente utilizadas em relatórios de gestão; álbum inteiro de fotografias retratando as condições desumanas em que se encontravam os internos, que teriam sido tiradas por um funcionário para efetuar uma denúncia sobre as condições do hospital (cf. nota 5).

Num primeiro momento, nosso interesse era o de buscar fotos que registrassem o cotidiano da instituição. No entanto, quando começamos a folhear as fotos das festas e comemorações, algo interessante começou a aparecer: nesses momentos, percebiam-se situações de troca afetiva, interação, brincadeira, uso de fantasias e maquiagens. É de uma das festas, a foto de um rapaz muito jovem, com vestido e maquiagem, em meio a fotos de várias outras pessoas com diferentes fantasias, dançando em um salão de baile. O lúdico, imprevisto nos protocolos hospitalares, era resultado da iniciativa das funcionárias do hospital, que, lá na ponta da vida cotidiana da instituição, reinventavam a política institucional e criavam situações em que era possível um outro modo de habitar a instituição, para além dos protocolos médicos estabelecidos.

Assim, as fotos registram vários momentos festivos, com dança, fantasia, máscara e maquiagem. Registram também um passeio (excursão) a uma praia, com fotos detalhadamente organizadas em um álbum e com legendas descrevendo os personagens de cada foto. Ali se reúnem internos e profissionais, em brincadeiras na praia, em roupa de banho, posando para o fotógrafo, almoçando ou lanchando juntos em volta de uma mesa.

No registro das alas e espaços internos, nos surpreenderam as fotos da ala feminina, contendo vários berços com crianças pequenas. Como os berços estavam dentro da Ala, pressupomos que fossem filhos de mulheres internas, provavelmente nascidos no próprio hospital. Essas imagens complementam algumas situações que percebemos nos prontuários de mulheres, em que a condição de gestação é identificada e assinalada.

O paralelo entre os álbuns de registro interno da instituição (espaços, alas etc.) e os de registro de atividades lúdicas (passeios, festas e comemorações) mostra

25 Através de bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) de Camila Dias, que pesquisou e digitalizou as fotografias e álbuns do acervo.

alguns contrastes entre a rotina altamente normatizada e controlada do hospital, inclusive na organização do espaço e na arquitetura do prédio, e o lúdico como momento de invenção e criação de outros modos de relação, de apresentação de si, de afetividade, que não estão nos protocolos terapêuticos, mesmo reconhecendo que também nessas situações os controles e hierarquias permaneciam.

Os Livros de Registros – o Livro no. 1

Inaugurado em 1941, os primeiros internos do Hospital Colônia Santana, que chegaram no ano seguinte, foram provenientes de dois outros hospitais psiquiátricos de Santa Catarina: o Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider, de Joinville, criado em 1923, e o Hospício Azambuja, de Brusque, criado em 1902 pelas irmãs da Divina Providência, ambos da região do Vale do Itajaí. Foram ao todo 311 transferências, sendo que o Livro de Registros no. 1, que tem em torno de 700 páginas, traz justamente a internação dessa primeira leva de pacientes proveniente dessas duas instituições, com a data de 6 de janeiro de 1942²⁶. O formulário que consta em cada página do livro de registro traz informações sobre as pessoas que deram entrada no hospital. Bem no alto, no meio da página, um cabeçalho com o nome do Serviço de Assistência a Psicopatas, logo abaixo o número de Registro Geral e a seguir informações como nome, residência, procedência, nacionalidade, data de nascimento, sexo, instrução, religião, altura, profissão, estado civil, filhos, mulher ou marido, bens, internante, informante, data de entrada, evasão, alta experimental, alta definitiva, data de falecimento, nome do pai, cor, endereço e naturalidade, o mesmo para a mãe, estado civil dos pais. Em uma coluna, à direita do formulário de registro, consta um espaço para se anexar foto e um item de observação, com espaço a ser preenchido abaixo. Entre as observações anotadas, constam as datas de retorno após alta, informações sobre o estado do paciente, eventuais correspondências recebidas de familiares²⁷.

Na maior parte dos registros de mulheres desse período, a profissão descrita é de “doméstica”. No entanto, a sinalização “doméstica” no formulário de entrada não necessariamente significa que a mulher a que se refere tenha suas atividades restritas ao “lar” (ou dona de casa), ou que fosse empregada doméstica (menor possibilidade, no caso do período analisado e dos locais de proveniência delas, cidades do interior de Santa Catarina). Levando-se em consideração que grande parte dos homens internados no mesmo período tinha como profissão a de “lavrador”, infere-se que as mulheres poderiam ter atividades no trabalho rural também²⁸. Essa é uma questão que ainda merece ser analisada com mais detalhamento a partir dos livros de registro e na comparação com períodos posteriores à década de 1940. Outro dado interessante nos registros de internação das mulheres é em relação ao fato de que, em geral, o informante é o marido, no caso das mulheres casadas, ou o pai, no caso das solteiras.

Uma questão importante que apareceu nos livros de registro, e não apenas na década de 1940, são os registros de entrada de crianças e jovens (menores de 18 anos), conforme aponta o levantamento inicial²⁹.

26 O primeiro Livro de Registros do HCS foi pesquisado e digitalizado por Inaê label Barbosa, na época bolsista de Iniciação Científica (PIBIC).

27 Esse mesmo formulário se repetirá na primeira página do prontuário.

28 O reconhecimento da profissão de agricultora é muito recente, sendo que a profissão de pescadora, por exemplo, nem era reconhecida até recentemente (ver Gerber, 2013).

29 Feito por Mirella Alves de Britto.

Os prontuários

Finalmente, então, chegamos aos prontuários³⁰, que, como colocado, estão disponíveis no CEDOPE em dois formatos: em sua forma física, em processo de organização e classificação durante a pesquisa, e digitalizados.

No caso dos prontuários físicos, a dificuldade maior se deu pelo fato de ainda estarem em processo de organização e classificação por ordem cronológica nas estantes³¹. No caso dos prontuários digitalizados, a consulta só pode ser feita em um computador, localizado na sala da secretaria do CEDOPE, e que nem sempre estava disponível. Não era possível fazer o *download* do prontuário digitalizado, então era preciso transcrevê-lo manualmente.

Outra dificuldade da pesquisa nos prontuários é a legibilidade, tanto por problemas de escaneamento, quanto da caligrafia dos profissionais que fizeram as anotações. A escrita médica é um tema que evoca várias questões, que vão desde as dimensões restritivas de uma escrita profissional feita no formato de um formulário, e seguindo regras institucionais, às questões de caligrafia e criptografia das informações³².

Os prontuários são formulários extensos, que incluem informações sobre as pacientes (nome, estado civil, religião, procedência, filhos, etc. e o diagnóstico), partes com tabelas de dados orgânicos e fisiológicos (resultados de exames, tabela de controle de ciclo menstrual); controle de terapêuticas (medicamentos administrados, tabela de praxiterapia, tabelas de aplicação de eletrochoque e insulino-terapia), entre outras informações orgânicas e fisiológicas detalhadas; e partes mais descritivas, em que se incluem perguntas sobre doenças na família e antecedentes hereditários, comportamentos e histórico da doença, exame psíquico, observações etc.

Como colocou Mário Teixeira (1993), em sua pesquisa sobre a Colônia Santana, mais que outros prontuários clínicos, os prontuários psiquiátricos têm uma dose alta de subjetividade em suas descrições. Percebemos isso não apenas nas partes dos prontuários destinadas a anotações sobre condutas, comportamentos e atitudes das pacientes, como o “Histórico da Doença” ou “Ato Extravagante”, mas também na resposta a questões que poderiam ser tomadas como objetivas, como o “Exame somático”.

Há diferenças notáveis entre os prontuários dos anos 1940 e os da década de 1950, que indicam mudanças nas práticas, técnicas terapêuticas e concepções de causas e origens das doenças e modos de determinação de diagnósticos. No prontuário dos anos 40, há uma parte longa denominada “Esquema de constituição”, contendo os dados antropométricos do paciente, como circunferência e diâmetro do crânio, altura da face, comprimento e largura do nariz, largura e circunferência do peito e abdômen e tipo morfológico. Há uma preocupação com as informações referentes a antecedentes hereditários da doença, incluindo a existência na família de situações de suicídio, alcoolismo, homicídio, toxicomanias e outros “temperamentos anormais” (cf. os prontuários). Nas prescrições medicamentosas dessa década, incluídas na “Folha de Controle das Prescrições Médicas”, é comum o uso de medicamentos para sífilis (existe inclusive uma tabela específica de tratamento

30 Pesquisados e transcritos por Sônia Weidner Maluf.

31 Uma tarefa que realizamos conjuntamente com a equipe de pesquisa da UDESC, coordenada pela professora Viviane Borges, que já vinha se dedicando à higienização e organização do material do acervo.

32 Para Thiaudière (2012), a receita médica se inscreve num campo semântico inacessível ao paciente (p. 29). Emprego de nomes especializados, abreviaturas, e uma escrita muitas vezes ilegível só aumentam a dificuldade de acesso ao conteúdo para quem é leigo. A receita se destina ao farmacêutico, não ao paciente (ou à pesquisadora). O mesmo se aplica à redação do prontuário médico, destinado a ser lido por quem dará continuidade ao tratamento e às anotações (médicos, enfermeiros).

antilúético³³), mesmo não havendo nos prontuários um diagnóstico prévio ao tratamento³⁴. Entre os medicamentos para sífilis, o arsênio e o bismuto, utilizados na profilaxia de gestantes para evitar contaminação do feto. Também encontramos entre as prescrições dessa década as vacinas contra tifo.

Outros tratamentos comuns são feitos com várias tinturas fitoterápicas, como de ópio, boldo, abacateiro, beladona, valeriana etc., o que pode estar ligado às práticas das irmãs da Divina Providência na época. Também encontramos menções à prescrição de Tiazamida, medicamento à base de sulfato, considerado nos registros médicos daquela época a “nova descoberta” contra vários tipos de infecção bacteriana (Barros, 1942). Tanto as prescrições terapêuticas quanto o tipo de informação sobre os pacientes mudam no prontuário do final da década de 1940 e início da de 1950. São incluídas tabelas de aplicação de terapêuticas como eletrochoque (também utilizadas para aplicação de cardiazol) e insulino-terapia – três terapias de choque que serão utilizadas nas décadas seguintes como a terapêutica central do HCS. A partir dessa década também não é observado mais o uso das tinturas fitoterápicas entre os medicamentos.

Há também nos prontuários uma parte diferenciada para homens e mulheres, referente à vida sexual/vida reprodutiva e filhos na “Folha de Informação sobre o doente”. Na parte a “ser respondida se o doente for homem”, as perguntas são destinadas à vida sexual (“Em que idade teve os primeiros contatos sexuais?”); doenças venéreas (“Contraiu alguma doença venérea?”), impotência (“Já esteve impotente alguma vez?”), casamento, filhos, doenças ou morte dos filhos. No item destinado exclusivamente às mulheres, as perguntas estão direcionadas ao ciclo reprodutivo: “Em que idade começou a ser menstruada?”, “Quantos dias costumava durar a menstruação?”, “Vinha esta regularmente todos os meses?”, “Sofria de cólicas menstruais?”, “Já teve hemorragias?”, “Se é casada, em que idade casou-se?”, “Tem filhos? Estado de saúde deles.”, “Se algum é morto qual a causa?”. Além desses dois itens, a Folha de Informações sobre o Doente traz, em sua primeira página, a pergunta “Houve abortos?”, dificilmente deixada em branco quando se tratava de mulheres casadas. Percebe-se, ainda, um controle sistemático da menstruação das mulheres, com uma tabela específica em que todo mês se anota o dia e a duração desta, assim como comentários em destaque sobre interrupção da menstruação.

Desses prontuários, vamos nos deter especificamente em quatro. São utilizados nomes fictícios e omitidos o número do prontuário e o local exato de procedência da interna, visando preservar a identidade das mulheres, apesar da antiguidade desses documentos.

A leitura de cada seção do prontuário ajuda a entender as concepções e influências hegemônicas da psiquiatria em cada período (Fachinetti *et al.*, 2010). A leitura dos dados que trazem sobre cada indivíduo em particular nos ajuda a extrair narrativas singulares de cada uma dessas histórias e trajetórias de vida, de sofrimento, adoecimento e tratamento. Ao mesmo tempo, os acontecimentos narrados são surpreendentemente comuns entre as mulheres internadas nas décadas analisadas. Se a leitura dos prontuários evidencia o percurso medicali-

33 Termo utilizado para medicamentos de tratamento da sífilis.

34 Isso foi observado por Viana em sua análise dos prontuários de menores internados no HCS. Muitos deles eram submetidos ao tratamento antilúético sem terem o diagnóstico. Cabe lembrar, junto com a autora, que o combate à sífilis se tornou uma política pública central no início do século XX, vista como uma doença matriz de outras, inclusive de ordem psiquiátrica (Viana, 2015).

zador do diagnóstico e do tratamento e o que eram os dispositivos da psiquiatria científica do período, ela também evidencia as apreensões morais da loucura e dos atos classificados como loucura, inclusive na caracterização da doença. O modelo médico não apenas deixava escapar modelos morais, mas se fundamentava grandemente neles.

Os prontuários referentes à década de 1940 foram acessados em sua versão digitalizada, trazendo mais dificuldades de leitura em função da má qualidade da digitalização de algumas folhas. Para os prontuários que se estendem para além das décadas de 1940 e 1950, indicando uma longa permanência da interna, nos ativemos à análise das anotações nessas duas décadas, mesmo trazendo algumas referências sobre as anotações das décadas seguintes. Os prontuários referentes aos anos 1950 nos permitiram compor narrativas mais detalhadas sobre as internas em função dos dados encontrados.

Vamos, então, a alguns desses prontuários.

Vera

Nascida em 1895, Vera ingressou no HCS em janeiro de 1942, na primeira leva proveniente do Hospício de Brusque. O prontuário se inicia na data de internação no HCS, não constando informações relativas ao período anterior de internação³⁵. Solteira, de “cor branca”³⁶, profissão “doméstica”, instrução “nula”, religião católica. Teve como diagnóstico anotado na folha de ingresso “Esquizofrenia Paranóide”. Vera, assim, chegou no HCS com a idade de 47 anos, vinda de outra instituição da qual não se sabe a data de internação. A anotação na folha de “Anamnese” é muito breve, repetindo os dados pessoais sobre procedência, estado civil, grau de instrução. Na folha de Controle de Prescrições Médicas, o diagnóstico anotado é de Parafrenia³⁷ e as prescrições entre 1942 e 1946 incluem as tinturas de beladonna, valeriana, ópio, boldo e abacateiro, magnésio e medicamentos como Octilan, Bivatol (bismuto), Arsenox, Neosalvarsan, Tiazamida (medicamentos para sífilis e, o último, para quadros infecciosos). Nas anotações da década de 1940, constam os medicamentos e as dosagens, sem maiores informações sobre a interna. Nesse prontuário, é só a partir de 1959 que anotações mais detalhadas são feitas, como esta, de 1959, (dia e mês ilegíveis): “Desorientada parcialmente. Refere-se a alucinações auditivas. [... Ilegível]. Ideias delirantes. Delírios de grandeza e de [prejuízo?]”. Ou esta, de 9/5/1960: “Compareceu para revisão. Estado psíquico inalterado. Trata-se de Esquizofrenia processual”. E de maio de 1963: “Hemiparesia”³⁸, seguido de prescrições de medicamentos, como Adelfan (para pressão alta) e Amplicitil (clorpromazina, um dos primeiros psicofármacos introduzidos, indicado para alucinações e delírios)³⁹. As prescrições medicamentosas seguem, sem maiores detalhes sobre o estado da paciente, até sua morte, por Acidente Vascular Cerebral aos 73 anos, em outubro de 1968, após 26 anos de internação no HCS. Vera é um dos casos em que o ingresso no asilo e sua posterior transferência para a colônia de alienados resultou no confinamento perpétuo.

35 Os prontuários anteriores à internação no HCS teriam ficado no arquivo morto das instituições de origem, constituindo um acervo a ser ainda pesquisado e analisado.

36 A maioria dos prontuários acessados ou trazia a anotação de cor “branca” ou deixava essa informação sem preenchimento. É preciso acentuar que, mesmo se tratando de uma região de alta incidência de descendentes de imigrantes alemães, italianos e açorianos, Santa Catarina possui um percentual importante de população indígena e negra.

37 Um tipo de esquizofrenia tardia, que associa demência precoce e comportamento paranoide. O termo entrou em desuso, mas foi retomado na década de 1950.

38 Paralisia parcial.

39 Estamos falando da década de 1960. Segundo Borenstein et al. (2007), quando foram introduzidos no HCS, na década de 1950, esses medicamentos tinham um papel coadjuvante dos tratamentos de choque.

Clara

Clara ingressou na Colônia em 1953, com 37 anos. Casada, de instrução primária, católica. Quatro filhos vivos, três mortos e dois abortos. Diagnóstico de P.M.D. (Psicose maníaco-depressiva).

Joel Birman (2010) analisa a substituição do diagnóstico de histeria pelo da Psicose Maníaco-Depressiva no Brasil (analisando a documentação do Hospício Nacional dos Alienados), a partir do deslocamento da influência da psiquiatria francesa para a alemã (sobretudo a de Kraepelin) e a adoção de uma perspectiva biologicista para os sintomas antes identificados com a histeria. Se a histeria foi o diagnóstico predominante nas mulheres entre o final do século XIX e o início do XX, a partir desse momento começam a prevalecer os diagnósticos de Psicose Maníaco-Depressiva⁴⁰.

Na pergunta sobre o temperamento antes da doença, aparece como “alegre e trabalhadeira”; e na pergunta sobre conduta com família, amigos, sexo oposto, em casa, no trabalho etc., “muito boa e muito divertida”. Até que (anotação em resposta à pergunta sobre “Ato extravagante” – um dos itens do formulário), “começou a só querer sair e um dia atirou-se no mar” (ato que aparece no H.D.A. como tentativa de suicídio). Outra anotação importante é sobre a ausência de relatos de alucinação ou escuta de vozes.

No exame psíquico um dia após a internação, está anotado que “encontra-se em estado de gestação”.

Mesmo assim, iniciou o tratamento de eletrochoque quatro dias após a internação, interrompido em função da gravidez. Anotação de 29/7/1953: “A eletroconvulsoterapia foi interrompida devido a estado de gestação”. Em 12 de agosto: “Está entrando em fase de depressão novamente” e, em 9 de setembro: “Não melhorou por não poder fazer-se tratamento intensivo devido à gestação”. O eletrochoque é retomado em 20 de outubro, com uma anotação sumária nessa data: “Vamos fazer eletrochoque” – chama a atenção a escrita forte e apressada dessa frase, sem maiores explicações, que no contexto da interrupção anterior em função da constatação de gravidez, nos leva a pensar na dramaticidade de uma solução drástica, performatizada na grafia em que a decisão é anotada, tomada apesar da contraindicação por estar grávida.

Já a insulino-terapia (também chamada de coma insulínico), que se iniciou um mês e meio após a internação, foi interrompida em 2 de setembro de 1953, conforme a anotação: “suspensão por estado de gestação”, e retomada apenas em 2 de abril de 1954, provavelmente quando já não estava mais grávida. Inicia o tratamento com Cardiazol em março de 1954. O Cardiazol também é uma terapia de choque; quando injetado, é um indutor de convulsão. As sessões com esse medicamento estão anotadas em fichas de eletrochoque, tendo sido a terapia mais utilizada em sua segunda internação, no ano de 1954.

Clara recebeu alta em dezembro de 1953 e foi reinternada em uma data não muito precisa, mas provavelmente março de 1954, com alta definitiva em junho de 1954.

O interesse que esse caso nos despertou está ligado inicialmente à questão da constatação de gestação durante a internação. A paciente chegou grávida no

40 Ver também sobre esse deslocamento, Facchinetti et al., 2008.

hospital, e isso aparece no exame psiquiátrico inicial. No entanto, recebeu tratamento intensivo com eletrochoque e insulinoaterapia, ambos interrompidos em momentos diferentes, em função da gravidez, e posteriormente retomados ainda durante o estado gestacional.

Além disso, é notável a discrepância nas datas de interrupção dos tratamentos do eletrochoque e da insulinoaterapia em função da gestação. A insulinoaterapia foi iniciada quando já se sabia da gestação; mesmo assim, foi interrompida depois de duas sessões (conforme anotado no prontuário: “Suspensão por estado de gestação”). O eletrochoque durou mais tempo e a interrupção durante a gestação foi curta. A alta e o regresso ao hospital podem estar relacionados ao retorno para casa para o parto, mas essa é apenas uma dedução em função das datas de saída e retorno, não havendo anotações que a confirmem.

A terceira questão é em relação à mudança de temperamento ou conduta da paciente quando adoeceu: de alegre, “trabalhadeira”⁴¹, divertida, passa a querer sair de casa e tem um episódio de tentativa de suicídio quando já estava grávida. No prontuário, o estado de gravidez modula as idas e vindas dos tratamentos de choque.

Isadora

Internada aos 20 anos, no ano de 1956, Isadora é descrita como doméstica, branca, instrução primária (“frequentou a escola com algum aproveitamento”), católica, solteira. O aspecto de interesse de seu prontuário é a importância dada à descrição de sua figura corporal, e ao comportamento e conduta vistos como anormais. No exame somático, é descrita como “biotipo atlético, vestes em desalinho, mucosas ligeiramente descoradas”. No exame psíquico: “Agitação psicomotora. Desorientada no tempo e no espaço.” E como Antecedente Mórbido Hereditário: “O avô materno era portador de doença mental”. Associada às teorias da degenerescência, a hereditariedade da doença mental como um fator importante na definição do diagnóstico ainda está presente na psiquiatria praticada no HCS nos anos 1950⁴².

No H.D.A. (Histórico da Doença Atual) consta a seguinte anotação: “Desde criança com gênio perverso sendo muito castigada pelos pais... Praticou o corte de seu cabelo que era longo”... “Estava triste nesse dia e na ponte, após esperar a prefeitura fechar, cortou as tranças e depois jogou-se no rio para matar-se. Tentou suicídio de outra feita, atirando-se no rio”. “Foi noiva duas vezes, desfazendo o noivado por não concordar em ser submissa”.

E mais adiante: na resposta à pergunta “como começou a doença?”, consta: “Um dia, olhando para o irmão que estava escrevendo, cortou os cabelos e logo após jogou-se na água”.

Novamente, como no caso anteriormente relatado, o que leva à internação é uma tentativa de suicídio (como no caso anterior, também na água), precedida neste caso do olhar sobre o irmão que lê e no ato de cortar os próprios cabelos. Além disso, toda a descrição de seu temperamento e conduta acentua que seria uma “pessoa perversa, má” (segundo os pais), e que não se casou porque não gosta de ser submissa. Ao mesmo tempo, era “muito castigada pelos pais”.

41 Há que se notar a diferença entre mulher “trabalhadora” e mulher “trabalhadeira”. Enquanto a primeira expressão se refere à mulher que vende sua força de trabalho, a segunda é um adjetivo usado para qualificar a mulher que se dedica ao trabalho, fazendo toda a lida da arrumação e o que mais for demandado ou estiver no horizonte de suas obrigações.

42 Borges e Caponi (2018, p. 1250) veem com surpresa a presença das teorias da hereditariedade mórbida nos relatórios do Serviço de Assistência a Psicopatas do HCS de 1942. A análise dos prontuários dos anos 1950 mostra que essa influência permanece na descrição dos antecedentes do paciente e no estabelecimento dos diagnósticos.

No acompanhamento de seu tratamento, sua conduta continua sendo objeto de anotação: “Informa estar com amenorreia há dois meses (interrupção da menstruação, o que poderia ser um alerta de gravidez, sendo solteira). E logo em seguida: “Atualmente tem tido conduta extravagante”. Não há, no entanto, no prontuário uma descrição mais detalhada do que seria a “conduta extravagante”.

Esse é um exemplo de como a dimensão biomédica e científica se articula com modelos morais e socioculturais do que se espera de uma jovem mulher de vinte anos em 1956. No exame somático, as “vestes em desalinho” aparecem ao lado de informações de aspectos fisiológicos (como os “lábios descorados”), indicando que o projeto de psiquiatria científica que vigorava nesse momento se articulava e se fundamentava em questões morais, apresentadas como sintomas. Mesmo capturadas pelo formato frio do formulário, elas estão presentes e se tornam centrais no estabelecimento do diagnóstico.

Vamos ao quarto prontuário.

Conceição

O prontuário de Conceição indica que foi internada aos 48 anos. De instrução “nula”, católica, tendo como informante no momento da internação o marido. É descrita como “calma, deprimida, respondendo às perguntas em idioma alemão”. “Fisionomia rígida, lábios voltados para baixo”. “Já havia sido internada duas vezes antes, e desta vez a internação foi provocada por uma “nova crise forte”, “fala sozinha”. “Tentou suicidar-se” (é o terceiro caso de tentativa de suicídio). “Está na menopausa...”. No exame somático, é constatada a ruptura do períneo, situação ligada ao parto vaginal, que encontramos em outros prontuários analisados. É diagnosticada com PMD/Melancolia. “Tem alucinações auditivas. As vozes dizem que jamais ficará boa”. E talvez o dado que mais tenha chamado nossa atenção em todo o prontuário: na resposta ao item “Antecedentes Mórbidos Hereditários”, é informado que “tem um filho internado neste hospital”. O tratamento básico, como nos demais casos descritos, é o eletrochoque.

É recorrente nos prontuários as mulheres sendo encaminhadas pelo marido ou pelo pai, no caso de solteiras, e estes são também o “informante” dos funcionários que preenchem o formulário no Livro de Registro, sendo que essas informações iniciais também constarão nos prontuários.

No caso de Conceição, o fato de ter um filho internado provoca em quem lê o prontuário um deslocamento do foco dos sintomas narrados para uma situação familiar dramática e nos faz dar um passo atrás no fio linear da narrativa sobre a trajetória de adoecimento e internação da paciente.

Algumas conclusões

Os prontuários do hospital seguem um roteiro formal de perguntas e itens a serem preenchidos, tabelas de aplicação de tratamentos, exames clínicos divididos em somáticos e psíquicos, respostas aos tratamentos. Algumas anotações são extremamente sintéticas, outras se estendem. Marido e pai são os “informantes” recorrentes, os que produzem a narrativa inicial que acompanha o processo de

internação e será também inscrita nas partes descritivas do prontuário. De tudo o que é narrado, há escolhas por parte de quem anota as informações, algumas são descartadas, outras se tornam relevantes a partir do momento em que ganham registro no documento individual que traz as informações daquela pessoa dentro do hospital. É nesse documento que o médico anota suas observações, diagnósticos, prescrições, é ele que outros médicos consultam para fazer o acompanhamento e novas prescrições, ou em que outros profissionais anotam os controles e aplicações das terapêuticas prescritas.

O prontuário é um objeto mediador dos procedimentos e práticas médicas e das micropolíticas da relação terapêutica. Nota-se uma especial atenção e controle das questões ligadas à vida reprodutiva das mulheres: menstruação, gestação, menopausa, abortos, número de filhos. Se, nas informações dos pacientes homens, pergunta-se sobre a vida sexual, no caso das mulheres o que é relevante para a instituição é o ciclo reprodutivo. Mas a preocupação com a conduta sexual das mulheres não está de modo algum ausente, senão nas perguntas do prontuário, ela aparece nas descrições do acompanhamento de suas reações ao tratamento, comportamento dentro do hospital etc.⁴³. Os tratamentos são, na maior parte dos casos analisados referentes à década de 1950, de choque físico (elétrico) ou químico (insulina ou cardiazol), mesmo com a introdução do psicofármaco clorpromazina.

O período dos prontuários analisados pode ser definido como um momento não só de transição, mas também de justaposição em diversos aspectos. No modo de gestão, transita-se entre um modo de assistência psiquiátrica filantrópica e asilar, realizada pelas instituições anteriores, uma delas também administrada pelas irmãs da Divina Providência, e o projeto de modernização da assistência psiquiátrica. Nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, na transição entre saberes informados pelas teorias raciais e da degeneração (que aparecerão nas informações antropométricas do prontuário) e pelos tratamentos com ervas e tinturas, e as novas técnicas dadas pela biologização da doença mental, através da inclusão de novos tratamentos de choque além do eletrochoque, já praticado nos anos 1940. No entanto, mesmo nesse período posterior, as teorias da degenerescência e da hereditariedade mórbida permanecem⁴⁴.

Se por um lado, os prontuários falam muito mais da instituição e da “ciência psiquiátrica” daquele momento, eles também mostram as dimensões morais presentes nas anotações médicas, assim como, de modo oblíquo e marginal, informações fragmentárias sobre a vida daquelas mulheres. O que estamos tentando ler são pistas, perguntas, dúvidas, lacunas e silêncios: a mãe que é internada onde está o filho, a jovem que desfez noivado duas vezes por não querer ser submissa e que, após observar o irmão escrevendo, corta os cabelos e se joga no rio, a mulher grávida que começa a querer sair de casa e acaba se jogando no mar. Vestígios brutos de “vidas que não pediam absolutamente para ser contadas dessa maneira”, tal como observa Farge (2017, p. 13) em relação ao arquivo judiciário francês do século XVIII. Em algum momento da leitura dos prontuários, começamos a tentar esboçar os rostos dessas mulheres, compor narrativas, que podem até ser

43 Fontoura (1997) identifica, na leitura dos prontuários de internos no HCS no ano de 1942, uma recorrência de fatores que ocasionaram as internações. No caso dos homens, “alcoolismo, vadiagem, desordem...” (p. 76); no caso das mulheres, aparecem nos prontuários “misticismo, condutas sexuais inadequadas, perda de afeto”. Entre as condutas sexuais inadequadas, incluem-se as relações sexuais antes do casamento, a ruptura de noivado ou a recusa em se casar. Para Bertolli Filho (1996), apesar do caráter “marcadamente técnico dos prontuários”, eles tendem a “derivar para observações como a sensibilidade social dominante no período” (p. 176), como, ao se referir a doenças venéreas como ligadas a depravações, vagabundagens; ou emitir julgamentos estéticos sobre os pacientes, como aparência física e modo de se vestir.

44 Não encontramos nos prontuários analisados referentes aos anos 1950 menções a psicocirurgias, como a lobotomia, uma das novas técnicas preconizadas pela psiquiatria científica e colocada em prática no período na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro (Venâncio, 2011).

fabulares, mas talvez não mais do que aquela composta pela incisão tanto técnica quanto moral da leitura psiquiátrica dos sintomas e sua nosologia.

Em um momento posterior da pesquisa, pretendemos cruzar os dados dos prontuários com outros documentos, como os Livros de Ocorrência e relatórios de gestão do período. Talvez ali haja algum registro sobre a “atitude extravagante” de Isadora, mencionada no prontuário ou sobre a saída temporária de Clara, até a nova internação⁴⁵. Buscar essas pistas e conexões, perdidas, mais do que preencher lapsos ou espaços em branco dos prontuários, é uma tentativa de recontar outra história do manicômio, outras histórias, para além da disciplina, do controle e das violências institucionais. Os vestígios encontrados nos documentos do arquivo psiquiátrico, lidos como fragmentos etnográficos, nos ajudam a imaginar as vidas dessas mulheres que passaram pela Colônia Santana ou por lá ficaram e fazer com que deixem de ser apenas resíduos da história da instituição.

45 Assim como outros prontuários que, por questão de espaço, não entraram neste artigo, como o de Rosa, que pedia para voltar para casa e telegrafava para a família durante suas sucessivas internações.

Recebido: 07/11/2019

Aprovado: 24/03/2020

Referências

- ABÉLÈS, Marc. État. In: BONTE, Pierre; IZARD, Michel (Dir.). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris: PUF, 1992. p. 239-242.
- BARROS, Oscar Monteiro de. *Recentes progressos no domínio das moléstias infecciosas*. Revista de Medicina, USP, abril, p. 7-18, 1942.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985 [1968].
- BERTOLLI FILHO, Claudio. *Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 173-180, 1996.
- BIEHL, João. *Vita: life in a zone of social abandonment*. Photographs by Torben Eskerod. Berkeley: University of California Press, 2005.
- BIRMAN, Joel. *A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 345-371, dez. 2010.
- BORENSTEIN, Miriam Süsskind et al. *Historicizando a enfermagem e os pacientes em um Hospital Psiquiátrico*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 56, n. 2, p. 201-205, mar.-abr. 2003.
- BORENSTEIN, Miriam Süsskind et al. *Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960)*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 6, p. 665-669, nov.-dez. 2007.
- BORGES, Viviane Trindade; CAPONI, Sandra. *A assistência psiquiátrica a crianças anormais no Hospital Colônia Sant'Ana (Santa Catarina, Brasil, 1940)*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1239-1259, out.-dez. 2018.
- BORGES, Viviane. *Arquivos marginais: outras fontes, outros acervos*. Revista Eletrônica Ventilando Acervos, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 97-108, dez. 2016.
- BORGES, Viviane. *Um "depósito de gente": as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant'Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1531-1549, out.-dez. 2013.
- BUTLER, Judith. *Precarious life*. London: Verso, 2004.
- CAMPOS, Paulo Fernando de Souza. *Os enfermos da razão: cidade planejada, exclusão e doença mental (Maringá, 1960-1980)*. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2004.
- CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.
- CASTEL, Robert. *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'alienisme*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1977.
- COOPER, David. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1982 [1967].
- COOPER, David; LAING, Ronald David. *Razão e violência*. Rio de Janeiro: Vozes, 1982 [1964].
- COSTA, Eliani. *Hospital Colônia Sant'Ana: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)*. 299 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- CUNHA, Olivia Maria G. *Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo*. Revista Mana,

- 2004.
- DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. (Coleção Civilização e Loucura).
- FACCHINETTI, Cristiana et al. *No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 733-768, dez. 2010.
- FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andréa; MUÑOZ, Pedro F. de. *As insanas do Hospício Nacional de Alienados*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 231-242, jun. 2008.
- FARGE, Arlette. *O sabor do arquivo*. São Paulo: Edusp, 2017.
- FONTOURA, Arselle de Andrade da. *Por entre luzes e sombras... Hospital Colônia Santana: (re)significando um espaço da loucura*. Dissertação (Doutorado em História) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.
- FOUCAULT, Michael. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FOUCAULT, Michel. *Archéologie du savoir*. Paris: Gallimard, 1969.
- FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, Michel. *Sobre a história da sexualidade*. In: MACHADO, Roberto. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979 [1977]. p. 243-276.
- GERBER, Rose Mary. *Mulheres e o mar: uma etnografia sobre pescadoras embarcadas na pesca artesanal no litoral de Santa Catarina, Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.
- GIUMBELLI, Emerson. *Para além do “Trabalho de Campo”: reflexões supostamente malinowskianas*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 17, n. 48, p. 91-107, fev. 2002.
- GOFFMAN, Ervin. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1998 [1961].
- GOMES, Allan Henrique et al. *A loucura na cidade de Joinville no século XX: o paradigma indiciário como proposta metodológica de pesquisa em psicologia*. Confluências culturais, v. 5, n. 1, p. 81-95, 2016.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- LAING, Ronald David. *O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- LOWENKRON, Laura; FERREIRA, Letícia. *Anthropological perspectives on documents: ethnographic dialogues on the trail of police papers*. Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology, Brasília, v. 11, n. 2, p. 76-112, 2014.
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MALUF, Sônia. *Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da “Nova Era”*. Mana, v. 11, n. 2, p. 499-528, 2005.
- MELO, Marcos Costa. *História da psiquiatria: da ideia à materialização – a relação Estado-Colônia Santana*. Psychiatry on line Brasil, v. 5, n. 12, 2000.
- PIGEAUD, Jackie. *Le style d’Hippocrate ou l’écriture fondatrice de la médecine*. In: DETIENNE, Marcel (Org.). *Les savoirs de l’écriture en Grèce ancienne*. Lille: Presses Universitaires de Lille, 1988. p. 305-329.
- PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histó-*

Sônia Weidner Maluf, Mirella Alves de Britto, Inaê Label Barbosa e Camila Andressa Dias da Silva

- rica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- RILES, Annelise. *Introduction: in Response*. In: Documents: artifacts of modern knowledge. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press, 2006. p. 1-37.
- SCOTTI, Zelinda Rosa. *Os prontuários do Hospício São Pedro: metodologia para formação de banco de dados*. Revista Ágora, Vitória, n. 12, p. 1-12, 2011.
- TEIXEIRA, Mario. *Hospício e poder*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- THIAUDIÈRE, Claude. *Les usages médicaux de l'écrit: prescription et institution de la maladie*. In: COTON, Christel; PROTEAU, Laurence (Dir.) Les paradoxes de l'écriture: sociologie des écrits professionnels dans les institutions d'encadrement. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2012.
- VEN NCIO, Ana Teresa A.; POTENGY, Gisélia. *O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliana Moreira*. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.
- VEN NCIO, Ana Teresa. *Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 35-52, dez. 2011.
- VIANA, Bruna da Silveira. *Entre discursos e práticas: menores e loucura no Hospital Colônia Sant'Ana (1942-1944)*. 2013. 62 f. Monografia (Graduação em História) – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, 2013.
- VIANA, Bruna da Silveira. *Salvaguarda e possibilidades de pesquisa: os prontuários do antigo Hospital Colônia Santana*. I Simpósio de Patrimônio Cultural de Santa Catarina – “Patrimônio Cultural: Saberes e Fazeres Partilhados”, Florianópolis, 21-22 nov. 2013.
- VIANA, Bruna da Silveira. *Um lugar para os ditos anormais: assistência psiquiátrica a crianças e jovens na primeira década do Hospital Colônia Sant'Ana (1942-1951)*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, 2015.
- WADI, Yonissa Marmit. *“Entre muros”: os loucos contam o hospício*. Topoi, v. 12, n. 22, p. 250-269, jan.-jun. 2011.
- WADI, Yonissa Marmit. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009a.
- WADI, Yonissa Marmit. *Uma história da loucura no Tempo Presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná*. Tempo e Argumento, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68-98, jan.-jun., 2009b.

A vida social de moradores permanentes de um Hospital psiquiátrico

The social life of permanent residents in a psychiatric hospital

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5831>

Sabrina Melo Del Sarto • Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil

Bacharela em em Ciências Sociais pela UNESP-Marília, mestra e doutoranda em Antropologia Social na Universidade Federal de Santa Catarina. Tem interesse pelas áreas de Antropologia da saúde, saúde mental e etnografia.

ORCID: 0000-0003-1870-4332

sabrinadelsarto@hotmail.com

Neste artigo, objetivo tecer uma etnografia da vida social de moradores permanentes de um hospital psiquiátrico, espírita e asilar, a fim de compreender, no devir institucional, algumas formas particulares de viver e experimentar a institucionalização. Busco observar vivências que subsistem à rotina comum obrigatória para identificar a possível presença de auto-organizações daqueles que vivem o/no local institucional. A ala escolhida dentro de um hospital localizado no interior do estado de São Paulo foi o “Lar Abrigado”, um anexo que possui seis casas e, atualmente, abriga vinte e um moradores. Optei por esta ala porque nela vivem moradores permanentes que, devido ao longo período de internação, têm pouco ou nenhum contato com familiares ou outros responsáveis e, por este motivo, mesmo após os processos de reforma psiquiátrica, continuam a habitar o Hospital de forma permanente. O trabalho etnográfico naquele ambiente começou em 2016, mas os dados trazidos nesta pesquisa foram refletidos após um intenso convívio no mesmo ambiente por 90 dias seguidos, em 2018.

Institucionalização. Etnografia. Hospital psiquiátrico.

In this work, my mainly concern is to come up with an ethnography of permanent residents’ social life in a psychiatric, spiritist and asylum hospital, in order to understand the sociability and particular ways of living and experiencing the institutionalization. I try to observe ways of livingness that subsists in a mandatory ordinary routine, in order to identify possible presence of self-organizations from those who live in the institutional place and, this way, recognize the motivations, concerns and yearnings that permeate their daily life. The hospital wing chosen for the research, in a hospital in the countryside of São Paulo, was the “Lar Abrigado” (“Sheltered Home”), because it is an environment with permanent residents whose lives histories are often related to institutionalization. The referred ethnographic work began in 2016, but the data presented in this article has been developed after an intense coexistence at the same environment through 90 days straight in 2018.

Institutionalization. Ethnography. Psychiatric hospital.

Sabrina Melo Del Sarto

Introdução

Este artigo é uma pequena parte de uma pesquisa etnográfica que desenvolvi no interior de um hospital psiquiátrico, espírita e asilar localizado no interior do estado de São Paulo. Busco, com reflexões acumuladas em um trabalho empírico iniciado em 2016 e finalizado em 2018, compreender como os moradores permanentes dessa instituição a vivenciam para além da cotidianidade hospitalar proposta. Meu campo foi se construindo em todos os momentos que estive na instituição e também fora dela. Ele foi acontecendo no cotidiano asilar, nas entrevistas com funcionários, ex-funcionários, voluntários e moradores do Hospital, nas leituras documentais dos arquivos da instituição e nas visitas aos outros ambientes fora do Hospital, como nos passeios que fiz com os moradores aos supermercados, às padarias e em alguns eventos da cidade. Enquanto uma antropóloga em campo, sempre busquei estar presente com as pessoas no seu cotidiano (Das, 2007), uma vez que o penso enquanto uma unidade de análise, como um espaço em que o comprometimento com a vida do outro se torna possível. Vejo no cotidiano, assim como escreveu Veena Das (2007), a presença tanto das dimensões do ordinário quanto do extraordinário, sendo um sempre a possibilidade do outro.

Privilegiei neste estudo um devir institucional que não é simplesmente formado por itinerários terapêuticos, mas é também composto por outros fluxos de vivências e experiências. Segundo Deleuze e Guatarri (1997, p. 64), o devir é uma fonte de desejo, seria formas de desejar, colocar-se, encontrar-se e fazer uma co-presença a partir de forças de construção e de destruição. Neste sentido, o devir institucional é entendido, neste trabalho, como uma vivência hospitalar em fluxo permanente, como movimentos ininterruptos que transformam e são transformados pelos sujeitos, seria o *vir a ser* da institucionalização. Este devir é composto por uma rotina comum hospitalar e é também formado pela maneira como os próprios sujeitos etnográficos habitam o mundo do Hospital.

Observei, desde meus primeiros dias em campo, que para além das determinações estruturantes hospitalares, como, por exemplo, a rotina comum, havia muitas formas de vivenciar, experimentar e ressignificar a institucionalização. Em outras palavras, coexistiam formas particulares e grupais, desenvolvidas pelos próprios moradores, de viver a instituição através e além da normatividade imposta. Como definido por Geest e Finkler (2004), os pacientes de hospitais criam um pequeno universo próprio, neutralizando sua impotência e afastando a monotonia de sua permanência. E, segundo Biehl (2005), os internamentos antecipam uma outra chance de vida e, neste sentido, é exatamente essa “outra chance de vida” ou esse “universo próprio” que proponho explorar neste artigo. Longe de pensar em reificar a condição de internados/abandonados ou qualquer outra definição que se possa pensar para se referir aos moradores da instituição que vivenciei, a intenção primordial deste estudo é encontrar questões para (re)pensar as relações sociais dentro da institucionalização permanente.

Sabrina Melo Del Sarto

Internamentos

Refletir sobre o que é conhecido comumente como “loucura” no mundo contemporâneo, implica defrontar-se com uma longa história de imposição de normas e marginalização de indivíduos desenvolvidas ao longo de muitos anos. Parto, assim, da premissa de que o conceito de “loucura” é uma construção social de uma determinada temporalidade que produz e reflete características e valores da sociedade em que emerge. Neste sentido, entendo que as condutas associadas ao tema da “loucura” estão também relacionadas à incorporação de forças culturais que, por sua vez, são reelaboradas e reinterpretadas constantemente pelos agentes na ação social.

Os primeiros estudos relacionados à história da “loucura” e aos poderes institucionais (Bastide, 1968; Foucault, 1997; Pessotti, 1994) e aqueles que trabalharam as questões sociais e culturais da saúde (Benedict, 1988 [1934]; Duarte, 1994; Langdon, 2013; 2015; Laplantine, 1988; Velho, 1981; entre outros) permitem-nos construir discussões sobre o tema para além de estudos biológicos focados apenas nas explicações médicas. Na Antropologia, de maneira geral, observou-se desde a década de 1930 que as significações de comportamentos heterogêneos variavam entre as diferentes sociedades e que as concepções de “normal” e “desviante” eram, portanto, relativas (Benedict, 1988 [1934]; Mead, 1963; Sapir, 1949). A oportunidade de restituir aos fenômenos biológicos sua natureza social foi encontrada na Antropologia da Saúde, a qual, entre muitas contribuições, permitiu desnaturalizar verdades científicas médicas ao demonstrar que as condições de vida interferiam diretamente nas condições de saúde (Minayo, 1994).

Quando relacionada ao tema da saúde mental, a Antropologia da Saúde teve também um papel fundamental, pois permitiu pensar as alterações nos estados mentais e corporais e as formas de cuidado através da articulação com os sistemas simbólicos nos quais elas se constituíam, nomeando-as como experiências sociais (Sarti, 2014). Maluf e Andrade (2016) também se atentam para o fato de que a Antropologia traz sua contribuição ao considerar o contexto de redirecionamento a uma nova concepção de assistência psiquiátrica baseada não mais na doença, mas que pretende valorizar a experiência dos sujeitos e se aproximar dos mesmos. Essa pluralidade de visões sobre o ser social e sua relação com a saúde e a doença auxilia-nos a (re)pensar as formações e concepções hegemônicas relacionadas ao conceito de “loucura” já estabelecidas e cristalizadas socialmente.

Segundo Velho (1981), nas suas discussões sobre os comportamentos desviantes, tem-se a criação de uma individualidade pura, e as diferenças fazem com que pessoas sejam internadas em instituições para serem mantidas afastadas da ordem social. Dentro deste arcabouço de significações e diante da pluralidade de discursos que envolvem o tema, sabe-se, a priori, que as pessoas que não se enquadram nas ordens estabelecidas socialmente podem ser designadas ao internamento. Este, por sua vez, emergiu como um mecanismo utilizado para eliminar supostos “elementos heterogêneos e nocivos” da vida social e contém significações “políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais” (Foucault, 1997, p. 61-63).

No Brasil, os espaços para internamento dos então considerados “loucos”

Sabrina Melo Del Sarto

surgiram ao mesmo tempo em que as indústrias se expandiram, nas últimas décadas do século XIX, sendo o crescimento urbano o fator determinante para a construção dos então chamados “hospícios” e, desde a criação do alienismo brasileiro, o país manteve-se atualizado com os métodos europeus de tratamento. As referências psiquiátricas foram introduzidas, e os sujeitos da rápida urbanização, como os operários das indústrias, o imigrante estrangeiro, o negro liberto e os subempregados, eram os principais alvos da institucionalização (Bastos, 1997). De maneira geral, a medicina higiênica ou mental foi gradativamente construindo um discurso dominante sobre todas as instâncias da vida, invadindo as relações pessoais e moldando-as segundo uma ideia de ordem e disciplina (Cunha, 1986).

Desde a Proclamação da República, o objetivo principal era educar as sociedades e acabar com os “lugares promíscuos” que abrigavam doenças e criminalidades, e as instituições manicomiais foram criadas, principalmente, para intervir na saúde pública. O asilo nasceu como uma “necessidade da sociedade” e foi atribuída à loucura uma natureza patológica, justificando a exclusão dos então denominados “loucos” (Bastos, 1997). Os hospitais foram crescendo e, somente a partir da segunda metade do século XX, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, iniciou a crítica e transformação dos mesmos (Bastos, 1997). No Brasil, no final da década de 1970, a mobilização da população, dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes, iniciou a Luta Antimanicomial, direcionando esforços para uma Reforma Psiquiátrica pautada na defesa dos direitos humanos e no resgate da cidadania dos internados (Delgado, 1992). Em 2001, após um longo processo de Luta, foi sancionada a Lei Paulo Delgado, a Lei de Saúde Mental nº 10.216, que além da proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se fundamentou principalmente na descentralização dos hospitais psiquiátricos, através de comunidades terapêuticas e psiquiatria comunitária e, também, em reflexões sobre loucura, psiquiatria e manicômios (Camargo, 2017). Desde o início da Reforma, os hospitais tiveram seus leitos reduzidos e o tempo de internação diminuído (Amarante, 1994) e, simultaneamente, houve uma expansão dos tratamentos farmacológicos, desenvolvida pela indústria farmacêutica, que influenciou toda a comunidade psiquiátrica (Conrad, 1992).

As propostas da Reforma Psiquiátrica foram analisadas também criticamente (cf. Maluf; Andrade, 2014; 2015; Saretta, 2014; Carvalho, 2014; Machado; Manço; Santos, 2005) e, de maneira geral, pode-se observar que ela foi responsável pelo processo progressivo de extinção dos hospitais psiquiátricos, que constituíam instituições superlotadas e custosas para o Estado (Conrad, 1992). Vale lembrar que este processo ainda hoje não foi concluído, e nas palavras de Andrade e Maluf, “a Reforma Psiquiátrica brasileira está em curso no Brasil há aproximadamente 30 anos e caracteriza-se por um processo complexo, responsável por um conjunto de transformações teóricas e práticas que têm como objetivo redirecionar a assistência psiquiátrica no país” (2014, p. 33).

Em outras palavras, a partir da Reforma, iniciou-se um processo em que o modelo manicomial começou a passar de exclusivamente psiquiátrico para também

Sabrina Melo Del Sarto

ambulatorial, e a psiquiatria passou a ser exercida nos espaços de atendimento público (Maluf, 2010). Deste modo, o antigo modelo de cuidados hospitalares foi sendo substituído, gradativamente, pelo modelo de atenção comunitária, no qual comunidades terapêuticas deveriam substituí-lo juntamente com o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e o NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial). Entretanto, algumas instituições não conseguiram efetivar a desinstitucionalização e, por este motivo, ainda existem pessoas que vivem, permanentemente, dentro de instituições psiquiátricas (Bastos, 1997).

Instituição

Algumas instituições psiquiátricas brasileiras, mesmo com os processos de Reforma, continuam a existir e mantêm os tratamentos e internamentos de longa duração. Este é o caso do *locus* de uma pesquisa etnográfica que desenvolvei entre 2016 e 2018. Após autorização do Comitê de Ética Nacional e da equipe da instituição, comecei a frequentar o cotidiano asilar de um hospital psiquiátrico localizado no interior de São Paulo. Fundado em 18 de julho de 1948, destina-se ao tratamento de pessoas diagnosticadas com sofrimentos psíquicos, abrigando indivíduos de todo o Brasil, alguns como moradores permanentes e outros como internados temporários. Desde sua fundação, o Hospital era composto por 330 leitos, sendo 260 conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) e 40 destinados aos pacientes particulares ou de outros convênios, além de 30 leitos destinados a menores dependentes químicos. Durante o processo da Reforma, o mesmo teve seus leitos conveniados ao SUS reduzidos para 180, e o número de leitos particulares aumentou para 50 convênios. Além disso, uma nova ala foi construída para começar um processo de transformação do Hospital, que busca, atualmente, passar de Hospital Psiquiátrico para Hospital Geral. Os tratamentos são realizados por uma equipe multidisciplinar, e os pacientes são vistos, internamente, como seres biopsicossociais-espirituais¹. A assistência espiritual é feita por voluntários de diferentes casas espíritas kardecistas da região, e a direção do Hospital é também composta por cidadãos espíritas.

O Hospital é subdividido em alas médicas² e, adentrando-o, podemos conhecer o Lar Abrigado, uma ala em funcionamento desde janeiro de 1996, conveniada ao SUS e com moradores permanentes. Este ambiente está localizado em um anexo do Hospital que possui 6 casas e tem capacidade máxima para 30 moradores, porém, atualmente, possui 21, sendo 7 homens e 14 mulheres. Segundo Camargo (2017), os lares abrigados foram construídos com o objetivo de seguir as diretrizes da Portaria nº 224, que requeria reformulação dos espaços físicos dos hospitais psiquiátricos, e implicaram em uma reparação da política asilar vivida por pacientes que se tornaram moradores de hospitais.

No ambiente do Lar Abrigado, quatro casas abrigam exclusivamente mulheres, e outras duas são habitadas por homens. As moradias apresentam algumas limitações, como a proibição de aparelhos eletrodomésticos na cozinha e de objetos pontiagudos em todas as casas. Há ainda, na composição espacial do local, um quintal coletivo e um refeitório. Alguns dos que ali habitam possuem o que cos-

1 Conceito que visa estudar a causa ou o progresso das doenças pautando-se em fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este modelo abrange disciplinas que vão desde a medicina à psicologia e à sociologia. (LUIS, 2014).

2 O Hospital é composto por 7 alas médicas, divididas entre alas mistas ou não, conveniadas ao SUS ou particulares e que tratam dependência química ou transtornos psiquiátricos com internações prolongadas, temporárias ou de longa duração.

Sabrina Melo Del Sarto

tumo chamar de “coleção de institucionalização”, pois já moraram em orfanatos, depois em outros hospitais, até que chegaram ao Hospital em questão.

A rotina comum hospitalar envolve uma dinâmica de tratamento religioso e medicamentoso. Nesta rotina, os moradores têm de 3 a 4 vezes por dia a “hora do remédio”, além de 4 momentos destinados às refeições. Há também o tratamento religioso que, segundo alguns voluntários espíritas kardecistas, é importante porque os distúrbios mentais são resultados da ação de espíritos desencarnados que influenciam nas funções mentais de indivíduos encarnados. Como o Hospital foi fundado por voluntários espíritas que se dedicavam à caridade e ao tratamento de pessoas diagnosticadas com doenças mentais, persistiu, até os dias atuais, a religiosidade nos tratamentos. Todos os dias, às 8 horas da manhã, os moradores assistem uma palestra e, em seguida, tomam o passe³. Marcia⁴, uma moradora de 64 anos e institucionalizada há 23 anos, elucida a atividade:

[...] é do lado do escritório do morador, eu vou todo dia, mas hoje não teve por causa da chuva. [...] a gente vai lá no pátio, você entra ali no morador, segue o caminho, tem uma sala cheia de banco, cadeira, você entra lá, senta lá, tem homem, tem mulher que fala um monte de coisa, tem hora que fico cochilando e nem dá para entender o que falam. Eu olho e não vejo nada, porque fica meio escuro e com minha visão não dá pra ver, só escuto as vozes. Uma visão tá apagada e com a outra dá para ver um pouco. Um olho apagou esses dias (Diário de campo, 10/05/2016).

De acordo com alguns funcionários do Hospital, o Lar Abrigado tem como objetivo principal a ressocialização e a desmedicalização progressiva dos moradores. Ao mesmo tempo, constata-se que alguns deles continuam com muitas medicações e sem contato com o mundo externo ao Hospital, e como vivem longos anos de internação, com pouco ou nenhum vínculo familiar, suas histórias de vida podem estar, frequentemente, relacionadas à instituição.

Vale abrir um parêntese para lembrar que, no caso desta pesquisa, os agentes não se resumem aos sujeitos etnográficos, pois outro agente também conduz o cotidiano asilar, o Hospital, que pode ser considerado não tão somente como um lugar, mas também como um sujeito, com desejos, expectativas e ordenações. Ele tem forma, tem cheiro e vive no cotidiano de cada morador. Foi por este motivo que escolhi apresentar o Hospital com letra maiúscula, afinal, são assim que são denominados os agentes. A voz do Hospital nem sempre é ouvida, mas é, a todo momento, percebida. Todos sabem exatamente o que devem fazer para continuarem a viver ali. Sabem que não podem negar as medicações, que não devem sair sem autorização e que devem seguir a rotina comum sem questionamentos. Segundo Bosi (2003), os lugares têm não somente uma fisionomia, mas também uma biografia, eles têm infância, juventude e velhice. Inspirada pela autora, observei o quanto o Hospital também acompanha o ritmo da respiração e da vida dos moradores e os compõe e é composto por eles. As histórias deles e a do Hospital não são as mesmas, mas se atravessam e uma está implicada na outra, elas se complicam

3 Segundo o *Dicionário de Parapsicologia, Metapsíquica e Espiritismo*, passe é: “movimentos com as mãos, feitos pelos médiuns passistas, nos indivíduos com desequilíbrios psicossomáticos ou apenas desejosos de uma ação fluídica benéfica. [...] Os passes espíritas são uma imitação dos passes hipnomagnéticos, com a única diferença de contarem com a assistência, invocada e sabida, dos protetores espirituais” (Paula, 1970, p. 57).

4 Todos os nomes citados são fictícios.

Sabrina Melo Del Sarto

e se constituem. Neste sentido, como escrito por Lézé (2014), o Hospital é, como toda instituição, um espaço que domina os valores e as crenças da cultura e os reproduz dentro de suas alas médicas. Assim, ele reflete e reforça a dominação social e cultural da sociedade em que está inserido.

A rotina institucional: outros fluxos

Após conhecer brevemente o contexto dos internamentos e o Hospital, bem como o Lar Abrigado, penso que podemos encaminhar nossas discussões a fim de adentrar ainda mais no *locus* da pesquisa. Para esta segunda parte, convido ao texto duas moradoras do Lar Abrigado. A primeira, Antônia, é uma mulher de 62 anos que está institucionalizada há 22 anos; e a segunda, Laura, é uma mulher de 34 anos que está institucionalizada há 21 anos. Convido-as porque aqui retomarei situações cotidianas que vivenciamos juntas. Escolhi essas duas moradoras para este recorte por elas serem representantes exímias da construção de formas de experienciar a instituição para além do que propõe a rotina asilar comum e obrigatória.

Antônia segue a rotina comum do Hospital, acorda às 7h, toma o café da manhã no refeitório público e vai para a reunião espírita, chamada internamente de “passe”. Após o passe, retorna ao Lar Abrigado para tomar a primeira medicação e o banho e aguardar o almoço, transitando entre sua casa e os outros espaços do Hospital. Às 11h30 é servido o almoço e, logo em seguida, a segunda medicação. No meio da tarde, às 14h30, há mais uma medicação e um café da tarde; por fim, o jantar é servido às 17h, e a quarta e última medicação do dia às 20h30. A rotina de Laura e dos outros 19 moradores não diferem da rotina de Antônia, exceto pela quantidade de medicação, alternadas entre três ou quatro vezes por dia e com uma média de 17 comprimidos diários. Entretanto, nos intervalos dessa rotina comum, Antônia e Laura conseguem articular seu tempo para outras atividades que destoam da rotina comum institucional.

Antônia, com seus mais de 60 anos, tem uma paixão declarada: colorir desenhos. Além desta paixão, Antônia gosta de recitar poesias que, nas suas palavras, “aprendeu no juizado de menor” (Diário de campo, 21/03/2016). Ela também diz amar colecionar fotos de seus amigos que passaram pelo Hospital e de ouvir música “quente”⁵ em seu radinho de pilha. Laura, com pouco mais de 30 anos, ocupa seu tempo cuidando dos outros moradores. Parte do seu trabalho, nas suas palavras, é “carinho” e outra parte é “trabalho de verdade” (Diário de campo, 04/05/2016). O “carinho”, para Laura, pode ser associado a um cuidado sem uma retribuição monetária, são favores que ela faz para os moradores que vivem o Lar Abrigado junto com ela. Já o “trabalho de verdade” surgiu porque, por um tempo, ela trabalhou como empacotadora em um supermercado da cidade, entretanto, a perícia a proibiu de continuar sua atividade laborativa, pois a mesma está aposentada por invalidez e mora em um hospital. A solução encontrada pela moradora foi de lavar as roupas dos moradores que não podem ou não querem lavar, recebendo de cada um deles 40 reais por mês. Rosa, uma moradora de 56 anos que foi institucionalizada por 21 anos mas faleceu em 2017, antecedeu Laura na lavagem das roupas e sempre me dizia quando conversávamos: “Temos que cuidar das nossas

5 Música quente, segundo a moradora, refere-se à música sertaneja.

Sabrina Melo Del Sarto

coisas, ganhar nosso dinheirinho” (Diário de campo, 10/05/2016).

Pensar nas moradoras do Lar Abrigado enquanto “vítimas passivas” seria mais uma maneira de silenciar as formas agenciadas em torno da vida institucional que elas vivenciam, que contêm sim medicamentos e tratamentos, além de regulamentações coercitivas, entretanto, há formas de vivências que ressignificam, diariamente, aquele devir institucional. Aureliano (2012) escreveu que deixar-se determinar pelos genes seria o fim de formas agenciadas em torno da vida, com ou sem doença, numa intensa responsabilidade pela constituição de si. Encaminhando neste sentido, podemos já observar nestes primeiros exemplos como Laura e Antônia explicitam o quanto o contexto hospitalar é amplo e seus agentes são variados, e isso reforça a ideia da importância de pensar no devir institucional enquanto fluído e mutável, observando como as vidas sociais ressignificam, a todo momento, o ambiente asilar.

Vale, por estarmos inseridos em uma instituição médica, refletir brevemente sobre o conceito de doença. Segundo Langdon (2013, p. 1022), “a doença e seus signos não são universais. Ela é uma experiência construída culturalmente através do contexto cultural, do processo de internalização simbólica do doente e do *feedback* entre sistema cultural e estados psicológicos”. E ainda: “ver a doença como experiência implica entendê-la como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores”. Biehl (2005) traz uma contribuição interessante que caminha também ao encontro do que penso no caso do Lar Abrigado: a ideia de que doenças são também *man made*, ou seja, humanamente fabricadas. Neste caso, para os moradores permanentes de instituições é dado o “típico e duvidoso tratamento reservado aos pobres das cidades [...] a medicalização se encarrega da maior parte do trabalho e os efeitos farmacológicos tornam-se, literalmente, o corpo que está sendo tratado” (Biehl, 2005, p. 435).

A priori, poderíamos tendenciar a observar o Hospital enquanto uma “instituição total”, nos termos de Goffman (1974, p. 11). Segundo o autor, a “instituição total”, seria um “lugar de residência e trabalho, no qual indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11). Entretanto, como Antônia e Laura vivem essa “instituição total” diariamente, é possível perceber como elas encontraram algumas *frestas* para fazerem emergir suas formas particulares de vivências. Vale ressaltar que não são todos os moradores que têm essas práticas e que, para alguns, o regime de internação é mais coercitivo do que para outros. A ideia de “instituição total” pode sim ilustrar o ambiente, mas ela não é experienciada por todos os moradores. Muitos são os que realmente não podem sair do Hospital e que vivem a rotina comum asilar como sua única possibilidade de estar ali. Entretanto, para outros, o devir institucional possui diferentes fluxos, e os tratamentos medicamentosos e religiosos hospitalares são apenas uma parte deles.

Outra prática comum de Antônia, por exemplo, são as visitas que faz ao Espaço Dia, uma ala particular do Hospital que recebe, diariamente e pela manhã, pacientes que vivem fora da instituição para atividades com uma terapeuta ocupa-

Sabrina Melo Del Sarto

cional. Antônia é conhecida por todos daquele ambiente e o frequenta diariamente. Não há terapia ocupacional para os moradores do Lar, mas Antônia encontrou espaço para participar da atividade. A moradora gosta também de guardar alguns desenhos que ganha naquela atividade para pintar aos domingos. Sempre que ela recebe novas folhas sulfites com desenhos para colorir, escolhe os mais complexos e com mais detalhes para deixar para pintar no domingo, dizendo sempre: “Esse desenho é de pintar no domingo, domingo é mais sossegado, a gente tem mais tempo” (Diário de campo, 08/02/2018).

Já Laura, que é a moradora mais jovem do Lar, tem autorização para fazer saídas rápidas do Hospital. Os caminhos dela, diferente dos de Antônia, não se resumem às idas e vindas entre as alas hospitalares, pois ela pode sair para passeios rápidos, que costuma fazer principalmente às terças-feiras. Isto porque, é neste dia, de todas as semanas do mês, que acontece o esperado “Dia do Pagamento”, momento no qual todos os moradores recebem 60 reais da Assistente Social. Alguns moradores não podem ficar com seus dinheiros e, nestes casos, o dinheiro pode ser entregue a Laura, que se encarrega de fazer as compras para eles. Os moradores se reúnem na cozinha de uma das casas femininas para decidirem se irão pegar os 60 reais ou se irão guardar um pouco de dinheiro para comprarem algo que precisam e que é mais caro, o que demanda juntar dinheiro de várias semanas para a compra. Cada um tem uma bolsinha que fica com a Assistente Social, e nelas alguns fazem pequenas poupanças.

No dia do pagamento, a manhã do cotidiano asilar fica extremamente agitada, e os moradores se reúnem no quintal comum para dizer a Laura o que querem que ela compre para eles no supermercado que há perto do Hospital. Ela decorou os pedidos de cada um, que costumam sempre pedir a mesma coisa toda semana. Normalmente, os pedidos variam entre refrigerantes, balas, salgadinhos, bolachas, iogurte, paçoca, leite e achocolatado. Alguns moradores têm também a permissão de saírem acompanhados de Laura para as compras de terça-feira. Ela então os acompanha até o mesmo supermercado que existe em frente ao Hospital. Para os moradores que não podem sair, Laura escolhe cuidadosamente cada item. Ela escolhe os itens de morador por morador e sempre finaliza uma compra antes de começar a outra. Ela faz muitas compras seguidas, indo e vindo entre o caixa e as prateleiras do supermercado. No final, Laura volta para o Lar com os moradores que a acompanharam até lá e leva também as sacolas daqueles que não podem sair e que encomendaram algumas compras. Depois de entregar as sacolas, é a vez de Laura sair com Antônia, pois ela nem sempre quer ir ao supermercado, e, na maioria das vezes, prefere ir à papelaria que se localiza também em frente ao Hospital. Lá ela gosta de comprar livrinhos de colorir, canetas coloridas, lápis de cor, entre outros materiais escolares que têm acumulados em sua casa.

Inspirada por Veena Das (2011, p. 125), pude pensar na ideia de que “as vidas individuais são definidas pelo contexto, mas são também geradoras de novos contextos”. As moradoras Laura e Antônia recriam o contexto hospitalar de maneiras inusitadas e, mesmo com suas vidas sendo institucionalizadas e estando dentro de um grande sistema de poder coercitivo, suas individualidades ainda

Sabrina Melo Del Sarto

assim subsistem a todo momento. Segundo Butler (2002), a estrutura reiterativa das normas não apenas consolida um regime particular de discurso/poder, mas fornece meios para a sua desestabilização. Assim, não existiria a possibilidade de “desfazer” normas sociais dissociada do “fazer” das mesmas normas. Como não é possível haver agência fora de uma estrutura de poder (Ortner, 2006), são exatamente essas determinações, neste caso trazidas pelo Hospital, que fazem emergir e demonstram as particularidades dos próprios moradores. De maneira geral, todas as formas particulares de viver a institucionalização emergem sempre dentro da rotina e das regras impostas pela instituição, e toda a normatividade é ressignificada, também diariamente, pelos moradores.

Os *outsiders sources* (Beuf, 1979) são também fundamentais para essa discussão. Existem objetos e situações que expõem os moradores ao contato com o mundo externo, e isso modifica a própria configuração da cotidianidade asilar. Laura, por exemplo, após juntar o dinheiro do pagamento por alguns meses, conseguiu comprar um celular, um rádio e uma máquina de lavar roupas. Revistas, televisões e rádios são outros exemplos de *outsiders sources* que alternam com a vida institucional, tirando os moradores da totalidade dos muros hospitalares. No Lar Abrigado, as televisões sempre estão ligadas, e alguns moradores têm o costume de ouvir rádio bem alto, principalmente no momento da faxina. Esses objetos possibilitam um transitar para além dos muros e permitem que a suposta monotonia rotineira asilar seja quebrada.

Durante meu trabalho de campo, foram comuns situações em que os moradores comentavam de catástrofes e crimes que estavam acontecendo no “mundo” ou na “cidade”. Eles viam, nos *outsiders sources*, os noticiários e, depois, vinham me dizer o quanto estavam morrendo pessoas e o quanto “o mundo” estava violento. Alguns moradores passam a tarde toda vendo televisões e outros ouvindo rádios, e o transitar para além da instituição ocorre também entre os noticiários e as telenovelas nas salas de suas casas.

Narrativas institucionais

Como no Lar Abrigado muitos moradores perderam o contato familiar e, com a impossibilidade de saída e a ausência de vínculos externos, principalmente entre aqueles que já vieram de outras instituições, as relações sociais dentro da instituição podem parecer guiadas por uma sensação de espera. Em campo e vivenciando diariamente a rotina institucional, comecei a perceber que o tempo parecia passar mais devagar dentro do Hospital, o barulho do ponteiro do relógio parecia ser mais alto e denunciava, em cada um dos segundos que passava, essa intensa sensação de espera. Espera pelas refeições. Espera pelas medicações. Esperas. Entretanto, nos espaços de espera, percebi que os moradores encontravam *frestas* que lhes permitiam vivê-las de maneiras-outras. Observei, em alguns casos, por exemplo, moradores que tinham o hábito de narrar histórias, e estas traziam um fluxo e um movimento diferente na espera e no devir institucional. As histórias permitiam que os moradores revivessem situações através das lembranças e não tão somente, permitiam também que compartilhassem suas experiências

Sabrina Melo Del Sarto

particulares com os outros.

Valentina, uma moradora de 48 anos, sempre que me vê vem até mim para contar histórias que viveu antes da institucionalização. Ela mora no Lar há 14 anos e se apresenta para alguns como uma funcionária do Hospital que trabalha há anos ali fazendo um “trabalho de evangelização e rezando para os doentes”. Antes de ali habitar, me contou que vivia na rua, pois a mãe não a quis e a abandonou porque, segundo ela, “nasceu muito gorda” (Diário de Campo, 19/04/2018). Como forma de viver o ambiente hospitalar, ela sempre faz referência às suas vivências antes do Hospital para contar suas histórias de vida. Em uma manhã da pesquisa de campo, alguns moradores foram escolhidos para fazer uma visita a um grande supermercado da cidade, e quando nos reunimos na kombi para saber quem iria, a cuidadora leu uma lista com 7 nomes e justificou a não ida dos outros porque os mesmos “não tinham tomado banho”. Também não tinha espaço para mim na kombi e, por este motivo, fiquei entre aqueles que não tinham tomado banho. Valentina veio se sentar ao meu lado, nos bancos de cimento que há no quintal comum do Lar. Começou a contar que antes de trabalhar no Hospital, tinha o dom de cura e que curou um moço que não acreditava na palavra dela. Depois disso, ela nunca mais quis esse dom e disse que Jesus já a perdoou. Ao contar que veio de São Paulo, uma chuva de histórias começaram a surgir. Ela então me disse que sua nora teve “câncer no peito” e que quando foi tirar, morreu. Disse ainda que teve muitos filhos em São Paulo, mas que não os vê há anos (Diário de campo, 05/05/2017).

Outro morador, Manoel, com 65 anos e institucionalizado há quase 30 anos, gostava sempre de conversar sobre sua vida anterior ao Hospital e sempre me dizia que era pipoqueiro e chefe no jogo do bicho e que quando começou a ganhar dinheiro, também começou a sair muito e foi assim que começaram suas internações. Gostava de me contar sobre um dia em que participou de um concurso de rapaz mais feio, valendo um quilo de linguiça (Diário de campo, 12/04/2017). Suas histórias sempre tinham finais inusitados e tinham um tom de comédia, o que divertia muito os outros moradores que as escutavam. Ele também as construía de maneira muito interessante. Muitas vezes, ele optava por contá-las referindo a si como “Garapa”, apelido que recebeu quando ainda não era institucionalizado.

O “Garapa” sempre aparecia nas histórias de Manoel para retomar um eu que corre contra o tempo para não ser apagado, para subsistir, pois como escrito por Bosi (2003, p. 200), a “memória rema contra a maré”. Nas narrativas, o Garapa aparecia rodeado de amigos em situações inusitadas que acabavam por tirar risos daqueles que as ouviam. Segundo Cardoso (2012, p. 53), “a história de vida não só sugere certos modos de ordenamento para as vidas dos sujeitos, mas [...] também implica um certo tipo de olhar retrospectivo e que tende a privilegiar a história como um produto”. Assim, através das histórias de Garapa, pude ver uma suavidade da vivência institucional tanto para ele quanto para aqueles que as ouviam. Interessante pensar também o quanto as histórias não são fixas, elas são reinventadas e construídas, e o que é contado é sempre múltiplo e produz também, no ato de narrar, novas subjetividades.

Sabrina Melo Del Sarto

Ao ouvir essas histórias, pude perceber que por mais que a instituição, como um todo, tenha ações que parecem organizar e homogeneizar o ambiente, muitas particularidades subsistem. No caso de Valentina e Manoel, o ato de narrar permeia a vida institucional também como uma recusa ao resumo cotidiano de estarem institucionalizados. Narrar era um dos poucos espaços em que podiam “fugir” do controle do Hospital, pois em formato de narrativas podiam comunicar desejos, aflições, medos, entre outras composições formadas no campo das subjetividades de cada um.

A vida nas narrativas não era presa dentro de muros, a vida expressa tinha liberdade de ir e vir entre as palavras ditas e não ditas. Nas histórias, podiam dizer aquilo “que não deveria ser dito” e podiam dizer aquilo que queriam dizer. Nas histórias, apareciam mais do que cenas interpretáveis, e o passado e o futuro se aglutinavam com o presente. Nesse espaço, podiam contar o que quisessem que não seriam silenciados, pois suas palavras não eram, infelizmente, suficientes para denúncias. No espaço do narrar podiam se encontrar com seus próprios eus em outras temporalidades, e suas subjetividades não passavam por filtros.

Eu, mais conhecido como Garapa, mais meus amigos, frequentava o Big Bar. Lá, a gente ia depois das onze pra jogar marrequinho, valendo as despesa do Bar... Teve um dia que valia um frango a passarinho. Pé de Gancho e eu fomo arrumar o frango pro combinado. Fomo na casa do padre que criava franguinho de granja e roubamo cinco, levamo para casa e matamo e limpamo. Lá no Big Bar a gente fritou. De madrugada, fomo acertar as despesa e o padre queria pagar uma parte dos gasto dele, mas todo mundo não deixou, e ele sem entender nada... Aí ele me perguntou onde eu arrumei o frango. Eu respondi com a verdade, que peguei no galinheiro dele com a ajuda do Pé de Gancho. Tivemo sorte, ele achou graça e até resolveu pagar a conta toda sozinho (Entrevista com Manoel, 24/08/2017).

87

Segundo Benjamim (1986), ao narrar, os indivíduos encontram no passado germes de outra história, que viveram fora da realidade do presente. Essa narrativa considera os sofrimentos acumulados ao longo dos anos com o intuito de dar uma nova face às esperanças, frustradas ou não. Seria como uma construção de uma experiência com o passado, fazendo com ele que seja vivido no presente, despido das cronologias para enfim triunfar no conforto das incertezas com novas experiências. Nas palavras de Hita (1994), os relatos demonstram aspectos relativos à construção das identidades e do senso de si mesmo que emerge nas histórias contadas.

Como dito, através das narrativas o peso do cotidiano se suavizava e as experiências institucionais, ao tornarem-se narráveis, não só possibilitavam uma automodelação da cotidianidade, como também do *eu*. Retomo o conceito de “narrativização” de Cardoso (2007, p. 320), que pode auxiliar a pensar esta questão. Segundo a autora, “narrativização” seria “um processo de significação através do qual “experiência”, “sujeito” e “evento” são simultaneamente constituídos – um

Sabrina Melo Del Sarto

processo através do qual o sujeito se posiciona enquanto sujeito em uma realidade social”. É exatamente através desta ideia que podemos pensar as narrativas no Lar Abrigado. Entre as narrativas que são constituídas no momento das conversas, os moradores encontram espaços para além da representatividade de suas vivências, mas também para constituí-las e revivê-las. Manoel, por exemplo, gostava muito de me contar sobre seu cotidiano quando vivia em uma pensão, e observei que ele contava essas histórias também para os outros moradores. As histórias pareciam fazer os moradores viajarem pelo tempo a fim de viver experiências já não mais permitidas por estarem institucionalizados.

Para Becker (1997, p. 103), um dos pontos altos das histórias de vida é justamente perceber as interpretações feitas pelos sujeitos do mundo no qual vivem e de seus períodos de transformação. E Gonçalves (2014, p. 22), ao escrever sobre a autobiografia e a autoescrita, diz que ambas expressam “a capacidade de os sujeitos produzirem a si próprios através das narrativas”. No caso do Lar Abrigado, essa produção de si mesmo e das histórias possibilitam também formas de viver e de experimentar a vida institucional para além do cotidiano comum do Hospital. Assim, seria interessante pensar que a narrativa opera, também, como um “instrumento mental de construção de realidade” (Bruner, 1991, p. 5), e que através dela os moradores vivem a institucionalização permanente de maneiras-outras.

Segundo Aureliano (2012), a doença pode provocar uma ruptura biográfica e, ao pretender interpretar narrativas biográficas acionadas em contexto terapêutico, ela diz que devemos considerar que os processos narrativos envolvendo doença não devem ser analisados apenas enquanto histórias contadas, mas enquanto histórias construídas, refeitas e encenadas. É este aspecto que sempre busquei observar enquanto os moradores me contavam suas histórias, ainda mais porque não conhecia o diagnóstico clínico de nenhum deles, sendo esta uma escolha que fiz desde os primeiros meses em campo. Sempre caminhei no sentido de refletir sobre suas histórias e vivências a partir do que me contavam e, neste contar, eles poderiam também escolher o que me dizer, e isto fazia parte do processo de legitimação de suas próprias perspectivas.

Considerações finais

O dinamismo da vida cotidiana cartografou as linhas apresentadas neste artigo, e o tecer destas reflexões foi composto por um estudo conjunto entre as teorias lidas e as vivências experienciadas em um longo trabalho de campo. Percorri as frestas criadas por aqueles que as compõem, diariamente, *com e na* vivência institucional e descobri formas-outras de viver o mundo hospitalar e asilar. Percorrer esses outros fluxos revelou que, para além das determinações estruturantes hospitalares, havia formas-outras de experimentar e ressignificar a institucionalização.

De maneira geral, propus mostrar que existem formas de agir e viver na instituição que subsistem à rotina hospitalar comum e que são elas que demonstram o quanto, dentro do Hospital, a sociabilidade pode se constituir de maneira diversa, mesmo com toda a medicação e a rotina institucional. Este fato reforça a ideia da existência de formas de agenciamento de vida dos moradores e, a partir desse

Sabrina Melo Del Sarto

ponto de vista e da sequência de fatos descritos, proponho repensar a institucionalização para além da coercitividade evidente.

Se pensarmos no devir institucional, observamos que a forma mais óbvia da institucionalização seria a repetição, ou seja, a rotina. Assim, esse devir institucional é, por um lado, rotineiro e, ao mesmo tempo, enquanto constituinte de formas de vida, não pode se configurar como rotineiro simplesmente, muito menos como um calendário de ações. Neste sentido, a cotidianidade é constituída de diferentes maneiras ao longo da vida institucional, como pudemos observar no decorrer deste artigo.

Segundo Biehl (2005), observar as formas de vivências de moradores de hospitais psiquiátricos pode nos demonstrar o sentido do devir dos próprios institucionalizados. E tecer uma etnografia da vida social destes moradores ajuda-nos a capturar a lógica das infraestruturas cotidianas hospitalares, auxiliando-nos a tecer interpretações nestes contextos críticos nos quais os quadros clínicos e as realidades político-econômicas se confundem. De maneira geral, os moradores encontram meios-outros para viver essas determinações que parecem ser sólidas e o são, mas são também passíveis de (re)significações.

Demonstrar, como fator central, essas formas de experiências que subsistiram foi uma escolha feita em campo. Não visei ignorar a estrutura de poder, nem as determinações e regras hospitalares, entretanto, busquei não utilizar essa estrutura de poder como discussão central. No Lar Abrigado, parafraseando Veena Das (2011) em um estudo realizado em outro contexto, foi quando o internamento “de ontem” virou uma moradia “de hoje” que os projetos de vida tiveram que ser reformulados. Portanto, refletir sobre os indivíduos institucionalizados que tiveram suas particularidades condicionadas a uma rotina hospitalar, com o intuito de demonstrar como eles ressignificaram o ambiente de modo a viabilizar a presença de suas formas particulares de vivências, é imprescindível. Ultrapassar o senso comum é, segundo Peirano (2016), uma pretensão fundamental da Antropologia, portanto, lançar luz a reflexões que privilegiem a perspectiva de pessoas institucionalizadas permanentemente é fundamental nessas pretensões de (des) construção de muros.

Recebido: 07/11/2019

Aprovado: 24/03/2020

Sabrina Melo Del Sarto

Referências

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sonia Weidner. 2015. Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização. In: GUANAES-LORENZI, Carla et al. (Orgs.). *Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional*. Florianópolis: Abrapso; Edições do Bosque CFH/UFSC, 2015. p. 272-294.
- ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sonia Weidner. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 33-56.
- ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sonia Weidner. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, UERJ, p. 251-270, 2016.
- AURELIANO, Waleska de Araújo. As pessoas que as doenças têm: entre o biológico e o biográfico. In: GONÇALVES, Marco Antonio et al. (Orgs.). *Etnobiografia: subjetivação e etnografia*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2012. p. 239-262.
- BASTIDE, Roger. *Sociologia das doenças mentais*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1968.
- BASTOS, Othon. The history of psychiatry and mental health in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 46, n.9, p. 473-475, 1997.
- BECKER, Howard. A história de vida e o mosaico científico. In: BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 101-115.
- BENEDICT, Ruth. *Padrões de cultura*. São Paulo: Perspectiva, 1988 [1934].
- BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: *Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BEUF, Ann Hill. *Biting of the bracelet: a study of children in hospitals*. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1979.
- BIEHL, João. *Vita: life in a zone of social abandonment*. Photographs by Torben Eske-rod. Berkeley: University of California Press, 2005.
- BOSI, Ecléa. *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.
- BRUNER, Jerome. A construção narrativa da realidade. Trad. de Waldemar Ferreira Netto. *Critical Inquiry*, n. 18, v. 1, p. 1-21, 1991.
- BUTLER, Judith. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós, 2002 [1993].
- CAMARGO, Michelle Alcântara. *Dentre muros: uma etnografia sobre um hospital psiquiátrico*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.
- CARDOSO, Vânia Zikán. Marias: a individuação biográfica e o poder das estórias. In: GONÇALVES, Marco Antonio; MARQUES, Roberto; CARDOSO, Vânia Zikán (Orgs.). *Etnobiografia: subjetivação e etnografia*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2012. p. 9-18.
- CARDOSO, Vânia Zikán. Narrar o mundo: estórias do “povo da rua” e a narração do imprevisível. *Mana*, v. 13, n. 2, p. 317-345, 2007.

Sabrina Melo Del Sarto

- CARVALHO, Marcos. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 81-106.
- CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- CUNHA, Maria Clementina da. *O espelho do mundo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- DAS, Veena. *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press, 2007.
- DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. Trad. de Plínio Dentzien. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 37, 2011.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Psiquiatras, juízes e loucos: modelos de interação entre a psiquiatria e a justiça, na conjuntura da luta pela cidadania plena e reforma psiquiátrica no Brasil*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral. In: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). *Saúde e doença – um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 83-90.
- FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997[1963].
- GEEST, Sjaak Van Der; FINKLER, Kaja. Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, n. 59, p. 1995-2001, 2004.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GONÇALVES, Marco Antônio. Um mundo feito de papel: sofrimento e estetização da vida (os diários de Carolina Maria de Jesus). *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 21-47, 2014.
- GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.
- HITA, Maria Gabriela. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). *Saúde e doença – um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 179-213.
- LANGDON, Esther Jean. Antropologia e suas contribuições para as políticas públicas: pesquisas em saúde indígena. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro Oeste*, v. 2, n. 4, p. 55-77, ago.-dez. 2015.
- LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.
- LAPLANTINE, François. *Aprender etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- LÉZÉ, Samuel. Anthropology of mental illness. In: SCULL, Andrew; GEOFFREY, J. Golson. *Cultural sociology of mental illness: an A-to-Z Guide*. London: Sage, 2014. p. 31-32.
- LUÍS, André. *O ser humano em suas dimensões biopsicossocial e espiritual*. 2014. Disponível em: <https://prezi.com/4l2cb8cqk8s/o-ser-humano-em-suas-dimensoes-biopsicossocial-e-espiritual/>. Acesso em: 1º nov. 2017.
- MACHADO, Vanessa; MANÇO, Amábilis Rodrigues Xavier; SANTOS, Manoel Antônio dos. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1472-1479, 2005.

Sabrina Melo Del Sarto

- MALUF, Sônia. *Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais*. In: MALUF, Sônia; TORNQUIST, Carmen Susana (Orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-68.
- MEAD, Margaret. *Sex and temperament in three primitive societies*. London: Routledge & Kegan Paul, 1963.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ORTNER, Sherry Beth. *Anthropology and social theory: culture, power, and the acting subject*. Durham, N.C.: Duke University, 2006.
- PAULA, João Teixeira de Paula. *Dicionário de Parapsicologia, Metapsíquica e Espiritismo*. São Paulo: Banco Cultural Brasileiro, 1970.
- PEIRANO, Mariza. Etnografia e rituais: relato de um percurso. *Anuário Antropológico*, Brasília, v. 41, n. 1, p. 237-248, 2016.
- PESSOTTI, Isaías. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- SAPIR, Edward. *Language, culture, and personality*. Berkeley: University of California Press, 1949.
- SARETTA, Mário Eugênio. A verdade que está aqui com a gente, quem é capaz de entender? Uma etnografia com participantes de uma Oficina de Criatividade em um Hospital Psiquiátrico. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 57-80.
- SARTI, Cynthia. Prefácio. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (Orgs.). *Etnografias em serviço de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 7-10.
- VELHO, Gilberto. *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

Poder, discursos e práticas políticas: processos de mediação em um Centro de Atenção Psicossocial em Araraquara

*Power, discourses and political practices:
mediation processes in a psychosocial care center in Araraquara*

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5841>

Luiz Ricardo de Souza Prado • Secretaria de Educação do Estado de São Paulo – Brasil

Mestre em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara. Atualmente, é professor da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo e membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Antropologia Contemporânea (GEPAC/FCLAR/UNESP).

ORCID: 0000-0002-8611-4724
luizricardoprado@outlook.com

Este artigo tem por objetivo analisar os impactos das atuais políticas de saúde mental no Brasil nas práticas e discursos dos chamados *familiars* de usuários de um serviço de atenção psicossocial. Foi realizada etnografia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II de Araraquara – interior de São Paulo –, com foco nos grupos de familiares e nas reuniões diárias da equipe técnica dos profissionais. Por meio da teoria da mediação cultural de Montero (2005), procura-se entender de que forma o envolvimento com este tipo de serviço de saúde mental produz mudanças nas práticas e discursos dos agentes ali atendidos. Foi observado que a participação na instituição propicia o pensar de relações sociais em termos médicos apor estes familiares, que ressignificam a conduta socialmente indesejável dos usuários como *doença mental*. Dessa forma, nossos resultados apontam que a participação destes chamados *familiars* no CAPS II resulta em uma *tradução* do projeto ético-político da instituição a seus contextos locais, de modo a modificar ou reproduzir suas práticas e discursos de acordo com suas condições de possibilidade e desejos de cuidado.

CAPS. Mediação cultural. Familiares. Políticas em saúde mental.

The present paper aims to analyze the impacts of the current public mental health policies in Brazil upon the discourses and practices of the so-called *relatives* of the users from a psychosocial attention service. We have made ethnography in the Araraquara's Psychosocial Attention Center (CAPS) II between families groups and in the daily reunions of the professionals. Using the theory of intercultural mediation from Montero (2006), we aim to understand how the involvement with this kind of service changes the practices and discourses of the social agents there present. As results, we've observed that the attendance at the institution foment the possibility to think about social relations in medical terms by the *relatives*, who ressignify the users' social undesirable behaviors as mental illness, applying what is lived in the mental health service to the their local contexts. Our result points that the participation of the so-called *relatives* in the CAPS II translates the ethical-political project of the institution to their local contexts changing or reproducing practices and discourses accordingly to their possibilities and care demands.

CAPS. Cultural mediation. Relatives. Mental Health Policies.

Introdução¹

Enquanto política de desinstitucionalização² do atendimento em saúde mental³, os Centros de Atenção Psicossocial oferecem tratamento médico e psicoterápico aos seus usuários sem fazer uso de longas internações, ao mesmo tempo em que fortalecem os vínculos da pessoa com *transtorno mental*⁴ grave com seu contexto social de existência. Para isto, os CAPS oferecem o chamado grupo de familiares, uma reunião feita com os familiares dos usuários da instituição para discutirem sobre suas vivências cotidianas, no intuito de aproximá-los do tratamento oferecido.

Entretanto, sabe-se que, no Brasil, a medicina oficial foi pouco garantida às camadas mais pobres e marginalizadas da população, fazendo com que o discurso médico tivesse grande dificuldade de penetrar nos estratos sociais mais baixos, que recorriam a práticas de curas religiosas e a saberes não eruditos, como mostram os trabalhos de Montero (1985) e Loyola (1984). Autores como Duarte (1986) e Cardoso (1999) salientam o papel central ocupado pela categoria “nervoso” nos discursos e representações dessas populações, em que os nervos – entendidos enquanto uma estrutura moral e corpórea dos sujeitos e responsável por mediar suas relações com o contexto social – aparecem como uma representação que organiza a experiência da subjetividade e do mal-estar, mais do que um “eu” unitário e psicologizado como preconizado pelas ciências como psiquiatria e psicologia.

Partindo desse contexto em que uma população distante das práticas e saberes da medicina oficial passa a frequentar uma instituição de assistência psiquiátrica, mediante uma política pública que visa incluir estes sujeitos enquanto participantes ativos em sua construção, este trabalho busca entender como ocorre o processo de inculcação das categorias de transtorno mental utilizadas por agentes do Estado na população que agora é alvo desta política. Para isso, recorreremos à teoria da mediação intercultural de Montero (2006), a qual procura analisar como se processa o jogo dialógico entre agentes sociais de universos simbólicos distintos, que possibilitem a construção de um campo de práticas e representações compartilhadas – o que não exclui a existência de assimetrias de poder.

Este trabalho tem por objetivo analisar como os familiares dos usuários se apropriam das terapêuticas e saberes oferecidos pelo CAPS, procurando apreender se a vivência na instituição modifica suas práticas e discursos em saúde mental. Procura-se, por meio de uma análise através da teoria da mediação cultural, apreender a relação entre saberes e práticas sociais, além de observar como se processa, de forma concreta, uma política pública de saúde mental que tem como objetivo promover um processo de desinstitucionalização do atendimento. Para analisar este contexto, participei três vezes por semana dos grupos de familiares – num total de 30 reuniões – acompanhando-as entre janeiro e julho de 2018, assim como de 20 das reuniões diárias dos técnicos do CAPS II da cidade de Araraquara. Além disso, realizei entrevistas com três familiares de usuários para apreender como os saberes e práticas veiculados na instituição eram apropriados em seus contextos locais de existência.

O presente trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa da UNESP/

1 O presente trabalho é derivado da dissertação de mestrado intitulada *Micropolíticas e processos de mediação no atendimento psicossocial: O CAPS II de Araraquara*, defendida em março de 2019.

2 Por desinstitucionalização entende-se a mudança das políticas públicas em saúde mental que passam do foco de internação em hospitais psiquiátricos para um novo foco em atendimentos das pessoas portadoras de transtornos mentais graves de forma comunitária, sem exclusão de seus contextos locais, com pouco ou nenhum recurso a períodos de internação.

3 Para uma descrição mais minuciosa do histórico da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização do atendimento psiquiátrico no Brasil, confira Amarante (1995).

4 Como aponta Foucault (1975), a loucura enquanto patologia surge através de um processo histórico que culmina no momento em que a racionalidade é entendida como condição natural do homem e, por isso, aqueles que não a exercem precisam de tratamento médico. Ainda que instituições como o CAPS surjam como resposta a políticas públicas que entendiam a loucura a partir de uma olhar positivista, foi possível observar em minha etnografia a presença de certa tensão entre os saberes biomédicos e as formas psicossociais e físico-morais – como diz Duarte (1986) – de compreensão da experiência do mal-estar.

Luiz Ricardo de Souza Prado

FCLAR, assim como pela Secretaria de Saúde da cidade de Araraquara e também pela equipe de profissionais do CAPS II. Durante todo o trabalho de campo, solicitou-se consentimento – de forma oral - aos participantes para com a pesquisa. No caso das entrevistas, usou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Saliento que os nomes dos interlocutores neste texto são fictícios. Faço isso como forma de proteger seu anonimato, condição necessária para a realização da pesquisa.

Apresentando o campo: o Centro de Atenção Psicossocial II de Araraquara

O Centro de Atenção Psicossocial II “Dr. Nelson Fernandes” é um serviço de saúde pública, ligado à prefeitura municipal de Araraquara, sob gestão da Gerência de Saúde Mental e da Secretaria Municipal de Saúde da cidade, voltado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, assistindo aqueles diagnosticados como psicóticos (pessoas que apresentam alucinações visuais e/ou auditivas e delírios). A partir de setembro de 2017, começou a atender pessoas com ideação suicida (aquelas que, de forma recorrente, atentaram ou planejaram contra a própria vida). Funciona das 7h às 17h, de segunda-feira a sexta-feira, exceto aos feriados. É parte dos equipamentos em saúde mental de Araraquara, junto ao Centro de Referência de Saúde Mental Adulto – CRASMA, ao Centro de Atenção à Criança – Espaço Crescer, ao Centro de Referência do Jovem e do Adolescente – CRJA, e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. Além desses serviços públicos, existe uma parceria por meio do SUS com o Hospital Caibar Schutel para internações de usuários quando estão naquilo que é chamado de crise – estão em surto, não querem tomar medicação e podem colocar em risco tanto as próprias vidas como a daqueles com quem convivem.

O CAPS atende tanto *demanda espontânea* – pessoas que procuram a instituição diretamente sem consulta ou encaminhamento prévio realizado por uma instituição de saúde –, como também aceita os *encaminhamentos* – que acontecem quando os profissionais de outros serviços de saúde direcionam os sujeitos atendidos para o CAPS II. Sua equipe de profissionais é composta por quatro psicólogos, três terapeutas ocupacionais, cinco técnicas de enfermagem, uma assistente social, uma farmacêutica e uma assistente administrativa, que estão diariamente presentes na instituição, além de uma médica psiquiatra.

A entrada de um novo usuário no serviço dá-se pela chamada *triagem*, ou primeiro acolhimento, processo em que o possível novo usuário, junto de um familiar ou responsável, é acolhido no serviço, escutam-se suas *queixas* – categoria usada pelos técnicos para se referir às experiências que justificariam o seu atendimento em um serviço de saúde mental –, história de vida e os motivos de terem procurado o CAPS II. Concluída a *triagem*, informa-se, na reunião de equipe – realizada diariamente –, a inserção do novo usuário no serviço.

Após a entrada no serviço, aponta-se um dos membros da equipe como *técnico de referência* para o usuário, geralmente o mesmo que realizou a triagem para a entrada no serviço. O técnico de referência é o profissional responsável pelo caso, que detém a maioria das informações sobre esse usuário, como os grupos

Luiz Ricardo de Souza Prado

de que participa, os dias em que vai até a instituição, quem o acompanha, quando tem consulta com as médicas e demais informações, constituindo uma mediação institucional entre usuário, família e o tratamento oferecido pelo CAPS. Quando é necessário resolver alguma questão com o usuário e seus familiares, é esse técnico que marca a chamada “referência”, que consiste em uma reunião com os envolvidos no tratamento, para discutir problemas específicos, ou para reavaliação do chamado Projeto Terapêutico Individual⁵. Dentre os profissionais do CAPS II, quando querem saber de alguma informação mais específica de algum usuário ou necessitam de alguma ação mais individualizada, contatam o técnico de referência para saber como proceder ou pedir para que ele tome as ações que achar necessárias.

Caso seja considerado que aquele que passou pela triagem deva receber a terapêutica do CAPS, o mesmo é *incluído*, ou seja, partir de então é considerado usuário do serviço. Espera-se, assim, que participe das atividades oferecidas pela instituição conforme um projeto terapêutico desenvolvido individualmente, com a mudança de atividades conforme as possibilidades do usuário – quantidades de dias e horários em que consegue comparecer até o CAPS –, seu estado atual de saúde mental e considerações sobre algumas questões externas, como, por exemplo, entrada em um emprego ou gastos com deslocamentos até a instituição. Junto à inclusão do usuário no serviço, também é feita a inclusão de um familiar no grupo de apoio familiar de entrada.

A partir disso, verifica-se a chamada *adesão* ao serviço, ou seja, o quanto o usuário e seu familiar efetivamente participam das atividades em que foram inclusos. Para que sejam atendidos na consulta psiquiátrica, é necessário que tenham o que é chamado de elevada adesão ao serviço, participando das atividades conforme o previamente combinado e justificando as faltas antecipadamente. Caso se entenda que o usuário e seu familiar não estão comparecendo ao serviço como acordado, a consulta psiquiátrica não é realizada.

Os chamados *familiares*⁶ – como são denominados pelos técnicos da instituição – são pessoas que, de modo geral, têm alguma relação de parentesco com os usuários do serviço. Podem ser mães, pais, irmãos, filhos, primos, maridos, esposas, sobrinhos e demais pessoas que convivam com aqueles que estão sob tratamento. Espera-se deles que participem das atividades da instituição, cumpram com o que foi proposto no projeto terapêutico dos usuários e ajudem em suas atividades diárias quando necessário, como quando se faz uso de remédios durante o período da noite. Como os técnicos entendem que os *familiares* são importantes – assim como responsáveis – pelas terapêuticas desenvolvidas no CAPS II, realizam-se grupos na instituição com o intuito de sensibilizá-los ao tratamento dado aos usuários.

Os *grupos de apoio familiar* – também chamado de *grupo de familiares* no cotidiano da instituição – ocorrem geralmente em um espaço mais ao fundo do prédio, em uma área coberta ao lado de um pequeno pátio, com cadeiras distribuídas em círculo. Exclusivamente para familiares, o grupo acontece simultaneamente a outro, realizado por outros técnicos apenas com os usuários do serviço. Com o intuito de aproximar os familiares dos usuários do tratamento, são realizados em

5 Projeto Terapêutico Individual (PTI) é o projeto terapêutico desenvolvido para cada usuário, que estabelece em quais atividades participará e quais as suas demandas de cuidado.

6 Familiares, usuários e técnicos/profissionais constituem categorias que podem não abarcar a totalidade das experiências desses sujeitos nas instituições de saúde, tanto porque a “presença” em uma categoria não impede que se possa pertencer a outras, assim como as práticas e discursos presentes na instituição se fazem além e aquém destas, como abordam (Andrade; Maluf, 2017) e (Dias, 2000). Entretanto, optamos por manter essas denominações uma vez que nosso recorte tenta analisar como os sujeitos denominados familiares são acionados nas práticas institucionais para que “aprendam” o que é doença mental.

Luiz Ricardo de Souza Prado

dias e horários específicos na semana, com divisões conforme a especificidade de quem é atendido no grupo, assim como do problema de saúde que o usuário do serviço apresenta. Por ocasião da pesquisa, dividiam-se em três, sendo estes os grupos de entrada, os grupos quinzenais e mensais e o chamado grupo de familiares especial.

O grupo de entrada direciona-se especialmente para os familiares dos usuários que entraram há pouco tempo no serviço. Geralmente, após alguns meses, com a estabilização do quadro do paciente e maior tempo de presença nos grupos e nas atividades da instituição, os familiares dos usuários são encaminhados para os grupos quinzenais e mensais. Já o chamado grupo de familiares especial surge da necessidade do serviço de particularizar o atendimento para os familiares dos usuários que apresentam conduta ou ideação suicida, de modo que, dos grupos etnografados, este é o mais recente, tendo iniciado suas atividades a partir de abril de 2018.

Os familiares são alocados para grupos determinados conforme estado de saúde do usuário e dias em que podem comparecer a instituição. Cada grupo é destinado para 30 a 40 pessoas, sendo que, no dia a dia da instituição, o que se observa é a presença em média de 10 a 15 pessoas. Os profissionais que coordenam o grupo conferem a presença dos familiares em uma lista e anotam as respectivas presenças e faltas nos prontuários dos usuários. Caso a psiquiatra observe que os responsáveis não estão comparecendo ao grupo, a consulta com o usuário é desmarcada até que se entre em contato com a instituição. Quando da realização do trabalho de campo, alguns familiares mostravam-se mais presentes do que outros – que apareciam poucas vezes por mês. Além disso, mesmo com a divisão em grupos específicos, havia certa diferença de tempo de participação no CAPS nos grupos, com alguns familiares de recente contato com a instituição junto a outros que já participavam há mais tempo.

O grupo consiste em uma roda de conversa, na qual os participantes, incentivados pelos profissionais do CAPS II, falam de suas experiências diárias no cuidado dos usuários, com a intervenção dos técnicos conforme a necessidade. Os assuntos abordados abrangem uma variedade de temas relacionados à convivência com os usuários do serviço, em um diálogo construído por meio das interações entre os presentes, quer entre técnicos e familiares, quer entre os familiares presentes. Assim, discorrem sobre temáticas diversas, como o uso das medicações, expectativas em torno do tratamento, o que é transtorno mental, dificuldades cotidianas na convivência com alguém com sofrimento psíquico intenso. Nesse contexto, é função dos técnicos fazer intervenções pontuais sobre as temáticas debatidas – como problematizar algum aspecto da discussão e “devolver” a fala para os familiares, ou dar alguma informação de caráter mais técnico sobre os *transtornos mentais* –, além de observarem o horário, para que o grupo de familiares não se estenda além do planejado e afete outras atividades.

Esse momento de diálogo – mesmo que assimétrico, uma vez que os técnicos interpretam que conhecem a “realidade” da “doença mental” e os familiares ainda a estão “descobrendo” – mostra-se fundamental tanto para a fidelização dos familiares às práticas e discursos do CAPS II quanto para posterior apropriação

Luiz Ricardo de Souza Prado

destas práticas. Isso porque, por meio da fala em grupo, os familiares explicitam seus saberes e perspectivas sobre o mal-estar, o que permite que os profissionais direcionem suas práticas para a solução dos problemas trazidos por estes agentes, fidelizando-os às práticas institucionais.

Quando um novo familiar aparecia, devido à entrada de um novo usuário no serviço, os técnicos que coordenavam a reunião, em especial os de nível superior, apresentavam o grupo, diziam qual era sua finalidade e objetivos, muitas vezes pedindo para familiares de usuários que eram atendidos há mais tempo explicarem para que servia ou dizerem em que a participação no grupo lhes agregava⁷.

Geralmente, quando era a primeira vez que um familiar falava no grupo, contava o itinerário que tivera até chegar ao CAPS. Às vezes remetendo à infância, falava desde quando observou um problema, como buscaram ajuda, com quem falaram, e o que já haviam tentado para resolver a situação. Na maior parte dos casos, os familiares chegavam até o CAPS durante o que é chamado de surto, quando o usuário começava a apresentar um comportamento que não compreendiam ou com o qual não conseguiam lidar. Houve casos em que foi uma fala desconexa em relação ao contexto da casa que levou os familiares a procurarem ajuda médica; em outros, foi uma recusa a se alimentar; também ocorre de perceberem como início de um comportamento problemático o fato de os usuários saírem de casa sem destino certo e ficarem por dias ou até semanas nas ruas.

Observei que existia um forte recorte de gênero quanto aos membros que mais participavam enquanto familiar de usuário na instituição. Eram, geralmente, mães, avós, tias, irmãs ou esposas que se responsabilizavam pela vinda e pelos contatos com a instituição; quando homens, frequentemente eram os maridos que apareciam nas reuniões, contando também com alguns pais de usuários. Os profissionais percebiam essas recorrências e comentavam de modo “crítico” sobre a *responsabilidade* de toda a família no cuidado e no tratamento, fazendo uma observação positiva quanto à presença de um familiar – geralmente homem – que começasse a comparecer ao grupo. Outro fator importante é a classe social, uma vez que a maior parte dos usuários do serviço era de pessoas economicamente desfavorecidas, que muitas vezes residiam em regiões mais periféricas da cidade e não tinham meios de locomoção a não ser ônibus. Dessa forma, era uma constante ouvir dos técnicos da instituição que familiares ligavam para avisar que estavam sem condições de ir até o CAPS II devido à falta de dinheiro para a passagem de ônibus.

Ao final das reuniões dos grupos de familiares, os técnicos da instituição anotam o que foi dito dos usuários por seus familiares em seus respectivos prontuários, assim como anotam as faltas justificadas ou o não comparecimento do familiar. Caso vejam como necessário, levam o que foi dito sobre o usuário à próxima reunião de equipe, para que sejam tomadas providências, como conversar com a psiquiatra sobre a medicação prescrita, a inclusão do usuário em mais ou menos atividades, a necessidade de uma referência, ou até mesmo a revisão do projeto terapêutico individual.

Iniciando-se por volta das 11h e indo até as 12h, a reunião de equipe acontece

7 Nesse tipo de situação, eu também aproveitava para me identificar, falar porque estava ali e pedir permissão aos presentes para participar da reunião e de demais outras em que estivessem presentes.

Luiz Ricardo de Souza Prado

diariamente no CAPS II. É realizada com o intuito de informar a todos da equipe sobre o estado de alguns dos usuários ou de informar a entrada de um novo integrante após a triagem, assim como é também o momento em que comunicam faltas a serem abonadas, discutem a organização das atividades do serviço e a realização dos eventos da instituição, como passeios ou festas.

A reunião começa com um dos técnicos falando sobre alguma triagem que realizou e sobre a *inclusão* do novo usuário no serviço. Caso existam dúvidas sobre qual seria o serviço de saúde para o possível usuário – na visão daquele profissional que realizou a triagem –, discutem em equipe se o usuário ficará no CAPS ou para onde o encaminharão. Ou então se fala de um *plantão* e de alguém que havia aparecido solicitando atendimento.

Muitas vezes, presenciei falas recém-proferidas no grupo de familiares serem trazidas pelo profissional que coordenava o grupo e levadas ao técnico de referência do caso. Se é percebida a necessidade de alguma providência em relação ao que foi relatado, discutem-se as ações que podem ser tomadas, como inclusão em uma ou mais atividades por mais dias, discussão do *caso* com a médica psiquiatra da instituição ou a justificativa de acionar algum familiar para que algo fosse realizado em sua casa. A reunião também é um espaço de organização das atividades dos técnicos, em que discutem como cobrir determinadas atividades durante a falta abonada de um membro, alternar períodos entre técnicos de mesma profissão durante um dia ou outro, organizar quais funcionários cumprirão horas extras e passar comunicados da secretaria de saúde e da gerência de saúde mental.

Entretanto, as considerações e conversas não ocorrem apenas durante reunião: por várias vezes observei que os técnicos constroem suas percepções sobre os usuários e planejamento das ações posteriores em momentos não institucionais, geralmente após algumas atividades ou durante intervalos. Desta forma, não era raro ver os técnicos conversando sobre algum usuário ou familiar na cozinha, espaço das pausas diárias.

Durante o período do trabalho de campo na instituição, não houve resistência ou impedimento para com as investigações por parte dos técnicos ou familiares. Por vezes, quando perguntava aos profissionais o que estavam fazendo, respondiam de forma pedagógica, tentando explicar ponto a ponto os motivos de suas práticas, muitas vezes fazendo referência à sua formação: por exemplo, quando perguntei sobre personalidade – conceito muito utilizado pelos profissionais da instituição – um dos psicólogos apresentou-me uma fotocópia do Cadastro Internacional de Doenças (CID), impresso na forma de um livreto. Explicou que personalidade “é a forma como lidamos” – advertindo que sua definição foi simplificada para que eu entendesse.

Muitos dos outros episódios em que eu perguntava sobre o funcionamento das rotinas institucionais ocorriam dessa forma: traziam exemplos, falavam sobre normas e regras existentes, davam suas opiniões, tentando inserir-me naquele contexto. Quanto aos familiares, sempre que possível tentei uma aproximação, conversando, no intuito de apreender como eles vivenciavam a passagem pela instituição. Entretanto, não havia muito tempo para conversar com eles, exceto em

Luiz Ricardo de Souza Prado

alguns momentos, como antes do início de uma reunião de familiares ou algum tempo depois do final desta, de modo que foi idealizado o recurso da entrevista.

Os familiares no CAPS II: os grupos de apoio e seus impactos nas práticas em saúde mental

Realizo, no presente tópico, uma análise do grupo de familiares enquanto um espaço de troca de experiências e saberes em saúde mental, e dos efeitos que a participação no grupo produz em suas práticas e discursos.

Como colocado anteriormente, os encontros dos grupos acontecem três vezes por semana, variando conforme os diagnósticos dos usuários com quem estes familiares têm relações, assim como seu tempo de permanência na instituição e estado de saúde. Por exemplo, caso um usuário – ao passar pela triagem – seja diagnosticado como *psicótico*⁸, seu respectivo familiar é incluso no grupo realizado às segundas-feiras, na parte da manhã. Caso o usuário seja diagnosticado como neurótico, o familiar é incluso nos grupos de terças-feiras à tarde. As categorias neurótico(a) e psicótico(a), utilizadas pelos técnicos para descrever o estado de saúde dos usuários e para organizar as atividades em que estes participariam não costumam ser usadas durante as reuniões de grupo, apenas nas conversas entre os profissionais e nas que tive com eles; nos grupos, os profissionais justificavam a separação em grupos de familiares diferentes devido às demandas e dificuldades que existiriam para cada caso particular, sem propriamente se referir aos termos médicos de forma explícita.

O grupo é realizado pelo diálogo entre os presentes, sendo composto exclusivamente por técnicos do CAPS II e familiares dos usuários da instituição. Os técnicos iniciam a discussão, abordando algum tema específico, avisando sobre algum evento que ocorrerá no CAPS ou perguntando aos presentes sobre a rotina de suas casas. Caso alguém se sinta afetado sobre algum ponto do assunto que está sendo discutido, a pessoa manifesta-se, e os profissionais da instituição fazem considerações pontuais caso não concordem ou queiram esclarecer alguma questão pertinente. O objetivo do grupo, segundo os profissionais que o coordenam, é a troca de experiências sobre o cuidado em saúde mental, temática que é discutida a partir da vivência dos familiares. Assim, nesse jogo dialógico entre seus participantes, decorrem todos os grupos, desde seu início até o horário final de sua duração.

Pude observar que os familiares se reconhecem nas experiências uns dos outros a partir das dificuldades e angústias do cotidiano com os usuários que mostravam recorrentes, como a sensação de impotência e a sobrecarga trazida pelo cuidado de alguém que é portador de transtorno mental grave. Por diversas vezes, expressões como “meu problema não é tão grande perto do dele(a)” aparecem na fala dos presentes nos grupos. Alguns comparam a própria situação familiar com a de outros que ali estão, dizendo que, ao participarem do grupo, perceberam que aquilo que levavam como um sofrimento por demasiado solitário e único, é algo em certa medida compartilhado, mais grave até em outros casos. Por exemplo, um dos familiares presentes, cuja esposa tem episódios de ideação suicida recorrente e apresenta, segundo ele, grandes oscilações de humor, disse que, ao ouvir

8 *Neurótico e psicótico* são classificações utilizadas pela equipe do CAPS II para se referir ao tipo de *sofrimento* específico que cada usuário apresenta; quando questionados sobre as definições, um sujeito psicótico se diferencia de um sujeito neurótico devido à presença de *alucinações* – impressões auditivas e visuais não perceptíveis às outras pessoas no mesmo contexto – e *delírios* – que seriam *crenças* fantasiosas sobre a realidade, também não compartilhadas por outros indivíduos em um mesmo contexto.

Luiz Ricardo de Souza Prado

a história de outra familiar que estava ali – a qual tinha um filho esquizofrênico e alcoólatra, que tentava sair durante a noite para conseguir bebida – passou a pensar que seu sofrimento não seria tão grande quanto o dela.

Quando os familiares traziam em suas falas crenças religiosas sobre saúde mental, os técnicos procuravam estabelecer os limites do elemento religioso na terapêutica do usuário, para que não abandonassem a instituição. Como nesse diálogo que ocorreu durante a realização de um grupo de famílias, entre Olga e a psicóloga que estava a coordenar o grupo. Olga é mãe de uma usuária que estava há aproximadamente dois meses no CAPS II e mostrava-se preocupada com as saídas da filha. Um pouco antes, outra familiar relatou que seu filho não saía de casa, o que piorava seu estado de saúde. Essa fala instigou os presentes a discutirem se não sair de casa piorava o estado de saúde mental dos usuários. Nesse contexto se insere a situação descrita a seguir.

Olga diz que a filha sai de casa e chega tarde, toma o remédio tarde e não dorme. A psicóloga pergunta se ela acha que o passeio foi bom. Diz que o remédio tem que ser tomado conforme as atividades do usuário, não mudar as atividades para tomar remédio (Dá exemplo do antibiótico que se toma às 6h e às 18h, para respeitar as doze horas de intervalo).

Olga: Minha filha começou a ir na Igreja, coisa que não fazia há tempo.

Psicóloga 1: Ela está gostando? Só não pode agora falar que Deus salva e deixar de tomar o remédio. O bom é oração mais remédio.

Observa-se que a fala da psicóloga busca acomodar a prática religiosa da filha de Olga dentro dos cuidados oferecidos pela instituição – em especial, o uso de medicações – sem que a religião se faça proeminente, apontando para um caminho intermediário, em que “o bom é oração mais remédio”.

Nesse sentido, os técnicos buscam trabalhar sobre o cuidado e seus significados durante a realização do grupo de familiares. A partir do que é falado pelos familiares, o responsável pelo grupo tenta acolher a fala do presente e direcioná-la, problematizando alguns aspectos em função das terapêuticas da instituição, no intuito de instrumentalizar as práticas cotidianas dos familiares para lhes inculcar modos de agir que estivessem de acordo com as normas éticas do CAPS II e do processo de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica. Embora eficaz para com alguns dos presentes – que então interpretavam suas ações cotidianas de cuidado de novo modo, o que se tornava explícito quando diziam que haviam “aprendido” a cuidar e a conviver com os sujeitos adoecidos – outros se mostravam resistentes, como a presença do termo *sem-vergonha* dito pelos familiares, que interpretavam o mal-estar de forma diferente das institucionais.

Por exemplo, durante uma das reuniões de que participei, percebi que a psicóloga usou o termo “cabeça” para falar da subjetividade de um dos usuários que não queria tomar o remédio psiquiátrico, categoria utilizada constantemente pelos

Luiz Ricardo de Souza Prado

familiares para se referir a uma parte do funcionamento intelectual e moral dos sujeitos. No contexto a seguir, a familiar afirma ter dado um sal de frutas para o filho, que estava mal do estômago e, devido a isso, ele não quis tomar o remédio psiquiátrico. A psicóloga tenta acalmar a mãe e orientá-la de modo que ela pudessem convencer o filho a tomar o remédio. Registrei essa conversa da seguinte forma em meu caderno de campo:

Psicóloga 1: Fala para ele que o estômago não está bom, mas a cabeça está boa. Ele já ficou seis meses na clínica [para usuários de drogas]. Será que ele vai querer voltar?

Familiar: Eu falei isso para ele. Mas depois ele tomou.

Psicóloga 1: Fala para ele o quanto ele é importante para a família. Que não é um estorvo.

Nesta situação, o uso do termo “cabeça” pela técnica para se referir à fala da mãe, é uma das estratégias utilizadas para conhecer a forma como os familiares pensam a subjetividade e tentar construir um campo comum de diálogo. Muito do que os técnicos falavam consistia em uma tentativa de fazer com que os cuidados que os familiares direcionavam a seus entes ocorresse de uma forma específica, com a aplicação regular da medicação, a das atividades do CAPS II, a presença nas consultas e demais recomendações que a instituição faz aos usuários e familiares.

Outro ponto importante é que os técnicos incentivam os familiares a aderirem a uma postura que não julgue moralmente os comportamentos do usuário e que, ao mesmo tempo, leve a um comprometimento pessoal do familiar para com o tratamento dos transtornos mentais. Assim, por diversas vezes surgiam alguns debates por parte dos familiares se os comportamentos que os usuários apresentavam seriam resultado de alguma “sem-vergonhice” ou se seria doença. Nesses momentos, os técnicos tentavam intervir, explicando que aquilo que parecia uma “falha moral” dos usuários – desatenção quanto a regras domésticas, xingamentos etc. – era, na verdade, sintoma de uma doença e, por isso, algo que necessitaria de uma postura que evitasse realizar julgamentos morais, conforme seria feito com doenças crônicas fisiológicas, como o diabetes ou a pressão alta. Deste modo, exigia-se uma postura eticamente compromissada com a terapêutica oferecida na instituição, o que consistia em relatar todos os sintomas e demais informações do usuário que fossem entendidas como relevantes à equipe, oferecer a medicação regularmente para a prevenção do surto, comparecer à instituição regularmente, ter uma postura paciente para com o usuário, além de oferecer constantes atividades que incentivem a autonomia do usuário – chamadas de *estímulos* pelos técnicos da instituição. Geralmente, quando esta postura de não julgar era colocada em questão pela família, os técnicos intervinham diretamente, contestando ou problematizando, ou então pediam a algum dos presentes para que falassem de suas experiências pessoais no cuidado.

Os familiares discutiam entre si durante a realização do grupo sobre a possibilidade de responsabilização moral dos usuários, avaliando tanto a partir de suas trajetórias pessoais – aquilo que tinham vivido, e por isso, tinham experiência – quanto pela história de vida daqueles por quem eram responsáveis. Pude observar que quando avaliavam que o mal-estar do usuário não seria legítimo em relação às oportunidades que estes tiveram em suas vidas, os familiares lançavam mão da expressão “sem-vergonha” ou “sem-vergonhice”, para falar de alguém que deixava de cumprir com suas obrigações cotidianas sem aparente justificativa.

Pude observar uma reunião em que um dos familiares presentes dizia que o problema de seu irmão – usuário do CAPS II – era “uma mistura de loucura com sem-vergonhice”, já que ele sabia que caso não cumprisse suas obrigações com a casa – como limpar a sujeira que fez –, alguém o faria. Além disso, disse que seria estranho, ele, enquanto irmão mais novo do usuário, dar “remédio na boca de um velho”, que era o irmão mais velho. O técnico que organizava o grupo disse-lhe para considerar o que estava dizendo e convidou outros presentes a se manifestarem a favor ou contra. Mesmo quando um dos presentes concorda que “às vezes é doença; às vezes é sem-vergonhice”, o técnico continua problematizando o discurso do familiar, incentivando-o a pensar em outras estratégias de cuidado caso não possa – ou não queira – responsabilizar-se pelos cuidados do irmão. Pude notar que as falas dos profissionais não são acatadas de forma unívoca: em alguns casos, reforçava-se a fala dos técnicos, concordando e dando exemplos; em outros, ela era questionada. Não raro, presenciei que nos grupos ocorriam divergências, não entre técnicos e familiares, mas dos familiares entre si.

A orientação dos técnicos muitas vezes se refletia na forma como os familiares dos usuários lidavam com seus parentes dentro do contexto familiar, reproduzindo a dimensão “pedagógica” presente nas práticas e nos discursos dos técnicos do CAPS. Dessa forma, quando ocorriam conflitos em relação ao comportamento do usuário, muitas vezes os familiares que frequentavam a instituição tomavam para si o papel de mediadores, dialogando com outros familiares que não participavam das reuniões, procurando informá-los sobre o que seria doença mental e como deveriam agir em relação ao usuário. Não raro, os familiares dos usuários presentes no grupo de famílias apontavam que algum outro começou a “entender também” a situação, deixando de pensar que era “sem-vergonhice”.

Os profissionais tentavam constantemente traduzir os discursos dos familiares sobre o que era doença mental para seus repertórios técnicos, ao mesmo tempo em que tentavam diminuir a importância da experiência religiosa sobre a doença mental; por outro lado, os familiares traziam suas experiências cotidianas com os usuários, perguntavam sobre como se poderia entender determinado comportamento. Essa possibilidade de construção de discursos compartilhados entre profissionais realizava-se com base em interesses que, mesmo que diversos, se encontravam de modo complementar: por um lado, os familiares supriam a necessidade dos técnicos sobre informações quanto aos usuários, assim como avaliavam a eficácia e a adesão do usuário ao tratamento; por outro, recebiam orientações de caráter prático – sobre como proceder em determinadas situações de conflito,

Luiz Ricardo de Souza Prado

de que modo agir durante um período de *crise*.

Entendo que a participação na instituição pode ser interpretada por meio do conceito de *mediação intercultural*, de Montero (2006). A autora, problematizando o estatuto antropológico da diferença, parte do que denomina como *interpenetração de civilizações*, ou seja, o processo de convergência entre horizontes simbólicos de grupos diferentes que coexistem em um mesmo universo de relações. Para isso, escolho como objeto de estudo as missões jesuítas, dado que, por sua própria condição de operacionalização, estas revelam um momento histórico em que houve contato efetivo entre dois coletivos sociais diferentes, os jesuítas e as populações indígenas da América do Sul. Segundo Montero, nota-se que, nesse encontro, foram produzidas estratégias de demarcação simbólica das formas de pertença e de construção da alteridade, tanto pelos missionários que procuravam incorporar as populações nativas às relações coloniais quanto por parte dos indígenas, que também tentavam incorporar a situação de contato para seus repertórios locais. Assim, para dar conta das lógicas práticas investidas na construção de um sentido compartilhado entre esses grupos, Montero (2006) formula o conceito de *mediação intercultural*.

Esse conceito alude às formas compartilhadas de construção de sentido: “a ênfase se põe, pois, nas lógicas práticas investidas nessas relações e em seu modo de agenciar os sentidos para produzir um acordo circunstancial sobre a ordem do mundo cujo formato não pode ser antecipado de antemão” (Montero, 2006, p. 23). Fazendo referência a Bourdieu, Montero destaca o conceito de poder simbólico enquanto categoria analítica para se pensarem as relações entre construção de linguagem e realidade social: as nomeações e classificações que surgem desses encontros entre agentes sociais têm uma intenção performativa, ou seja, procuram produzir realidades sociológicas específicas a partir de um contexto de práticas sociais compartilhadas.

Deste modo, a construção de um campo comum de práticas e representações, em que se pode repensar o que é transtorno mental e a pertinência de sua atenção em uma instituição de saúde é a estratégia dos profissionais do CAPS II de Araquara para aproximar os familiares dos usuários do projeto terapêutico, sem que descumpram com o que foi acordado. Assim, por exemplo, as concepções religiosas que são relatadas pelos técnicos como um dos maiores entraves à terapêutica do CAPS são incorporadas, na prática do grupo de familiares, enquanto elemento pertinente ao tratamento, mas que não pode adquirir centralidade em face dos aspectos médicos e psicossociais. Logo, não raro veem-se os técnicos argumentando que as práticas religiosas não são em si problemáticas no cuidado da doença, mas o são quando assumem papel central, o que causaria o abandono da medicação recomendada.

Portanto, o esforço das ações dos técnicos sobre os familiares direciona-se para os significados do que é cuidar: procura-se a todo momento incutir nos familiares que as atividades da instituição têm finalidade terapêutica, que devem ser cumpridas para que os usuários melhorem seu estado de saúde. Nesse sentido, procura-se acolher as preocupações dos familiares sobre o tratamento promovido enquanto os fidelizam às práticas institucionais.

Os familiares em seus lugares: a reapropriação das práticas de cuidado em outros contextos

Pretendo, neste tópico, analisar como as práticas e discursos sobre saúde mental produzidas nas relações entre familiares e profissionais do CAPS II se desenvolvem em torno de disputas e tensões sobre as formas como estas mesmas práticas e discursos serão apropriados como processos de subjetivação.

No contexto do CAPS II, os discursos e as ações dos técnicos visam inculcar nos familiares os valores da instituição, procurando influenciar suas práticas cotidianas de cuidado, a relação entre usuário e familiar, além da relação entre familiar e instituição. As interações entre equipe técnica e familiares fomentam determinados tipos de subjetividade que estejam de acordo com as normativas éticas que regem as práticas dos profissionais. Como apontei anteriormente, um dos principais objetivos dos profissionais envolvia incentivar uma postura moralmente neutra, porém pessoalmente comprometida com o tratamento dos transtornos mentais e as práticas de cuidado fomentadas na instituição. Nesse sentido, espera-se que a convivência cotidiana com a instituição leve a determinado modo de se pensarem e se entenderem os transtornos mentais.

Presenciei, em uma das reuniões dos grupos de familiares, um dos técnicos advertindo aos presentes sobre suas responsabilidades no cuidado dos usuários. Reproduzo sua fala a seguir:

Psicólogo 2: Tem pessoas que tem dois quadros mentais: gente que se isola e gente que fica agressivo. Tem dois tratamentos: brincar de tratar ou levar a sério o tratamento. A gente precisa da família. O tratamento só foi para a frente quando a gente pegou no pé da senhora [referindo-se a uma das presentes que começou a se envolver mais com as atividades da instituição após maior pressão dos técnicos].

Psicólogo 2: A gente tem as mesmas responsabilidades que vocês. Somos chão de fábrica. O paciente fica 1h30 aqui, e fica 24h com vocês.

Em alguns casos, essa postura é prontamente incorporada, como pude perceber durante uma entrevista com Fernanda, mãe de Caio, que estava frequentando as reuniões do CAPS há três meses. Quando perguntei sobre seguir as recomendações dos profissionais do CAPS em seu cotidiano, Fernanda me disse que achava o trabalho dos profissionais da instituição fundamental, e se mostrava indignada com – conforme ela entendia – a falta de comprometimento de alguns dos familiares que frequentavam o grupo. Como afirmou sobre a necessidade de cooperar com o serviço de saúde:

Fernanda: O CAPS faz um puta daquele trabalho, chega em casa a mãe não dá o remédio pro filho? Daí o filho vai sair pro bar, pra sair pra beber? Como assim? Você está em tratamento, você não pode sair pra beber. Eu acho assim. O trabalho que o CAPS fez vai tudo pra água abaixo. Do que adianta?

Luiz Ricardo de Souza Prado

Percebe-se que a instituição espera que os familiares dos usuários cooperem com informações sobre os usuários e suas histórias de vida. Se, como apontou Sartori, (2011) sobre o CAPS III em Campinas, neste tipo de serviço psicossocial constantemente se produz um saber sobre o usuário, que circula entre os técnicos, no CAPS II de Araraquara os familiares são chamados a participar deste processo mediante os contatos com a instituição, enquanto atores necessários para a construção e atualização dos saberes dos profissionais sobre aqueles que se utilizam de seus serviços. Desta forma, espera-se que tudo aquilo que envolva a saúde do usuário seja repassado à instituição para que possam reavaliar suas ações ou mantê-las, refinando o saber produzido sobre ele. Neste sentido, a incorporação dos familiares ao projeto terapêutico permite que a instituição mantenha determinado controle de como o usuário vive e age fora dela, em especial sobre o que este faz em relação ao projeto terapêutico desenvolvido no CAPS quando não está sob sua tutela.

Nesse sentido, as interações entre *familiares* e técnicos do CAPS II resultam em, por um lado, esforço de criação de uma linguagem comum sobre a doença mental, em que as categorias nativas sobre desordem subjetiva – como depressivo/a, nervoso/a, mal da cabeça – ganham novos significados, e a ideia de *doença mental* enquanto fenômeno médico – e conseqüentemente, de competência médica – começa a ser incorporada; por outro lado, observa-se certa tensão presente entre as apropriações possíveis dos familiares e os objetivos institucionais, que visa adequar as práticas de cuidado para com os usuários sigam as normativas da instituição. Nota-se que há uma disputa pela forma que os saberes e as práticas médicas veiculadas no CAPS II serão apropriados, em que tão importante quanto a criação de discursos e práticas comuns, espera-se que os familiares também compartilhem – mesmo que não totalmente – das normativas éticas que perpassam as relações entre usuários e técnicos.

Como apontam Cohn (1989) e Fleury (2009), o Sistema Único de Saúde (SUS) é consolidado mediante um processo político em luta pela garantia do direito à saúde enquanto direito dos cidadãos e dever do Estado, em que a tensão entre os interesses privados e públicos se faz presente. Deste modo, espera-se que por meio da participação cidadã ativa neste tipo de políticas – não apenas enquanto usuários, mas como agentes sociais com capacidade de decisão e ação – se possa democratizar o direito à saúde, impedindo que seja tomado por interesses contrários à saúde pública ou se reduza a uma institucionalização excessiva e de pouco efeito. Para isso, é necessário que esse processo afete não apenas as instâncias formais, mas seja capaz de fomentar subjetividades alinhadas com práticas políticas que visam justamente à construção desse espaço público.

Considerações finais

As ações dos técnicos do CAPS II de Araraquara têm por objetivo incluir os familiares nas práticas institucionais, de modo que estes façam parte do projeto terapêutico e político promovido pela instituição. Para isso, procuram mediar os significados e as representações que os familiares dos usuários trazem sobre

Luiz Ricardo de Souza Prado

o que é doença mental e como deve ser esse cuidado, procurando diferenciar a *doença mental*, enquanto categoria veiculada pela instituição, da categoria de *sem-vergonhice*, utilizada pelos familiares para se referir a uma característica moral daqueles que não querem cumprir para com suas obrigações cotidianas, ou de outras formas de valoração moral da conduta dos usuários da instituição.

Entretanto, enquanto *familiares*, aqueles que têm relações de parentesco para com os usuários da instituição formam um grupo um tanto heterogêneo, seja quanto a práticas mobilizadas para cuidar do usuário assim como a teorias próprias que elaboram para tentar entender o que seus parentes têm. Mesmo que frequentemente se observe que as famílias eram originárias dos estratos mais economicamente carentes da cidade, isso não levava a concepções iguais ou similares sobre o que são os transtornos mentais ou quais as suas causas e seus tratamentos.

Nervoso, cabeça ruim e mal da cabeça eram expressões que os familiares usavam de forma constante para se referir às diversas formas de mal-estar presentes em seu cotidiano. Como mostra Cardoso (1999), estas formas de classificar a experiência da desordem subjetiva não podem ser reduzidas aos conceitos de *neurose* ou *psicose* – utilizados geralmente entre os técnicos da instituição para classificar os transtornos psíquicos dos usuários –, pois remetem a contextos socioculturais específicos, ligados a determinadas concepções de mente e saúde.

Portanto, nota-se que as populações atendidas pelo CAPS II de Araraquara, enquanto *familiares* dos usuários, constituem uma população heterogênea, o que resulta em apropriações diversas dos repertórios ético-políticos fomentados pelos profissionais. Deste modo, enquanto processo de mediação intercultural, as práticas, discursos e representações veiculadas na instituição são constituídas na forma de consensos circunstanciais sobre o que é doença mental e os modos de funcionamento da subjetividade, apropriados conforme as particularidades de cada grupo social que é atendido. Entretanto, como os chamados *familiares* constituem um grupo heterogêneo, a apropriação do que é construído na instituição se dá de modo diferenciado, de acordo com as possibilidades de cada uma dessas famílias: replicar o que é transmitido no CAPS II envolve desejos e condições sociais, familiares e econômicas.

Recebido: 07/11/2019

Aprovado: 24/03/2020

Luiz Ricardo de Souza Prado

Referências

- ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100273&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2018.
- AMARANTE, Paulo (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- CARDOSO, Marina Denise. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. São Carlos: Editora UFSCar, 1999.
- COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 mar. 2019.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- MONTERO, Paula. *Da doença à desordem*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- MONTERO, Paula. Introdução – Missionários, índios e mediação cultural; Capítulo 1 – Índios e Missionários no Brasil: para uma teoria da mediação cultural. In: *Deus na aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Globo, 2006. p. 9-66.
- PRADO, Luiz Ricardo de Souza. *Se for karma vai pagar com remédio: representações de doença mental nos centros de atenção psicossocial em Araraquara*. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, UNESP, Araraquara, 2017.
- PRADO, Luiz Ricardo de Souza. *Micropolíticas e processos de mediação no atendimento psicossocial: o CAPS II de Araraquara*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, UNESP, Araraquara, 2019.
- SARTORI, Leczy. O manejo da cidadania e a democracia do cuidado. *Campos – Revista de Antropologia Social*, v. 12, n. 1, p. 85-101, 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/campos/article/viewFile/24076/18782>. Acesso em: 30 mar. 2019.

O Hotel da Loucura: etnografia de uma política pública de saúde mental no município do Rio de Janeiro

The Madness Hotel: ethnography of a public mental health policy in the municipality of Rio de Janeiro

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5836>

Felipe Magaldi • Universidad Nacional de Córdoba, CONICET – Argentina

Doutor em Antropologia Social pelo Museu Nacional/UFRJ, mestre em Antropologia pela UFF e bacharel em Ciências Sociais pelo IFCS/UFRJ. Atualmente é pós-doutorando no Instituto de Antropología de Córdoba-UNC e CONICET. Desenvolve pesquisas nas áreas de Antropologia Urbana, da Saúde e da Política, com ênfase em Saúde Mental em Direitos Humanos.

ORCID: 0000-0002-1905-5365

femagaldi@gmail.com

Trata-se de uma etnografia do Hotel da Loucura, política pública de saúde mental que ocorreu entre 2012 e 2016 no Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Brasil. O projeto, realizado nas dependências do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, foi definido pela oferta de atividades artísticas tais como teatro, música e oficinas de expressão, bem como saraus, exposições, mostras de cinema e cursos gratuitos de psiquiatria e psicopatologia, contando com a participação ativa de pacientes psiquiátricos internos e externos em sua manutenção. A partir de um trabalho de campo, analisa-se as principais tensões entre suas propostas e os conhecimentos e práticas hegemônicos na psiquiatria biomédica, estabelecidos na articulação entre a psicofarmacologia e as políticas públicas. Argumenta-se que a coexistência dessas práticas não implica em uma convivência pacífica, evidenciando, de outro modo, a permanência de uma relação assimétrica.

Nise da Silveira. Saúde mental. Psiquiatria. Reforma psiquiátrica. Antropologia da saúde.

This work consists in an ethnography of the Madness Hotel (Hotel da Loucura), a public mental health policy that took place between 2012 and 2016 at the Center for Culture, Science and Health of the Municipal Secretariat of Health and Civil Defense of Rio de Janeiro, Brazil. The project, carried out on the premises of the Nise da Silveira Mental Health Institute, was defined by the offer of artistic activities such as theater, music and expression workshops, as well as open mics, exhibitions, film shows and free psychiatry and psychopathology courses, with the active participation of internal and external psychiatric patients in its maintenance. Based on fieldwork, it analyzes the main tensions between its proposals and the hegemonic knowledges and practices in biomedical psychiatry, established in the articulation between psychopharmacology and the public policies. It is argued that the coexistence of these practices does not imply a peaceful conviviality, evidencing, otherwise, the permanence of an asymmetric relationship.

Nise da Silveira. Mental health. Psychiatry. Brazilian Psychiatric reform. Medical anthropology.

Introdução

Este trabalho consiste em uma etnografia do projeto *Hotel da Loucura* (HL), que funcionou entre 2012 e 2016, no Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Brasil. Tratou-se de uma política pública realizada no formato de uma “ocupação”, nas dependências do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. O local abriga um hospital psiquiátrico centenário construído no bairro do Engenho de Dentro, na Zona Norte da cidade¹. Seu programa foi definido pela oferta de atividades artísticas, tais como teatro, música e oficinas de expressão, bem como saraus, exposições, mostras de cinema e cursos gratuitos de psiquiatria e psicopatologia, contando com a participação ativa de pacientes psiquiátricos internos e externos em sua manutenção.

O artigo é parte de uma pesquisa maior, que resultou em uma tese de doutorado em antropologia social (Magaldi, 2018). Seu objeto de estudo foi a trama de pessoas, instituições e materialidades constituída com e através da vida e obra da psiquiatra alagoana Nise da Silveira (1905-1999), desde a década de 1940 até os dias atuais. Nise da Silveira, que trabalhou no mesmo complexo institucional em questão, ficou conhecida pela luta contra intervenções biomédicas por ela consideradas agressivas (sobretudo eletrochoque, lobotomia e coma insulínico)² e pela defesa do uso de atividades expressivas (principalmente pintura e modelagem) como método de tratamento legítimo em saúde mental³. Principalmente com base no referencial da psicologia junguiana, ela sugeriu que as imagens revelam o inconsciente e que sua produção pode ter uma eficácia terapêutica, desde que desenvolvida em um ambiente de afeto e de convivência.

Atualmente, após a morte de Nise, seu nome é alvo das mais diversas evocações, tais como produções artísticas e culturais e políticas públicas. Evidencia-se um campo de construção da memória em torno de sua vida e obra, no qual se incluem, por um lado, seus antigos colaboradores, que conviveram com a mestra em seu tempo de vida. É o caso do Museu de Imagens do Inconsciente, que também funciona no Instituto Nise desde 1952; e da Casa das Palmeiras, uma unidade extra-hospitalar de atendimento a egressos de internações psiquiátricas fundada em 1956, e hoje situada em uma sobrado de Botafogo. Por outro lado, surgem também novas gerações de seguidores afetadas indiretamente pelo trabalho da médica, incluindo em seu escopo jovens pesquisadores, médicos, artistas, cineastas, etc (Magaldi, 2019).

Inserindo-se nesse segundo grupo, a partir da década de 2010, o HL foi um dos mais célebres e recentes espaços de repercussão dos ensinamentos de Nise. Para seus membros, ela não foi apenas uma referência teórica fundamental, mas um exemplo de vida e de luta pela humanização da psiquiatria, o que se justifica por aspectos de sua própria biografia heroica. Nise foi a única mulher formada em medicina em uma turma de 157 homens na década de 1920, na famosa Faculdade de Medicina da Bahia. Na década de 1930, já no Rio de Janeiro, foi presa e perseguida durante o Estado Novo, permanecendo anos em exílio no interior do país. Na década seguinte, voltou da clandestinidade e enfrentou os violentos métodos de tratamento vigentes no antigo Centro Psiquiátrico Nacional da zona

1 A história desse complexo hospitalar remonta ao ano de 1911, quando constituía a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro. A partir da década de 1940, com a superlotação do antigo Hospício Pedro II (também conhecido como Hospital Nacional de Alienados desde a instauração da Primeira República), então sediado na Praia Vermelha, a colônia do Engenho de Dentro passava a receber seus internos transferidos, vindo posteriormente a herdar seu próprio nome (Jorge, 1997).

2 O eletrochoque, mais conhecido como eletroconvulsoterapia, consiste no dispêndio de descargas elétricas na região das têmporas através do uso de pequenos eletrodos. A lobotomia ou leucotomia é uma neurocirurgia realizada a partir do desligamento de fibras cerebrais com a introdução de hastas metálicas. A insulínoterapia consiste na indução em coma hipoglicêmico do paciente psicótico por mediação da administração de grandes doses de insulina. Todos esses tratamentos surgiram por volta da década de 1930, anteriormente ao surgimento da psicofarmacologia, no início da década de 1950 (Melo, 2009).

3 Destaque-se que a relação entre arte e saúde mental atravessa a história da psiquiatria no Brasil e começou a ganhar forma já nas primeiras décadas do século XX, principalmente através das obras de alienistas como Ulysses Pernambucano e Osório Cesar, influenciados pelas leituras da psicanálise. Nise da Silveira destacou-se entre esses por sistematizar as atividades expressivas como método terapêutico (e não somente como objeto de estudo psicopatológico). Além disso, o trabalho de seus pacientes chamou a atenção do campo artístico carioca entre as décadas de 1940 e 1950, o que contribuiu para a repercussão de sua obra (Dionísio, 2012; Andriolo, 2003; Dias, 2003).

norte carioca, enxergando sua semelhança com as torturas presenciadas no cárcere (Mello, 2014).

A observação dessa associação entre a trajetória e os ensinamentos de Nise nos dias atuais justificou o interesse inicial da pesquisa pelo estudo dessa política pública específica. Ademais, essa temática, por seu entrecruzamento de temporalidades, pareceu oferecer um campo privilegiado para estudar as transformações das noções de indivíduo e pessoa no campo da saúde mental no Brasil, um dos temas centrais da antropologia da saúde produzida no país (Duarte, 2003).

Para além dessa filiação ao trabalho de Nise da Silveira, destaque-se que o HL se inseriu de maneira singular na história das relações entre arte e políticas públicas de saúde mental no Brasil. Foi principalmente a partir da década de 1980, concomitantemente ao surgimento da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, à descoberta da obra do interno psiquiátrico e artista plástico Arthur Bispo do Rosário⁴, e posteriormente ao trabalho original de Nise da Silveira, que se abriu caminho para a possibilidade dessa articulação em nível nacional. Isto se deu ao longo das décadas seguintes dentro dos chamados serviços substitutivos de atenção psicossocial, que foram surgindo por meio de portarias até a promulgação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei de Reforma Psiquiátrica. Esta instituiu o redirecionamento da assistência hospitalar, sobretudo através da diminuição progressiva dos leitos, da oferta de práticas voltadas à ressocialização e da garantia de direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico (Amarante, 1995; Tenório, 2002).

Promoveu-se, a partir de então, um tipo de encontro entre arte e psiquiatria que não se resumiu a uma discussão sobre a validade estética ou terapêutica, mas que serviu para superar os estigmas de periculosidade e incapacidade predominantes no imaginário moderno da loucura (Amarante; Nocam 2012; Reinheimer 2012). O fenômeno começou a se desenvolver mais fortemente na década de 2000, também por meio de editais públicos abertos ao fomento de manifestações culturais, grupos musicais, blocos carnavalescos e oficinas de ensino técnico e geração de renda em centros de atenção psicossocial (CAPs) (Bezerra Jr. 2007a). Diferentemente, a obra de Nise da Silveira e de outros médicos e intelectuais da primeira metade do século XX, interessados no estudo do inconsciente através da leitura de imagens produzidas de pacientes psiquiátricos, exaltava a importância em fazer uso da experiência criativa do enfermo na terapia. Nesse sentido, deslocava-se a ênfase psicanalítica da relação entre arte e saúde mental na direção do campo dos direitos humanos (Magaldi, 2016).

Ao resgatar e atualizar o referencial de Nise da Silveira (anterior à RP) em um novo contexto da gestão de saúde, o HL se diferenciou dos dispositivos anteriormente citados por levar adiante e priorizar a perspectiva clínica ou terapêutica. Os postulados teóricos nisianos originais, de que as imagens revelam o inconsciente e que seu fazer promove a cura psíquica, foram ali recriados em um contexto de cuidado de saúde comunitário, focado no teatro. Outra diferença: o projeto foi desenvolvido no formato de uma ocupação, dentro de um complexo hospitalar, e não em um serviço substitutivo como um CAPs, ficando sujeito à convivência

4 Arthur Bispo do Rosário (1909-1989) foi um artista plástico brasileiro, interno na Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, Rio de Janeiro. Ficou conhecido a partir dos anos 1980 no circuito da arte contemporânea, em grande medida graças à intermediação do crítico de arte Frederico Morais. Ver Burrowes (1999).

com instâncias e práticas manicomiais no interior da instituição⁵. Por esse motivo, como será visto, para os integrantes do projeto em questão, os avanços da RP foram insuficientes no que diz respeito à humanização da saúde mental.

Dentro desse quadro geral, o objetivo específico deste trabalho é discutir etnograficamente as tensões entre a proposta de trabalho do HL, baseada nos ensinamentos de Nise da Silveira, e uma série de práticas associadas pelos seus membros a um certo modelo biomédico hegemônico. Nos dias atuais, esse modelo, tal como foi aprendido com meus interlocutores, diz respeito a um só tempo a conceitos científicos, métodos de tratamento e a modos de gestão de políticas públicas. Assim, corresponde ao que Michel Foucault (1979) definiu como um *dispositivo*, isto é, composições heterogêneas que abrangem discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas. No caso em questão, o dito dispositivo concerne, sobretudo, a uma articulação entre a ciência (psiquiatria e psicofarmacologia) e as políticas públicas de saúde mental, nas quais vigoram concepções e práticas biomédicas, mesmo na coexistência de dispositivos “alternativos” de manejo do sofrimento psíquico.

Para estudar essa articulação, será suscitado material de trabalho de campo relativo à já citada pesquisa mais ampla, parte da qual foi realizada no HL, no interior do Instituto Nise. Na primeira parte do artigo, realiza-se uma incursão etnográfica sobre o surgimento do HL. Na segunda, são apresentados aspectos da trajetória e da formação de seu coordenador. Na terceira e na quarta, expõem-se as controvérsias relativas à convivência entre o método nisiano, aplicado pelo HL, e a prescrição de tratamentos biomédicos, principalmente psicofármacos. Por fim, aponta-se para a permanência de uma assimetria de legitimidade entre tais mecanismos.

O Galileu da Medicina

Em uma tarde de terça-feira de setembro de 2014, mais ou menos cem pessoas se agrupavam em torno de um gramado, situado logo atrás do edifício da enfermaria do Instituto Nise. Suas paredes cinzentas e desbotadas eram atravessadas por janelas comprimidas, que pareciam se desdobrar infinitamente para um interior sem fundo. Não obstante, em nada combinavam com os corpos humanos que ali circulavam. Estes, com suas fantasias coloridas, misturavam-se para lá e para cá em ritmo de alegria, se saudando ao som de uma banda de sopros e metais. No centro da arena, em um pequeno elevado, um médico-ator, que coordenava o acontecimento, segurava um microfone, entoando discursos. Atores e pacientes-atores ouviam suas palavras ao redor em clima de animação. Tratava-se do *Ocupa Nise*, evento anual que congregava artistas e militantes antimanicomiais em um grande encontro nas dependências do Hotel da Loucura.

Naquele dia, uma encenação teatral ocupou o centro das atenções. Abriu-se uma pequena roda em cujo centro um homem, vestido com roupas de presidiário em tons de laranja, narrava a um pequeno público a história da médica cujo nome intitulava o hospital – Nise da Silveira. “Entre 158 alunos, era a única mulher”, di-

5 O CAPs Clarice Lispector, que funciona no mesmo quarteirão do Instituto Nise, tem uma atuação independente do Hotel da Loucura e de outras instâncias do complexo hospitalar, embora alguns usuários da rede de saúde mental os frequentem de maneira compartilhada.

Felipe Magaldi

zia, em referência à sua formação na Faculdade de Medicina da Bahia, nos anos 1920. “Ela veio pro Rio de Janeiro. Um médico muito bom chegou para ela e disse: vou mostrar a nova técnica maravilhosa que vai curar nossos problemas mentais. O médico pegou um doente”. Nesse momento, o ator puxou pela camisa outro ator que se encontrava na plateia circundante, de forma brusca. O “médico” pediu para seu “paciente” deitar no chão. “Vou mostrar para vocês, olha que maravilha, o melhor tratamento que tem! Se chama eletrochoque!”, gritou efusivamente. E, com violência, colocou as mãos no ator, que tremia descontrolado no chão. Tambores ao redor soaram, nervosos. Sopros de fúria perpassaram a banda de metais. “Não tá bom, não? Vou de novo!”, e encenou insaciavelmente a violenta aplicação do choque. “Está mais calminho? Não! Precisa de mais! Mais!!!”

Em seguida, o ator-médico dirigiu-se a uma mulher, que entrava no círculo. Era uma atriz no papel de Nise da Silveira. “Você vai apertar o botão ou não vai?”, perguntava o “médico” à moça. “NÃO!”, respondia com força. “Vai apertar ou não vai?”, perguntava de novo, mais alto, sem desistir. E a atriz gritava ainda mais forte e resistente: “NÃO!!! NÃO!!!! NÃO!!!”, e todo o público fazia coro à sua negação. “NÃO! NÃO! NÃO! Em todas as paredes do hospital, ecoou o não!”

A peça encerrou-se ao som de palmas. O médico-ator então se levantou do chão e explicou o caso à plateia. Seu nome era Vitor Pordeus. Disse:

Doutora Nise, em 1944, chegou nesse hospício. Em algum ponto aconteceu essa cena, entre 1944 e 1946. Ela recusa apertar o botão do choque elétrico. A quantos de nós não é oferecido o botão para apertar o choque elétrico, todos os dias? Acusando o outro, negando o outro, não aceitando o outro. Não aceitar o outro é não aceitar a sua diferença!”

Essa cena⁶, que ocorreu em uma das minhas primeiras incursões de campo ao HL, e que foi inspirada em uma entrevista concedida pela médica a Ferreira Gullar (1996), logo revelou a importância de Nise da Silveira para os integrantes daquele projeto. A partir daí, uma oposição entre seus ensinamentos e as práticas biomédicas consideradas agressivas e ineficazes já se fazia evidente. A negação do botão do choque elétrico se condensava em um tipo de denúncia, que se expressava através de uma gramática de violência. Como sugere Das (2007), a definição de violência não pertence apenas à ordem do acidental, na forma de um evento extraordinário, mas àquela do descenso ao cotidiano, referente aos arranjos variáveis das relações sociais.

Por sua vez, essa gramática da violência, referindo-se ao dia a dia de trabalho de Nise da Silveira em meados do século XX, era atualizada nos dias atuais na condição de memória coletiva (Halbwachs, 1990), estabelecendo contundentes continuidades entre diferentes épocas, de maneira compartilhada. Os eventos em questão não haviam sido vividos em carne própria, mas eram transferidos e lidos como significativos pela geração atual (Pollak, 1989). Mas como essa atualização era realizada? Como o passado da psiquiatria, com sua história de eletrochoques e confinamentos, se desdobrava no contexto atual, incluindo as transformações

6 Esta cena também é descrita na tese (Magaldi, 2018) e em outro artigo (Magaldi, 2019), e é evocada aqui novamente com vistas à introdução do leitor no campo e nos objetivos específicos deste trabalho, distinto dos anteriores.

Felipe Magaldi

do tratamento psiquiátrico e, ao mesmo tempo, a reforma psiquiátrica no Brasil? Foi a partir desta questão que iniciei o estudo.

Durante um dos meus primeiros dias de pesquisa, o coordenador do coletivo, por ocasião da exibição de um filme realizado no salão, sugeriu que o hino do HL, composto pelo músico Edu Viola, fosse cantado por todos. Uma boneca com a figura de Nise da Silveira, com cerca de três metros de altura, foi levada para o centro. Explicou: “Nise da Silveira é o Galileu da medicina. O problema é que ela veio de longe, daqui, do Engenho de Dentro”. Com esta afirmação, ele chamava a atenção para o baixo prestígio de Nise da Silveira no campo da psiquiatria, no qual seu trabalho ainda é pouco conhecido. Porém, ali dentro, ocorria uma inversão dessa hierarquia. Todo mundo se levantava e, em um clima festivo, cantava estas palavras, cuja melodia lembrava uma marcha de carnaval: “Viva Nise da Silveira! Entre nessa brincadeira! Entre nessa brincadeira!”.

Naquela ocasião, antes de deixar a ocupação, ainda pude encontrar nas paredes do edifício uma pintura espetacular de Nise. A devoção à imagem da psiquiatra, através de suas alegorias, chamava a atenção diante dos olhos dos visitantes. Vibrante, o lugar diferia radicalmente do tom mais solene do hospital, convidando a todos para sua congregação.

“Não vamos ser hipócritas. Não somos contra a medicação. Nós apenas pensamos que ela é insuficiente. Às vezes é necessário medicar, mas a coisa mais importante é o afeto, a coexistência”, explicava-me um de seus personagens, monitor da oficina musical, invertendo a hierarquia corrente. Anunciava-se, desde então, que a referência aos ensinamentos da médica se reproduzia em um outro contexto, não mais relativo aos choques elétricos do pretérito das instituições manicomiais, mas principalmente à *medicação*, isto é, à prescrição de psicofármacos no serviço público de saúde mental.

Como se sabe, o surgimento da psicofarmacologia remonta justamente ao ano de 1952 (Healy, 2002), pouco depois do início do trabalho de Nise da Silveira com atividades expressivas na Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação daquele complexo hospitalar. Na psiquiatria, tratamentos como a eletroconvulsoterapia, embora permanecendo vigentes, foram aos poucos sendo contrabalançados pela prescrição de medicamentos psicotrópicos, concorrendo e se acoplando também com a crescente difusão de terapias psicológicas.

Contudo, a partir da década de 1980, destacou-se a ascensão de uma segunda onda naturalista ou segunda psiquiatria biológica, em uma nova roupagem do fisicalismo oitocentista (Meloni, 2011). Ocorreu, então, uma transformação do DSM – o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – que, em sua terceira versão (1982), passou a apresentar uma nosografia pretensamente ateorica, mas que revelou, ao fim e ao cabo, uma leitura fisicalista, atrelada ao imperativo de uma administração farmacológica eficiente (Russo; Venancio, 2006). As interpretações da psicanálise e da fenomenologia não desapareceram, mas passaram a ficar em um plano desprestigiado diante das ciências naturais (Bezerra Jr., 2007b).

É nesse contexto de biologização dos saberes, que também se faz presente no atual serviço público de saúde brasileiro – mesmo aquele comprometido com

práticas reformistas –, que as atividades do HL e os ensinamentos de Nise se desenrolam nos dias de hoje. Trata-se de uma configuração em que a biomedicina passa a incluir em seu escopo de intervenção uma série de “problemas” e “desvios”, anteriormente desconsiderados de sua égide (Conrad, 1992), sobretudo através da perspectiva biomolecular, que se estende tanto sobre procedimentos clássicos da medicina clínica quanto sobre as modalidades terapêuticas ditas “alternativas” (Clarke *et al.*, 2010). Estas, por sua vez, frequentemente precisam buscar respaldo para sua legitimidade, em termos de propriedades funcionais e codificações genéticas (Rose, 2013).

De acordo com Perrusi (2010), a reforma psiquiátrica brasileira é plenamente integrada nessa configuração por meio da disseminação dos psicofármacos, o que pode ser corroborado pelo aumento vertiginoso nos gastos de recursos federais destinados ao pagamento de medicações antipsicóticas atípicas a partir da década de 2000, valores excessivamente altos, se aproximando do custeio federal para toda a rede CAPS. Nesse sentido, a clientela psiquiátrica não precisa mais ser identificada como reclusa no asilo, produzindo internações intermitentes (com duração limitada) e possibilitando a boa parte dos pacientes o uso de serviços extra-hospitalares. Assim, ao mesmo tempo que o uso de psicotrópicos na reorganização dos serviços assistenciais produziu um processo de diferenciação desse público, continuam surgindo controvérsias, como exposto a seguir.

O verdadeiro herdeiro de Nise

A construção do Hotel da Loucura no Instituto Nise está ligada à trajetória de seu idealizador. O carioca Vitor Pordeus (1980-) é graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, com especialização em imunologia. Residiu no Instituto Weizmann e na Universidade de Tel Aviv, em Israel. Na sequência, deu início ao doutorado em Saúde Pública na Universidade de São Paulo. Após questionar os parâmetros acadêmicos do curso, deixou-o, concentrando suas atividades no campo da arte, especialmente a partir de 2006, quando entrou para o grupo de teatro de rua Tá Na Rua, coordenado por Amir Haddad. No entanto, Pordeus não abandonou seu interesse na produção de conhecimento e na prática médica. Em 2008, enquanto trabalhava na divisão de pesquisa do Hospital Pró-Cardíaco, uma instituição privada no Rio de Janeiro, seu chefe, Hans Dohmann, foi indicado para ser secretário de saúde da cidade. Graças a esse contato, o médico-ator foi convidado para coordenar o Centro de Cultura, Ciência e Saúde, assumindo a posição no ano seguinte.

Naquela época, Pordeus ainda não conhecia Nise da Silveira nem o hospital psiquiátrico do Engenho de Dentro. Encorajado por seus colegas de trabalho, ele começou a fazer suas primeiras visitas à instituição, que abriga também o Museu de Imagens do Inconsciente, fundado diretamente pela própria psiquiatra. A reação foi chocante. Como disse em uma entrevista: “Eu entrei e senti-me profundamente apaixonado, porque é realmente uma revolução que fez Dra. Nise, que foi explorar o mundo interno dos chamados esquizofrênicos (...) Dra. Nise é a melhor mulher da história do Brasil” (Pordeus, 2014).

A partir de então, com base no referencial nisiano – que preconiza o caráter terapêutico de atividades expressivas, desde que realizadas em um ambiente de afeto e convivência (Silveira, 1981; 1992) –, Pordeus começou a desenvolver seu trabalho. Em julho de 2012, o HL começou a ganhar forma dentro do complexo psiquiátrico do Engenho de Dentro. Nas enfermarias, foram instalados seis coletivos artísticos, que se tornaram os primeiros “residentes” do Hotel. Além disso, camas beliche foram disponibilizadas para a recepção de visitantes, no mesmo edifício das enfermarias. A estrutura também contava com cozinha, biblioteca e *hall* de entrada, principal ponto de encontro do coletivo. Assim, o projeto consolidou assim sua espacialidade, permitindo o trânsito entre artistas, visitantes e pacientes internos e externos dentro do hospital.

Durante esse período, participei de oficinas expressivas, junto a pacientes psiquiátricos, agentes culturais de saúde, atores, terapeutas, estudantes de medicina, psicólogos e artistas visuais, além de voluntários e interessados em geral. As oficinas se desenvolviam no *Chalé*, uma espécie de arena a céu aberto, situada em um terreno elevado no coração do complexo hospitalar. O lugar, que podia ser alcançado por um pequeno caminho entre o solo da terra e as pedras, lembrava mais um parque em cujo centro havia uma ágora teatral em miniatura. Era nesse mesmo espaço que os pacientes de Nise – que ela preferia chamar clientes, para designar que eles têm sempre razão – encontravam ar fresco para pintar, décadas antes.

Em suas bordas sinuosas, havia fantasias espalhadas pelo chão: chapéus, vestidos, flores, pingentes e chapéus coloridos, esperando para serem usados pelos atores. Entrando e saindo do local, Pordeus coordenava a música, que variava de balé clássico a funk carioca. Os recém-chegados só precisavam pegar algum adereço e se engajar no movimento com outras pessoas. Tratava-se, basicamente, de exercícios dramáticos, com movimentos espontâneos, com inspiração no que preconizava Nise da Silveira a propósito das práticas de pintura e modelagem. Não se tratava de uma escola de arte, mas de um ambiente de livre expressão, onde os conflitos do “mundo interno” poderiam ser plasmados no “mundo externo”, ensejando alívio. Embora práticas teatrais tenham estado presentes na obra de Nise, em seu trabalho havia maior repercussão das atividades de expressão plástica enquanto atividades terapêuticas (Silveira, 1992), de modo que Pordeus propunha uma releitura criativa.

Ao mesmo tempo, a repercussão do trabalho do médico-ator foi tão grande que, ao longo da pesquisa, ouvi repetidas vezes os que participavam de suas atividades descrevendo-o como o “verdadeiro herdeiro de Nise”, por realizar suas propostas com grande fervor. Embora, como demonstrado em outro trabalho (Magaldi, 2019), ele fosse desconsiderado por parte de alguns nisianos estabelecidos – por não ter convivido diretamente com Nise, nem levar as ortodoxias de seu método às últimas consequências –, nesse contexto ele era quase visto como a própria reencarnação da psiquiatra em um corpo jovem, masculino e animado. “Ele é Nise”, diziam meus companheiros, fascinados por seu caráter.

Mas, se essa evocação existia, esta se dava em um contexto diferente daquele que levava a médica a negar o botão do eletrochoque, em meados da década de

Felipe Magaldi

1940. Quando Nise começou a trabalhar no Engenho de Dentro, a população de internos era aproximadamente 2000. Nos dias de hoje, vive no hospital um número rotatório de aproximadamente 100 pessoas, muitas em internação provisória, que convivem com uma maioria de pacientes externos à instituição, que vivem por conta própria ou com familiares, e que frequentam simultaneamente outras instâncias de assistência.

Essa mudança se deu por conta dos logros da já referida reforma psiquiátrica brasileira e a subsequente criação de serviços substitutivos. A diminuição do número de leitos daquele complexo, no entanto, não garantia que o trabalho do coletivo fosse feito sem conflitos, ou que instâncias manicomial não estivessem presentes naquela que, afinal, ainda era uma instituição hospitalar. Volta-se, aqui, ao tema da larga difusão dos psicofármacos no sistema de saúde pública, e de sua articulação a tais instâncias.

Medicamento: um mal necessário?

Alguns problemas relativos à hegemonia das concepções biomédicas, bem como à burocracia hospitalar, foram percebidos durante o trabalho de campo. Mesmo antes de começar a participar diretamente das oficinas do Hotel da Loucura, foi possível perceber sua resistência às ferramentas tradicionais da psiquiatria. Bastou caminhar pelos corredores coloridos da sala principal da ocupação, no segundo andar da antiga enfermaria. Em uma de minhas primeiras visitas, encontrei um *Recibo de Controle Especial*, um tipo de filipeta depositada em uma mesa no saguão de entrada. O “documento” era impresso no modelo de uma prescrição médica distribuída pelo sistema público de saúde, indicando a identificação do emissor (farmácia) e do receptor (paciente). O conteúdo da prescrição, no entanto, não era preenchido por nenhuma substância química. Pelo contrário, havia poemas de Bertold Brecht, Fernando Pessoa e excertos de escritos de Clarice Lispector. “*Das vantagens de ser tolo*”, assinado por este último, dizia o recibo que retirei aleatoriamente. Uma certa diferença entre a cura através de medicamentos e a cura pela arte (no caso, representada pela poesia) começava a ganhar evidência ali.

Mas, na verdade, os medicamentos coexistiam com a arte, embora nem sempre sem controvérsias. Era principalmente no final das oficinas, quando a agitação dava lugar a uma rodada de discussões, que o problema do *uso* e da *eficácia* do tratamento farmacológico (Van der Geest *et al.*, 1996)⁷, envolvendo suas redes mais estreitas de relações, se tornava mais evidente. Havia muita apreensão, especialmente da parte dos trabalhadores de saúde, sobre a hiperdosagem de medicamentos (sobretudo antipsicóticos) que afetava alguns dos participantes, enfraquecendo sua própria capacidade de engajamento e criatividade.

Essa agonia era revelada principalmente em relação aos internos do hospital. Uma agente de saúde era costumeiramente enfática ao criticar o funcionamento dos chamados *módulos de atenção provisórios*, que abrigam os moradores de longa data da instituição, no modelo de residência terapêutica, sob a gestão de outros médicos e enfermeiros do complexo, que não participavam diretamente do HL. Segundo ela, estes se tornaram os novos hospícios: “Eles estão trancados, toman-

7 Menciona-se aqui as últimas fases da vida social dos medicamentos (Van der Geest *et al.*, 1996), que, por conta do recorte empírico, serão tratadas com mais atenção, envolvendo os pacientes e suas redes mais estreitas de relações. As primeiras fases incluem a produção/testagem laboratorial, marketing e distribuição, as quais escapam ao escopo deste trabalho.

Felipe Magaldi

do altas doses das pílulas. Quando queremos levá-los para as oficinas, eles simplesmente não esboçam nenhuma reação”, ela explicava. Assim, embora houvesse a afirmação de uma certa necessidade do medicamento, se a medicação fosse além de seus limites – como frequentemente parecia ser o caso, segundo a percepção daqueles próprios agentes – a atividade da oficina, que exigia volição e movimento, seria simplesmente impossível. “Eles ficavam dopados”, dizia.

Esse tipo de opinião não era exclusiva dos agentes de saúde que organizavam o projeto, sendo também evidente por parte de um público externo ao HL, que vinha participar regularmente de suas atividades no mesmo período da pesquisa. Aproximei-me de um jovem estudante de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e de uma terapeuta com formação em jornalismo e arteterapia, que trabalhou durante vários anos com consultas privadas focadas em constelações familiares. Desde que os conheci, devido ao nosso interesse comum no projeto, eles criticavam o que consideravam uma medicina hegemônica, cuja descrição eu tentava apreender como antropólogo desprovido de qualquer formação em áreas do campo *psi*, ou mesmo de experiência pessoal com tratamento psicofarmacológico.

Encontro a nota de uma das nossas primeiras conversas, depois de um dos ensaios do teatro. Eles lamentavam o fato de que o trabalho do HL permaneceria sempre dentro do escopo da *contracultura*. O estudante de medicina explicava que não podia equiparar o pequeno alcance do projeto com o gigantesco da farmacologia, que ele tinha que estudar na faculdade. A medicina lhe parecia desumana, uma vez que, no hospital universitário, ao contrário do Hotel, ele era impelido a fazer uma anamnese de pacientes a cada hora, extraíndo todas as suas tragédias e depois indo para a próxima. Não era o único a pensar assim. Nossa colega, que trabalhava com terapias alternativas, complementava, dizendo que a medicina se especializava cada vez mais. Ela explicava como havia a primazia das partes: haverá um médico da mão, e o foco será em sua doença, não em saúde. Os demais aspectos do todo, da pessoa, são desconsiderados, incluindo toda a humanidade. É verdade que nenhum deles acreditava que os medicamentos não deveriam ser aplicados de forma alguma. O que estava em jogo, ao contrário, era a percepção de que essas substâncias eram envolvidas de alguma forma em práticas espúrias, desumanas, abusivas. E, especificamente na prática médica, havia a percepção de que elas eram predominantes diariamente.

Durante todo o trabalho de campo, pude falar sobre o assunto com muitas outras pessoas. Um dia, no final da oficina, um jovem artista que participava dos coletivos artísticos residentes me mostrou o que havia gravado com seu celular dentro do hospital. O título do vídeo era “Fumaça do Inconsciente” e mostrava um paciente reclamando com outro, que não queria lhe dar um cigarro. Na verdade, para todos nós que frequentávamos o hospital, era impressionante como o tabagismo era uma prática deliberada entre pacientes internos e externos. Eu perguntei a ele: o cigarro não seria uma espécie de droga? Um agente de saúde, que participava da conversa, ponderava: “eles não têm nada para fazer o dia todo, então fumam cigarros”. O artista respondeu criticamente: “É muito ruim que nós demos cigarros para eles. Eles ficam por aí, pegando guimbas, como zumbis...”.

Eu mesmo, no calor da conversa, fiquei com uma opinião intermediária: dar é ruim, não dar é pior... e se o paciente entrar em surto? Foi quando o agente de saúde concluiu enfaticamente, permitindo tanto o cigarro quanto a droga: “É porque você nunca viu ninguém em surto. Antonia não explode, fica irritada. Nestes tempos, temos que ter medicação. Há momentos em que não há outro caminho”.

Alguns pacientes demonstravam de várias maneiras suas próprias concepções sobre os procedimentos terapêuticos biomédicos. Lembro-me de dois casos em particular, por ter tido um contato mais contínuo e intenso com eles, mas também, e acima de tudo, pela tensão entre seus pontos de vista. Antonia⁸ tinha cerca de 40 anos e frequentava as oficinas da política pública. Órfã de pai e mãe, ela tinha sua própria casa na zona oeste da cidade e era conhecida por seu empreendedorismo como vendedora de empadas. Para um olhar normativo, seria possível dizer que, para uma louca, ela parecia bastante lúcida. Uma vez, até uma paciente me disse que “Antonia é diferente das outras, ela é extrovertida e independente”. Isso não significa, no entanto, que ela fosse sempre amigável. Diversamente, era comum vê-la em atrito, seja com os agentes de saúde ou com outros atores. Entre os muitos traços de seu caráter notável, o fato de sua negação em relação ao uso de medicamentos chamava a atenção. Entusiasmada, ela me dizia: “Eu não tomo remédio! Tomar remédio para quê? Para ficar retardada? Eu não”.

Sua perspectiva contrastava com a de Adriano. O simpático ator, que também era poeta, ativista antimanicomial e morador do bairro boêmio da Lapa, participava das mesmas atividades que Antonia. Um pouco mais velho, ele se interessava por meu trabalho de uma maneira genuína. “Você estuda antropologia? Que interessante. Me pesquisa! Eu vivi nos anos 80, mas o rock foi muito pesado para mim”, explicava em nosso primeiro contato. Logo descobri que Adriano não era um frequentador exclusivo das oficinas do HL. Por conta própria, ele também frequentava um psiquiatra, que regularmente o tratava com medicamentos. Uma vez, por ocasião de uma crise de Antonia, Adriano me explicou: “Ela é assim porque não toma remédio, eu tomo o remédio direto, faço terapia... Vitor [Pordeus] não é contra os remédios”.

De fato, a recusa radical de Antônia era uma exceção, e não era aprovada por nenhum membro do coletivo, incluindo seu coordenador. Por outro lado, o médico-ator, tanto nas oficinas como em diferentes entrevistas, era frequentemente cobrado quanto à sua posição em relação ao uso de medicamentos psiquiátricos. E sua resposta era sempre enfática: o medicamento deveria ser usado em doses controladas, constituindo mais uma resposta a emergências (isto é, a crises) do que o tratamento substancial do transtorno mental. Além disso, como afirmado em alguns de seus trabalhos acadêmicos (Pordeus, 2017), a indústria farmacêutica gera milhões de dólares criando métodos fracassados, e drogar os pacientes pode ser uma forma de controle social. Denunciava, assim, uma aliança entre a psicofarmacologia e o que chamava de *Big Pharma* à distribuição de medicamentos descontrolada no serviço público de saúde.

“A cura para a loucura é o teatro”, ele sempre dizia. O que isso implicava era a percepção generalizada de que o medicamento era um mal necessário, mas

8 Os nomes dos pacientes são fictícios, conforme acordado com a instituição. Esta investigação foi registrada no Cetape – o Centro de Estudos e Treinamento Paulo Elejalde do IMNS – depois de cadastrada na Plataforma Brasil e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro. O projeto intitula-se *Nise da Silveira e a genealogia de uma psiquiatria rebelde no Brasil*, com número de cadastro CAAE 54861416.7.0000.5582.

estava longe de ser capaz de realmente curar transtornos mentais, constituindo, no máximo, uma ferramenta de controle dos sintomas.

Essa perspectiva ecoava as próprias opiniões de Nise da Silveira sobre o tema, que foi desenvolvendo concomitantemente ao seu trabalho no Engenho de Dentro, posteriormente à crítica do eletrochoque e outras técnicas. Como chegou a afirmar acerca do que chamava de *camisas de força químicas*: “O tratamento por meio de substâncias químicas controla os sintomas, mas não os cura (...). A verdadeira terapia consistiria em facilitar a cura, fornecendo ao indivíduo uma atmosfera de apoio emocional” (Silveira, 1992, p. 13).

Segundo Pordeus, o que era realmente necessário era uma nova perspectiva biológica, capaz de demonstrar que os transtornos mentais poderiam ser curados por práticas coletivas, como atividades artísticas. E não apenas de maneira subsidiária. Pois, como me explicou, através da arte e das relações propostas nos exercícios de expressão, seria possível restituir a comunicação dos sujeitos em sofrimento psíquico (os ditos “loucos”), bem como a integração de suas faculdades afetivas e intelectivas (fraturadas na dita “loucura”), levando-os na direção da cura e na possibilidade de desenvolver projetos individuais e vida social.

Cura controversa

Não obstante, pode-se dizer que essa concepção de eficácia terapêutica, defendida por Pordeus com base em Nise, e compartilhada pelos membros do Hotel da Loucura, permanecia em uma condição de anteparo à perspectiva biomédica estabelecida. Um exemplo notável disso ocorreu durante a exibição do Teatro de DyoNises, no canal televisivo BBC em Londres, o mais importante dos coletivos artísticos a integrar o projeto. O Teatro de DyoNises estava então trabalhando em uma versão da peça de Hamlet, de Shakespeare, a ser realizada fora do complexo psiquiátrico, perto da praia do Arpoador, em Ipanema. Era uma das poucas atividades do coletivo a contar com um roteiro. A chegada da equipe de jornalistas foi recebida com grande entusiasmo por todos, parecendo lhes dar o devido reconhecimento diante das dificuldades cotidianas. Colocando suas câmeras em uma bonita tarde de sol em frente à praia carioca, os profissionais procuraram captar as atividades do grupo, que naquele dia tentou manter o *script* da peça de uma forma mais rigorosa, enquanto continuava a manter os seus hinos habituais e movimentos espontâneos. Isto se deu, provavelmente, no sentido de justificar a credibilidade do trabalho diante das câmeras. Ora, o problema da justificação foi justamente o conteúdo da reportagem.

“De Stratford para o Rio: usando Shakespeare para tratar a doença mental” era o título da reportagem, assinada por Ben Tavener (2015), na seção BBC Health Check. “Explorar sentimentos através de diferentes papéis teatrais é reconhecido como benéfico para pessoas com problemas de saúde mental. E essa teoria levou um médico a trazer Shakespeare para o Rio de Janeiro” é o conteúdo que sucede a manchete. No texto, acompanhado por um vídeo, o jornalista descreve as atividades daqueles artistas que não eram parte de uma companhia de teatro convencional, sendo a maioria pacientes do Instituto Municipal Nise da Silveira:

“muitos têm diagnósticos de esquizofrenia grave e psicose crônica”.

O texto, em seguida, apresenta o ator e ativista Vitor Pordeus, também médico daqueles pacientes. “Ele acredita que as rotinas de teatro e cantos rituais tratam os problemas de saúde mental melhor do que os medicamentos convencionais”. Acrescenta ainda a perspectiva dos próprios pacientes: “agora posso me expressar”, diz a atriz que fazia o Rei Cláudio. A reportagem também inclui mais amplamente o tema do teatro como uma prática terapêutica em saúde mental no contexto internacional. “O teatro é a cura, pois permite aprofundar a história de uma pessoa”, diz a dramaterapeuta Nadya Trytan, presidente da Associação da América do Norte de Drama Terapia (NADTA).

No entanto, a matéria não termina aí. Também inclui um item intitulado “Cura controversa”. Nesta parte, o autor da reportagem tenta ponderar as considerações reais sobre a eficácia do método de tratamento preconizado pelo teatro. Neste sentido, embora a perspectiva positiva fosse ecoada pela totalidade dos membros do coletivo, nem sempre era o caso com outros profissionais da área médica. Por exemplo, Nadya Trytan, ao contrário do que acontece na atividade coordenada por Vitor Pordeus, afirma que o papel do médico e do terapeuta de teatro devem ser claramente distintos, na medida em que o primeiro é o único responsável pela prescrição de medicamentos e pelo aconselhamento no progresso físico. Na sequência, a reportagem menciona o fato de que os profissionais do próprio hospital – como os responsáveis pelos *módulos de atenção provisórios* – seriam contra a prática de Pordeus, como ele mesmo admitiria. “Diz-se que sua técnica é excessivamente estimulante para os pacientes; outros dizem que seu desempenho borra e rompe limites claros médico-paciente”.

Finalmente, o médico psiquiatra Leonardo Palmeira, que além de ser um autor brasileiro bem conhecido de livros sobre a esquizofrenia, tem uma clínica especializada no Rio de Janeiro, é convidado para ser entrevistado na mesma reportagem. Ele não descarta o trabalho de Pordeus, mas pede cautela. Com suas palavras, a história termina:

Temos de ser razoáveis em nossa avaliação de tratamentos disponíveis. Nenhuma ferramenta é provada para curar a saúde mental. Os melhores resultados vêm de uma combinação adequada de terapias – e teatro e as artes são uma parte complementar de um amplo espectro de terapias. Devemos lembrar que o teatro pode não ser para todos.

Do ponto de vista desta pesquisa, fica a pergunta: a reportagem teria uma “ponderação final” similar, se fosse um psiquiatra biológico tratando seus pacientes com medicamentos convencionais? Será que as pílulas pareceriam apenas “complementares”, da mesma forma que a arte pode ser vista?

Considerações finais

Ao apresentar os resultados de uma etnografia realizada junto ao HL, este trabalho buscou demonstrar como essa política pública de saúde mental enfrentou

uma série de dificuldades de consolidação, mesmo diante das conquistas daqueles que lutaram pelo desmantelamento dos antigos asilos e pelo fim das práticas psiquiátricas violentas. Nos termos dos interlocutores, essas dificuldades foram definidas principalmente pela alta dosagem de psicofármacos prescrita no hospital e pela permanência de internações institucionais, descritas em uma gramática de violência. Também se destacaram as dúvidas geradas pelos especialistas biomédicos em relação à eficácia de modelos de tratamento focados primordialmente em atividades expressivas. Como o médico Leonardo Palmeira afirmou, o teatro pode não ser para todos; pode ser apenas complementar. Vê-se, assim, como modelos de trabalho em saúde mental que têm críticas explícitas às práticas biomédicas permanecem sujeitos à dúvida quanto a seu funcionamento e eficácia. Isto se dá, sobretudo, no contexto em que os psicofármacos despontam como dispositivo predominante de tratamento dentro do próprio sistema público de saúde.

Autores como Philippe Pignarre (2001) buscaram entender a emergência dos medicamentos na segunda metade do século XX, sem se conformar com o tom condenatório presente nas críticas de orientação psicanalítica. O autor destaca que as tradições que se autoproclamam “humanistas” tendem a descartar a psicofarmacologia (e, de modo geral, a medicina alopática) enquanto prática destinada a reduzir o sujeito à sua doença, frequentemente a partir da denúncia da brutalidade subjacente a seu uso e da afirmação da impossibilidade de medir o sofrimento psíquico. Mais do que condenar tal processo, o autor propõe que a perspectiva do paciente deva levar a palavra final sobre a o laboratório e a indústria, a partir da conformação de associações e *expertises* que produzam saberes sobre o conteúdo e os usos dessas substâncias.

Em uma primeira leitura, a crítica de Pignarre à leitura antifarmacológica dos “humanistas” certamente poderia se aplicar aos membros da HL, que enfatizam o problema da redução do sujeito e do simples manejo do sintoma em detrimento da cura através do psicofármaco. Entretanto, deve-se levar em consideração sua inscrição em um sistema de saúde pública precário, que se reformou, no caso brasileiro, de maneira inconclusiva, estando portanto ainda articulado a instâncias manicomial (como os *módulos de atenção provisórios* aqui citados) e suas resistências diárias.

A produção de tais saberes e *expertises* também é descrita por Nikolas Rose (2013), que aponta para a possibilidade de novas sociabilidades em termos biológicos e, por consequência, de alterações das hierarquias biomédicas a partir do último quartel do século XX. Porém, essa inédita configuração do biopoder encontra um território infértil de reprodução no campo aqui investigado. A dimensão da violação médica permanece, sim, como uma possibilidade explícita ou latente para as partes envolvidas. Isto se verificou aqui também através da hiperdosagem de fármacos que impede a volição dos pacientes para as oficinas. Não se trata, portanto, de condenar de forma absoluta essas ferramentas, mas sim a forma pela qual elas podem ser agenciadas em um sistema englobante – um *dispositivo*, resgatando a noção foucaultiana que abriu este artigo (Foucault, 1979) –, sufocando práticas alternativas.

Felipe Magaldi

Nesse caso, entende-se por que a memória de Nise da Silveira – que lutou contra o eletrochoque e outras técnicas do sistema manicomial em meados do século passado – é atualizada através de uma continuidade (estabelecida pelos interlocutores) com uma nova configuração de poder que articula medicamentos e políticas públicas apenas parcialmente reformadas. Nesta mudança, tudo se passa como se as outrora camisas de força físicas de outrora fossem trocadas pelas químicas. Tratou-se, assim, de apontar para um conjunto de tensões entre as propostas do projeto e os saberes e práticas hegemônicos na psiquiatria biomédica. A coexistência dessas práticas não implica em uma convivência pacífica, mostrando, de outro modo, a permanência de uma relação assimétrica.

Por fim, diga-se que o HL deixou de existir em 2016, com a surpreendente exoneração de seu coordenador, que se encontrava em um curso de pós-graduação no Canadá, realizando pesquisa sobre arte e saúde mental na McGill University. Em seu cargo, entrou outro profissional da área de fotografia, que não possuía relação prévia com o projeto. O espaço permaneceu, mas mudou de nome, passando a se chamar Espaço Travessia. Apesar de manter o foco nas atividades artísticas, do ponto de vista dos defensores e colaboradores do HL, o ato foi mais uma tentativa de desmonte da parte do poder público, que mantinha o projeto que ganhava progressiva fama internacional em descrédito.

Recebido: 07/11/2019

Aprovado: 24/03/2020

123

Felipe Magaldi

Referências

- AMARANTE, Paulo Duarte. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo Duarte; NOCAM, Fernanda. *Saúde mental e arte*. São Paulo: Zagodoni, 2012.
- ANDRIOLO, Arley. A psicologia da arte no olhar de Osório Cesar: leituras e escritos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 23, n. 4, p. 74-81, 2003.
- BEZERRA JR., Benilton. Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de; NEVES, Santuza Cambraia (Org.). *Por que não?: rupturas e continuidades da contracultura*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007b.
- BEZERRA JR., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, p. 243-250, 2007a.
- BURROWES, Patricia. *O universo segundo Arthur Bispo do Rosário*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- CLARKE, Adele et al. *Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S.* Durham & London: Duke University Press, 2010.
- CONRAD, Peter. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, v. 18, p. 209-232, 1992.
- DAS, Veena. *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press, 2007.
- DIAS, Paula Barros. *Arte, loucura e ciência no Brasil: as origens do Museu de Imagens do Inconsciente*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- DIONISIO, Gustavo Henrique. *O antídoto do mal: crítica de arte e loucura na modernidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 173-184, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GULLAR, Ferreira. *Nise da Silveira: uma psiquiatra rebelde*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.
- HALBWACHS, Maurice. *A memória coletiva*. Rio de Janeiro: Vértice, 1990.
- HEALY, David. *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002.
- JORGE, Marco Aurelio Soares. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.
- MAGALDI, Felipe. *A unidade das coisas: Nise da Silveira e a genealogia de uma psiquiatria rebelde no Rio de Janeiro, Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018.
- MAGALDI, Felipe. Das memórias de Nise da Silveira no hospital psiquiátrico do Engenho de Dentro. *Mana*, v. 25, p. 635-665, 2019.
- MAGALDI, Felipe. Entre o Inconsciente e a Cidadania: arte e loucura na reforma psiquiátrica brasileira a partir de uma etnografia no Museu de Imagens do Inconsciente.

Felipe Magaldi

Ponto.Urbe (USP), v. 18, p. 2-17, 2016.

MELLO, Luiz Carlos. *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*. Rio de Janeiro: Automática Edições, 2014.

MELO, Walter. Nise da Silveira e o campo da saúde mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. *Mnemosine*, v. 5, p. 30-52, 2009.

MELONI, Maurizio. The cerebral subject at the junction of naturalism and antinaturalism. In: ORTEGA, Francisco; VIDAL, Fernando (Orgs.). *Neurocultures: glimpses into an expanding universe*. Frankfurt; Nova York: Peter Lang, 2011.

PERRUSI, Antonio. A lógica asilar acabou? Um estudo sobre as transformações na psiquiatria brasileira. In: FONTES, Breno; FONTE, Eliane Maria Monteiro (Orgs.). *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária - UFPE, 2010.

PIGNARRE, Philippe. *O que é o medicamento?: um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Editora 34, 2001.

POLLAK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 1989.

PORDEUS, Vitor. "Hotel da Loucura": entrevista concedida a Vicente Lou. *Leros*, abr. 2014. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/grimbow/036-040-vitor-pordeus>. Acesso em: 08 dez. 2019.

PORDEUS, Vitor. Can biology help us to understand psychopathology? *EC Psychology and Psychiatry*, 2.3, p. 93-105, 2017.

REINHEIMER, Patricia. Manifestações artísticas: práticas e representações sobre a saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. In: BUENO, Maria Lúcia (Org.). *Sociologia das Artes Visuais no Brasil*. v. 1. Rio de Janeiro: Senac, 2012. p. 233-252.

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

RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

SILVEIRA, Nise da. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SILVEIRA, Nise da. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.

TAVENER, Ben. From Stratford to Rio: using Shakespeare to treat mental illness. *BBC Health Check*, 12 abr. 2015. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/health-32241100?SThisFB>. Acesso em: 8 dez. 2019.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 9, p. 25-59, 2002.

VAN DER GEEST, Sjaak; WHITE, Susan Reynolds; HARDON, Anita. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, v. 25, p. 153-178, 1996.

Agenciamentos sociais e ações do Estado: Parada do Orgulho Louco no Brasil

Social agencies and State actions: Mad Pride Parade in Brazil

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5851>

Ana Paula Müller de Andrade • Universidade Estadual do Centro-Oeste, Campus Irati/PR – Brasil

Psicóloga, doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste, campus Irati - PR. Pesquisadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural.

ORCID: 0000-0002-1600-0801
anamullerdeandrade@gmail.com

Iniciativas socioculturais foram criadas durante o processo de reforma psiquiátrica no Brasil visando promover uma interlocução entre a sociedade e os sujeitos acometidos por algum tipo de experiência de sofrimento psíquico e de ambos com a loucura. Uma dessas iniciativas ocorre anualmente na cidade de Alegrete-RS e se intitula Parada Gaúcha do Orgulho Louco. A primeira edição do evento ocorreu em 2011 e nesse mesmo ano se tornou lei municipal. Já em 2015, tornou-se Lei Estadual, passando a compor o calendário oficial de eventos do Rio Grande do Sul. O objetivo deste trabalho é discutir os agenciamentos sociais e suas articulações com as ações do Estado bem como suas repercussões nas possibilidades de consolidação das transformações culturais em relação à loucura. Para tanto, apresenta-se a análise de dados advindos de materiais veiculados na internet de observação participante, entrevistas com interlocutoras chave e conversas informais feitas em duas edições do evento. As análises demonstram que a Parada Gaúcha do Orgulho Louco anuncia um conjunto de transformações colocadas em curso pela política pública de saúde mental e evidencia possibilidades de transformação das relações da sociedade e dos sujeitos acometidos por algum tipo de experiência de sofrimento psíquico com relação à loucura.

Loucura. Agenciamentos Sociais. Parada Gaúcha do Orgulho Louco.

Sociocultural initiatives were created during the psychiatric reform process in Brazil aiming to promote a dialogue between society and individuals affected by some kind of psychic suffering experience and both with madness. One of these initiatives occurs annually in the city of Alegrete-RS and it is called Gaúcha Mad Pride Parade. The first edition of the event occurred in 2011 and in the same year became a municipal law. In 2015 turned into a State Law, becoming part of the official calendar of events in Rio Grande do Sul. The aim of this paper is to discuss social agencies and their articulation with State actions, as well as their repercussions on the possibilities of consolidation in cultural transformations in relation to madness. To this end, it presents data review from Internet-based materials and participant observation, interviews with key interlocutors, and informal conversations made in two editions of the event. The analysis demonstrates that the Gaúcha Mad Pride Parade announce a set of transformations put into course by public mental health policy and shows possibilities of transformation in society's relation with individuals affected by some kind of experience of psychic suffering in regard to madness.

Madness. Social agencies. Gaúcha Mad Pride Parade.

Introdução

Iniciativas socioculturais foram criadas ao longo do processo de reforma psiquiátrica no Brasil com o intuito de promover a interlocução entre a sociedade e os sujeitos acometidos por algum tipo de experiência de sofrimento psíquico e de ambos com relação à loucura. As estratégias para o incremento dessa interlocução têm sido ampliadas, sobretudo em contextos de retrocessos de conquistas, muitas delas voltadas para o protagonismo e o respeito às singularidades dos sujeitos em suas experiências de sofrimento psíquico no tecido social.

O questionamento dos saberes e práticas psiquiátricos manicomialmente promovido por este amplo processo social incitou a revisão e a reformulação de conceitos tais como os de loucura, saúde e doença mental, dentre outros. Como sugeriu Alves (1999), a reforma psiquiátrica demandou o reconhecimento dos valores e crenças do público-alvo das ações em saúde mental bem como dos modos como cada grupo social atribui valores e constrói significados e práticas relativas à saúde e à enfermidade.

Estratégias que favorecessem novas possibilidades de interlocução da sociedade com a loucura, ou seja, que buscassem construir um outro lugar social para ela ganharem força em contextos socioculturais, históricos e políticos particulares. Em geral, estiveram alicerçadas na crítica aos saberes instituídos e no entendimento de que seria possível construir maneiras diferentes de enfrentamento do sofrimento pelos sujeitos, de convívio com a diferença e, quiçá, de superação de processos de estigmatização, historicamente constituídos.

Experiências artístico-culturais intermediadas por companhias de teatro, grupos musicais, blocos carnavalescos, programas radiofônicos, dentre outros, passaram a ocupar o processo da reforma psiquiátrica e a viabilizar, a partir de diferentes registros, outro lugar social para a loucura. Como apontam Amarante e Torre (2017, p. 766), “as experiências de arte-cultura no campo da Saúde Mental constituem hoje um universo de novas formas de relação com a loucura e com a diferença, que contribuem para a mudança do imaginário social sobre a loucura”.

Contudo, tal como discutido por Fonseca (2007), a reforma psiquiátrica brasileira é um processo heterogêneo se trata de um processo heterogêneo, de disputas por modelos assistenciais, marcado por relações de poder e interesses políticos e econômicos distintos. A construção de outras possibilidades de relação com a loucura e com a diferença é marcada por tais disputas e relações e, como alegam Amarante e Nunes (2018, p. 2073), “após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a RP [reforma psiquiátrica] passaram a ser alvo de mudanças radicais e de retrocessos importantes”.

Segundo Amarante (1996), a reforma psiquiátrica abrange quatro dimensões, a saber: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, que ora se entrelaçam, ora são conflitantes e/ou consensuais. De acordo com Yasui (2010), a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica apontada por Amarante (1996) deve ser pensada a partir de dispositivos e ações artísticas e culturais, mas também como um processo civilizador, designado por ele “como movimento que busca construir essa sociedade mestiça, marcada pelo diálogo,

pela convivência e por um profundo respeito às diferenças” (YASUI, 2010, p. 175).

Considerando o eixo sociocultural proposto por Amarante (1996) e Yasui (2010), depreende-se que a criação de serviços denominados pela política pública de saúde mental como comunitários e territoriais, tem no seu horizonte a produção de outro lugar social para a loucura. Tal denominação reflete uma concepção ampliada de saúde. A saúde, nessa perspectiva, seria produzida por diferentes atores sociais no âmbito de seus contextos de vida. A ideia de serviços comunitários e territoriais é uma aposta na capilaridade do Sistema Único de Saúde e um esforço na superação do modelo hospitalocêntrico e manicomial. Ou seja, a partir da aproximação dos sujeitos acometidos por algum tipo de sofrimento psíquico com os serviços citados, agora territorializados, bem como a possibilidade da livre circulação pelas cidades, haveria uma transformação recíproca nas relações entre seus habitantes.

Entretanto, tal como apresentado por Andrade e Maluf (2014 e 2015), o êxito desse trânsito e participação dos sujeitos pelas cidades ao longo dos processos de desinstitucionalização estão relacionados aos processos de abertura das portas dos serviços não apenas para que as pessoas tenham acesso à assistência psiquiátrica com um mínimo de liberdade, mas, sobretudo, pela oportunidade que delas possam sair. Este parece ser um dos desafios mais importantes dos processos de desinstitucionalização.

Os processos de abertura das portas, contudo, permitem contrastar as possibilidades de circulação desencadeadas pelo processo da reforma psiquiátrica com as impossibilidades do confinamento às quais são submetidos os sujeitos quando internados em instituições totais (Goffman, 2001). Entre elas, podemos citar os hospitais psiquiátricos, as comunidades supostamente terapêuticas, dentre outros serviços que tem o fechamento, o isolamento e a custódia como regramento.

A possibilidade de circulação pelas cidades parece ser uma das consequências desencadeadas pela reforma psiquiátrica, através de seus diferentes processos de desinstitucionalização. A invenção de outras sociabilidades possíveis se sustenta de diferentes maneiras e, como argumentam Alverga e Dimenstein (2005, p. 52), “diz respeito à construção de um novo lugar social para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença, ou seja, pensar a loucura como radicalização da diferença”.

A construção desse outro lugar social para a loucura implicou as cidades no processo de reforma psiquiátrica. Elas foram impactadas pelas transformações desencadeadas por este movimento, seja pela criação de novos espaços-serviços institucionais para a oferta de assistência psiquiátrica em liberdade, seja pelas possibilidades de circulação dos sujeitos e de construção de seus itinerários, terapêuticos ou não. Enfim, espaços de construção de estratégias de enfrentamento e resignificação da convivência com a loucura. Os exemplos dessas experiências são muitos, tal como demonstram, por exemplo, Amarante e Lima (2008), em *Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura*.

Para os objetivos deste trabalho, será considerada uma experiência singular que ocorre anualmente na cidade de Alegrete, no Rio Grande do Sul, e se intitula Parada Gaúcha do Orgulho Louco. Ela compôs o campo etnográfico de uma

pesquisa que buscou analisar as repercussões das transformações culturais em relação à loucura na produção de subjetividade de usuários/as dos serviços de saúde mental.

Para esse exercício analítico, utilizei a ideia de produção de subjetividade, tal como propôs Foucault (1995). Para o autor, ela pode ser entendida como a inscrição que fazemos de nós mesmos no registro social a partir das possibilidades nele presentes, ou seja, uma produção subjetiva que se faz e desfaz a partir de um fora que se transforma incessantemente. Com o objetivo de discutir neste artigo os agenciamentos sociais, suas articulações com as ações do Estado na sua dimensão legislativa e suas repercussões nas possibilidades de construção, consolidação e sustentação das transformações culturais em relação à loucura, foram analisados os dados relacionados especificamente à Parada Gaúcha do Orgulho Louco.

Os dados foram produzidos nas edições de 2015 (22, 23 e 24/10/2015) e de 2016 (18/11/2016), através de conversas informais, entrevistas com interlocutoras chave, registros fotográficos, observação participante e pesquisa em materiais veiculados na internet, que se estenderam para além do período do trabalho de campo da pesquisa. As observações foram registradas em diários de campo e as entrevistas gravadas e transcritas na íntegra. Os registros fotográficos e os materiais veiculados na internet foram armazenados em arquivos específicos. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, a pesquisa foi submetida e aprovada em comitê de ética. Os nomes apresentados no texto são fictícios, exceto aqueles que constam em documentos de domínio público. A pesquisa foi financiada pela CAPES.

Entendo que a Parada Gaúcha do Orgulho Louco se soma a diversas manifestações populares na construção de outro lugar e formas de convívio e relação com a loucura, a exemplo do Dia Nacional de Luta Antimanicomial, celebrado em 18 de maio. Tais manifestações são plurais e, em geral, são modos de resistência ao aprisionamento da loucura em suas diferentes formas. A opção pela análise específica da Parada Gaúcha do Orgulho Louco se deu por seu caráter singular, crítico e de inversão de um campo de forças que a caracterizam como um “acontecimento” (Foucault, 2009), como será apresentado adiante.

Parada Gaúcha do Orgulho Louco: Agenciamentos possíveis

No contexto internacional, segundo Abraham (2016), a ideia de um Orgulho Louco (*MadPride*) surgiu no Reino Unido, em 1999, protagonizada por quatro homens com experiências diretas com os serviços de saúde mental. De acordo com a autora, um deles teria participado de uma parada do orgulho gay e entendia que deveria haver algo parecido entre as pessoas com problemas de saúde mental, para que pudessem se aproximar e se orgulhar de suas experiências. Ainda segundo a autora, dado o apelo provocado por tais ideias, a celebração do *MadPride* (Orgulho Louco) passou a ocorrer também em países como a Itália, Índia e Nova Zelândia.

Scholtz et al. (2012, p. 69) apontam que as Paradas do Orgulho Louco no Brasil se iniciaram nos estados da Bahia e Minas Gerais, com o objetivo de “quebrar os paradigmas de exclusão da loucura” e contou com a participação de usuários dos serviços de saúde mental, familiares e profissionais. Para Ferrari (2018, p. 223), a

Ana Paula Müller de Andrade

ideia da Parada do Orgulho Louco nasceu em “2004, no I Congresso Brasileiro de CAPS realizado em São Paulo”. Segundo a autora, “seu autor é o militante catarinense antimanicomial Nilo Neto. Desde então, temos muitas paradas nos estados brasileiros: Amazonas, Santa Catarina, Bahia, São Paulo, Minas Gerais” (Ferrari, 2018, p. 223).

No contexto do processo de reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, a Parada Gaúcha do Orgulho Louco é mais um elemento revelador da importância que os agenciamentos sociais tiveram no âmbito das ações do Estado, em sua dimensão legislativa e, em especial, no que se refere à conquista de políticas públicas de saúde e de saúde mental. Refiro-me aqui aos agenciamentos sociais “como práticas constituídas por diferentes atravessamentos, cruzados por diferentes linhas de força, ou seja, como campos de força permeados por relações de poder”, tal como discutido por Maluf e Quinaglia Silva (2018, p. 8).

No Rio Grande do Sul, foram os agenciamentos sociais que possibilitaram a aprovação da Lei Estadual nº 9716 no ano de 1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992), quando a Política Nacional de Saúde Mental estava sendo construída e disputada no cenário nacional. A referida lei determina “a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde, o regramento de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências”. Segundo Rolim (2018), a Lei Estadual surgiu “de um amplo processo de mobilização social”, em um contexto de ampliação da participação social na formulação de políticas públicas, como demonstrou ser o movimento sanitarista. Para Rolim (2018, p. 65),

ela foi a primeira lei de reforma psiquiátrica a vigorar no Brasil e a segunda na América Latina, tendo exercido uma influência importante nos processos legislativos transcorridos, posteriormente, em outros estados brasileiros que conseguiram também instituir um marco legal inovador na área.

Acompanhando processos de reforma psiquiátrica em outros contextos, a Lei Estadual nº 9716/92 legitimou práticas antimanicomiais que já vinham sendo construídas em diferentes municípios do estado, como é o caso, dentre outros, de São Lourenço do Sul, Pelotas e Alegrete, município onde ocorre a Parada Gaúcha do Orgulho Louco.

Alegrete é um município localizado no oeste do estado do Rio Grande do Sul, situado em uma zona de fronteira, com uma população aproximada de 77.653 habitantes (IBGE, 2015). Segundo Ferrari (2018), em 1989, Alegrete, assim como outros municípios brasileiros, foi estimulado a criar seu sistema local, ou seja, sua rede de atenção psicossocial para acolher e cuidar de pessoas com experiência de sofrimento psíquico. Segundo a autora,

em Alegrete, aprovamos, em 1996, nossa Lei Municipal no 2662/96 que proíbe a construção de hospitais psiquiátricos e regulamenta a Política Municipal e a Rede de Saúde Mental articulando os Centros de Atenção

Ana Paula Müller de Andrade

Psicossociais/CAPS: II, I e AD; o Serviço Residencial Terapêutico/SRT e um conjunto de Moradias Assistidas; O Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete/ SAIS da Casa, composto por leitos de atenção integral à saúde mental e leitos clínicos; Grupos de Apoio e Suporte Mútuos em saúde mental/GAS Mental e Oficinas Terapêuticas e de Expressão junto às ESFs na cidade e no campo, no segundo distrito, bem como uma série de dispositivos de acolhimento presente nas ESFs (Ferrari, 2018, p. 220).

Segundo Scholtz *et al.* (2012), Alegrete teve sua rede de saúde mental alterada em razão da constituição dos CAPS, em 1992. Para as autoras, no CAPS da cidade teve início a formação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental que

é um braço importante em todos os setores da saúde, pois compromete-se com o orçamento participativo; está inserido no Conselho Municipal de Saúde; articula-se com outros movimentos em prol do processo de melhorias na rede de atenção à saúde do Município e regional; e está diretamente ligado à I Parada Gaúcha do Orgulho Louco (Scholtz *et al.*, 2012, p. 70).

A primeira edição da Parada Gaúcha do Orgulho Louco ocorreu em 2011 e se tornou lei municipal no mesmo ano. No texto da Lei Municipal nº 4885/2011 (ALEGRETE, 2011), que a institui, consta que a mesma “dedicar-se-á a mobilizar a comunidade local e regional por uma sociedade com inclusão e sem manicômios”. Nessa primeira edição, teve como tema *De perto ninguém é normal* e contou com a presença de 53 instituições e 3.000 pessoas, aproximadamente. Scholtz *et al.* (2012, p. 70) afirmam que

o Fórum Gaúcho de Saúde Mental Coletiva/Núcleo Alegrete (RS); a Prefeitura Municipal de Alegrete (RS), através das Secretarias de Saúde, de Educação e Cultura, do Meio Ambiente e da Assistência Social, do Colegiado Gestor do SAIS Mental; a Associação Tabatinga; o CAPS Asas da Liberdade de Uruguaiana (RS); e o programa de extensão Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PISC) – UNIPAMPA, de Uruguaiana (RS), formam o colegiado organizador da I Parada Gaúcha do Orgulho Louco (...).

Em entrevista com uma interlocutora-chave, ela contou que na primeira edição da Parada ainda não havia as vestimentas-fantasia, que nas edições posteriores se tornaram de uso facultativo e elaboradas por cada participante, o que conferiu, segundo ela, um tom de desfile cívico à mesma. As vestimentas-fantasia, em sua maioria, reproduzem personagens conhecidos e outros construídos por cada participante. “Durante a Parada, várias pessoas estão com os chapéus construídos em uma barraca própria para sua confecção. Nesta barraca encontram-se materiais como folhas de EVA, tesouras e cola. Cada participante pode confeccionar o seu” (Fragmento de Diário de Campo, 23/10/2015).

Já a segunda edição, em 2012, teve como tema *Qorpo-Santo - 184 anos: Loucos pela vida, SUStentando as diferenças* e contou com a presença de 74 instituições e aproximadamente 5.000 pessoas. Como apresentado no blog da Parada (<http://paradagauchadoorgulholouco.blogspot.com.br>),

a II Parada Gaúcha do Orgulho Louco homenageou José Joaquim de Campos Leão, Qorpo-Santo, na comemoração dos 184 anos de seu nascimento (19/4/1829). Qorpo-Santo é conhecido como Pai do Teatro do Absurdo e produziu em Alegrete a maioria de suas obras. Em 1861, de volta a Porto Alegre, segue a carreira de professor e começa a escrever sua *Ensiqlopédia* ou seis meses de huma enfermidade. Parecem manifestar-se, neste momento, os primeiros sinais de seus transtornos psíquicos, rotulados então sob o diagnóstico de “monomania”, sendo afastado do ensino e interditado judicialmente a pedido da própria família. QS não aceita pacificamente este seu enquadramento psiquiátrico, recorrendo ao Rio de Janeiro, sendo examinado então por médicos daquela capital, que diferem do diagnóstico inicial e não endossam sua interdição judicial. Todavia, o estigma estava posto, e o autor se vê cada vez mais isolado. Este isolamento social parece incitá-lo a escrever febrilmente, e o leva ademais a constituir sua própria gráfica, na qual viabiliza e edita sua produção textual. Qorpo-Santo é parte de nossa história, é um exemplo da defesa da cultura como política emancipatória, e um orgulho para Alegrete, para o Rio Grande do Sul e para o Brasil.

132

Em 2013, o tema foi *Ao preconceito digo não! Da liberdade não abro mão* e contou com a presença de 5.000 pessoas, aproximadamente. Já a edição de 2014, *Sou o que sou porque nós somos*, teve a participação de aproximadamente 4.000 pessoas. No ano de 2015, o número de frequentadores foi o mesmo, com a temática *Amai-vos uns aos loucos*. Em 2016, o tema foi *Os dispostos se atraem e os opostos se distraem!*; e em 2017, *Caminhante não há caminho. Caminho se faz ao Loquear!*. No ano de 2018, o mote foi *Penso, louco existo*, e em 2019, *Liberdade mundo aflora: traga sua loucura para passear*.

Em 2015, quando foi aprovada a Lei Estadual 14.783/2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2015), que incluiu a Parada Gaúcha do Orgulho Louco no calendário de eventos do Rio Grande do Sul, ela já havia reunido mais de vinte mil pessoas em suas cinco edições, tal como consta no blog do evento. Nesse mesmo ano, entidades da área da saúde contrárias à realização do evento, tais como o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, a Associação Médica do Rio Grande do Sul, a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, a Sociedade de Apoio ao Doente Mental e a Associação Brasileira em Defesa dos Usuários do Sistema de Saúde, publicaram uma nota de repúdio à sua realização, na qual acusavam a comissão organizadora e alguns participantes, dentre outras coisas, da exposição indevida e vexatória de doentes mentais ingênuos, desconsideração do sofrimento das famílias e oportunismo político. No que se refere aos usuários e seus familiares, a nota afirmava:

Ana Paula Müller de Andrade

Diante das cenas lamentáveis veiculadas sobre a “Parada do Orgulho Louco”, as entidades abaixo assinadas manifestam: 1. É revoltante e degradante ver a irresponsabilidade e falta de sensibilidade daqueles, cuja missão seria justamente cuidar e proteger o enfermo, expondo-o publicamente. 2. Nada justifica valer-se da ingenuidade de um doente mental para vesti-lo de palhaço e levá-lo a desfilar pelas ruas. 3. É vergonhoso que políticos oportunistas tentem alcançar os holofotes pisando no sofrimento das famílias. 4. Já estão sendo analisados instrumentos jurídicos para responsabilizar os envolvidos civil e criminalmente (Diário Gaúcho, 25/10/2015).

Por sua vez, em nota de apoio à Parada e em resposta à nota supracitada, o Conselho Regional de Psicologia do Paraná, em conjunto com conselhos de outras regiões e de outros setores afirmaram que

a ideia de que qualquer pessoa com transtornos mentais não seja capaz de falar sobre si e por si atinge diretamente uma sociedade que busca pela plenitude de direitos. É uma ideia envelhecida. O fato contemporâneo é o tom de ameaça de ir à justiça. Ora, a judicialização da vida é uma questão tão grave quanto a patologização e a medicalização. O poder judiciário é apenas uma parte das forças e interesses que compõem a sociedade. As questões que envolvem a loucura e a atenção à saúde mental (seja de pessoas que tem ou não transtorno mental) podem e devem ser debatidas em eventos científicos, mas também em fóruns populares, em espaços públicos e democráticos (Conselho Regional de Psicologia do Paraná, 30/10/2015).

133

Segundo Ferrari (2018), a manifestação destas entidades provocou um debate importante tanto nas redes sociais quanto nas mídias de massa locais, regional e nacional. Entendo que tais manifestações revelam a intensidade das disputas de modelos de assistência historicamente presentes no campo da saúde mental e os diferentes modos de conceber a assistência psiquiátrica e o debate sobre a loucura, não apenas entre as entidades de classe, mas também entre as organizações civis, como apontam Lüchmann e Rodrigues (2007). Para os autores, mesmo o movimento da luta antimanicomial, que mantém a intenção comum de transformar as relações da sociedade com a loucura, é plural e complexo, visto que agrega diferentes instituições e atores sociais.

Ademais, as disputas no âmbito jurídico-político são intensas. É importante lembrar que o projeto de lei que deu origem à Política Nacional de Saúde Mental, através da Lei nº 10216/2001 (BRASIL, 2001), tramitou por doze anos no Congresso Nacional, não alcançando todos os seus objetivos, a exemplo do estabelecimento de uma data precisa para a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, é notório que o debate provocado pela realização da Parada Gaúcha do Orgulho Louco tenha alcançado, não sem tensões, um dos seus objetivos: o de desencadear processos de “reflexão e questionamento sobre os preconceitos com relação ao louco e à loucura, com o intuito de contribuir com aqueles

que lutam para promover ações atentas às complexidades e especificidades dos sujeitos em sofrimento psíquico”, tal como consta no blog do evento. Entendo, como propõem Knijnik e Adura (2017, p. 30), o “território antimanicomial como lugar privilegiado de tensões e embates”.

Em uma das edições em que foram feitas as observações da pesquisa cujos dados subsidiam este artigo, a Parada Gaúcha do Orgulho Louco compreendia três dias de atividades, cujo ponto alto foi o desfile-caminhada pelas ruas centrais da cidade. Na praça central de Alegrete, aconteciam atividades como uma feira de artesanato, exposição de *banners* em cavaletes, ou mesmo no tronco das árvores locais, com conteúdo que descrevia atividades desenvolvidas em escolas, universidades, serviços locais e regionais de saúde mental, além de bancas de venda e de degustação de alimentos, banca para a confecção de chapéus – denominada Oficina dos Chapeleiros Loucos –, uma banca do Projeto Livro Livre, entre outros. O clima entre os participantes era festivo e em muito se aproximava do que ocorre no carnaval, especialmente pelas vestimentas-fantasia de muitos participantes e o tom crítico e jocoso aos enunciados psiquiátricos manicomiais, tal como uma faixa no chapéu de uma participante, onde estava escrito “Louca pela Vida”.

O conjunto das ações observadas durante a Parada Gaúcha do Orgulho Louco permitiu reconhecer entre os participantes uma crítica irreverente aos modos de viver e conviver com a loucura e, em muitos aspectos, poderia ser entendida como um acontecimento, como proposto por Foucault (2009). Para esse autor,

a história “efetiva” faz ressurgir o acontecimento no que ele pode ter de único e agudo. É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada (idem, p. 28).

A inversão de forças entre os saberes psiquiátricos mais conservadores e os demais parecem ter lugar na Parada, mesmo que de forma precária e provisória. Elas anunciam, de modo único e agudo, outras possibilidades de vivência e convivência com a loucura. A loucura, a seu tempo, pode ser ressignificada na ordem discursiva que impera durante a mesma, de modo que enunciar-se como louco/a é parte das estratégias de subversão do estabelecido hegemonicamente.

Essas possibilidades de inversão e/ou enfraquecimento da dominação dos saberes psiquiátricos hegemônicos remetem à reflexividade sobre a experiência com a loucura e indicam algumas possibilidades de transformação da sociedade e dos sujeitos acometidos por algum tipo de sofrimento psíquico com ela. Além disso, a inversão e certa subversão dos saberes instituídos sobre a loucura incitam sua desnaturalização. A experiência, nesse sentido, permite que outras possibilidades de inscrição de si sejam produzidas e se sobreponham ou não àquelas hegemônicas.

Trazer à tona a questão da loucura, através das temáticas propostas como, por exemplo, *De perto ninguém é normal*, *Amai-vos uns aos loucos* ou *Penso, louco exist-*

Ana Paula Müller de Andrade

to, nas atividades nominadas em referência ao Chapeleiro Maluco (personagem do livro de Lewis Carol, *Alice no país das maravilhas*) e nas vestimentas-fantasia utilizadas no desfile-caminhada, dentre outros, tem um efeito importante sobre as políticas públicas de saúde e saúde mental, já que faz refletir e questionar os lugares instituídos socialmente.

Considerando a Parada como um acontecimento, único e agudo, onde se inverte a norma instituída pelo saber-poder psiquiátrico (Foucault, 2006), podemos atualizar a ideia de *despsiquiatrização* desenvolvida por Basaglia (1985) durante a experiência da reforma psiquiátrica italiana, reconhecida também como uma psiquiatria democrática. Para ele, a *despsiquiatrização* “é a tentativa de colocar entre parênteses todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido” (idem, p. 29). Nesse sentido é, no mínimo, uma ampliação das possibilidades de inscrição de si mesmo no registro social e de experimentação de outros lugares e de outras interpretações possíveis sobre a loucura.

Penso que o principal desdobramento dos agenciamentos sociais presentes na Parada Gaúcha do Orgulho Louco no que se refere às ações do Estado em sua dimensão legislativa pode ser reconhecido na incorporação do evento no calendário oficial de eventos do Rio Grande do Sul, fruto das disputas enfrentadas com diferentes setores, como apresentado até aqui. Além disso, entendo que essa conquista fortalece a importância e o compromisso do estado com os princípios da reforma psiquiátrica que impulsionam a Parada e cuja sustentação se faz necessária em outras ações relacionadas à execução de políticas públicas em saúde mental.

Todavia, o contexto de disputas no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul é acirrado e tem acompanhado o executivo federal em suas posições mais conservadoras e de “contrarreforma”. Nunes *et al.* (2019) definem a contrarreforma

como um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pelas RP nas quatro dimensões propostas por Amarante (1996): epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e socio-cultural (Nunes *et al.*, 2019, p. 4491).

Nos últimos anos, percebe-se que uma contrarreforma psiquiátrica vem sendo produzida no país por setores conservadores alinhados ao poder executivo federal. Entendo que nesses “campos de força permeados por relações de poder” (Maluf; Quinaglia Silva, 2018) que são os agenciamentos sociais, uma estratégia importante de enfrentamento seja apostar na possibilidade de reimpulsionar a reforma, através do reconhecimento das suas transformações, ainda “bastante palpáveis”, como sugerem Nunes *et al.* (2019, p. 4496).

Limites e possibilidades na consolidação das transformações culturais em relação à loucura

As ações do Estado no âmbito das transformações culturais a serem executadas em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental e com a formação

Ana Paula Müller de Andrade

da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria 3088/2011) contavam com a criação de centros de convivência e cultura que, ainda que previstos na legislação, não receberam aportes financeiros suficientes para sua ampla expansão. Isso demonstrou, de certa maneira, a pouca importância dada à cultura, trabalho e geração de renda, como argumentam Amarante e Nunes (2018). Outro aspecto destacado pelos autores sobre a dimensão legislativa das ações do Estado é que “ao mesmo tempo em que as portarias propiciaram o aumento da rede, por outro limitaram sua autonomia em termos de inovação e resolubilidade” (idem, p. 2017).

Ainda corroboram com as dificuldades supramencionadas uma série de modificações operadas na legislação a partir de 2017 que, além de incrementar o financiamento dos leitos em hospitais psiquiátricos, através da Portaria 2434/2018 (BRASIL, 2018), transfigurou a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo nela os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, conforme Portaria 3588/2017 (BRASIL, 2017).

Naqueles municípios de porte menor, onde a construção de estratégias de criação de um outro lugar para o “louco” e a “loucura” tornou-se um dos desafios do processo da reforma psiquiátrica na sua dimensão sociocultural, as dificuldades não são poucas. Para além da criação de uma rede de serviços substitutivos e da extinção progressiva e planejada dos leitos em hospitais psiquiátricos, tais localidades, articuladas com o setor da saúde e outros, têm construído diferentes maneiras, com caráter mais inventivo, para enfrentar os desafios e as dificuldades impostos pela realidade em que estão inseridos. Segundo Willrich (2016, p. 127),

a sensibilização da comunidade para o tema da exclusão da loucura, da diferença é uma estratégia que marca o trabalho em saúde mental de Acre. E um acontecimento, talvez o mais significativo nos últimos anos, para desenvolver essa estratégia foi a criação da Parada Gaúcha do Orgulho Louco (PGOL).

Desta maneira, a constituição de estratégias para a transformação sociocultural afeta tanto os sujeitos acometidos por algum tipo de sofrimento psíquico quanto a sociedade como um todo. Nesse sentido, penso que a Parada Gaúcha do Orgulho Louco tem provocado processos de desinstitucionalização, como desdobramento de um evento em que a cidade participa de uma ação iniciada por diferentes atores sociais e, logo, é assumida pelo estado como uma festividade oficial. Fagundes (2018, p. 20) argumenta que “fazer caber a loucura na cidade sem excluir nem normalizar exige que a própria cidade modifique seus contornos, seus fluxos, seus modos de conviver e cuidar”.

Trabalhos como o de Andrade e Maluf (2014; 2015), Scarcelli (2011), Passos (2009) e Belloc *et al.* (2017) demonstram o quanto a reforma psiquiátrica impactou as cidades e oportunizou novas relações dos sujeitos acometidos por algum tipo de sofrimento psíquico na e com a rua. Destaco aqui a relevância das experiências singulares e institucionais dos sujeitos que produzem o processo da reforma psiquiátrica, conferindo a ele um caráter dinâmico e plural.

Em diferentes contextos, tais trabalhos apontam para a constituição de estratégias macro e micropolíticas que buscam transformar o imaginário social em relação à loucura. Demonstrem, outrossim, a importância da atuação direta, através de diferentes manifestações artístico-culturais, nos territórios de existência dos sujeitos, apostando que, tal como apresentou Venturini (2009, p. 2004), “na esfera local – no espaço físico dos lugares onde moramos, vivemos, que atravessamos – se aninham processos e fenômenos que podem dizer muito sobre a realidade global do mundo”.

O contexto da saúde mental mencionado anteriormente, tem produzido limitações na organização e execução da Parada Gaúcha do Orgulho Louco. Tais limitações estão localizadas em questões macrossociais, como o corte de orçamento para a sua realização e o incremento da ideia de que ela poderia excluir ainda mais um grupo que, não partilhando das regras de convivência convencionadas hegemonicamente, deveria e/ou poderia ocupar a cidade apenas em momentos em que há uma parada. Tal ideia remete ao apontado por Fonseca (2007, p. 42-43), sobre o fato de que

hoje, sabemos – e de sobra – que a sociedade sem manicômios proposta encontra seus maiores entraves no manicômio-prisão do pensamento e da vida, manicômio mental [Pelbart] que resiste a promover movimentos no sentido da inclusão social dos loucos, agora libertos, por lei, dos muros da cidade manicomial.

Ainda sobre essa noção, retomo a ideia de Pelbart (1990), que em seu texto sobre o manicômio mental sugere que não basta acolher os loucos ou relativizar a loucura se a desrazão permanecer confinada. O autor argumenta que se trata

de saber primeiramente se faremos com os loucos aquilo que já se fez com homossexuais, índios, crianças ou outras minorias – ou seja, definir-lhes uma identidade, atribuir-lhes um lugar, direitos e reconhecimento, até mesmo privilégios – mas ao mesmo tempo torná-los inofensivos, esvaziando seu potencial de desterritorialização (idem, p. 132).

Nesse sentido, um aspecto interessante é a ideia de uma identidade política suscitada pela Parada, ao se falar em “orgulho” louco, ou seja, um elogio à loucura que fica evidente, por exemplo, no “selo gaúcho do orgulho louco”, dentre outras manifestações do evento. Tal identidade, ainda que precária e provisória, provoca uma inversão crítica, um uso dos códigos identitários no sentido de “enfraquecer a dominação” dos mesmos na produção subjetiva dos sujeitos, como sugeriu Foucault (2009), ao se referir ao “acontecimento”.

Susana, usuária de um dos serviços de saúde de Alegrete e uma das entrevistadas durante a Parada Gaúcha do Orgulho Louco em 2016, em determinado momento da entrevista, disse: “Quando nós paramos pra falar da primeira parada, eram mais ou menos, mais de 60 pessoas que fazem terapia e muitos até hoje fa-

Ana Paula Müller de Andrade

zem... todos se olharam, eu fui uma, e pensei: mas sair na rua? Dar a cara a tapa? Dizer que eu sou louca?” (Susana, 47 anos).

Susana, em outro trecho de sua entrevista, comentou sobre a importância da Parada tanto para ela como para os demais moradores da cidade. Para ela, e quiçá para os demais, a identificação dos participantes com um movimento coletivo permitiria outras maneiras de ver e serem vistas/os, não apenas como “loucas/os”, mas como parte de um coletivo. Nesse caso, os códigos identitários não serviriam para fixar os sujeitos, mas para embaralhá-los, questionando os limites entre a normalidade e a anormalidade, ou mesmo entre a razão e a desrazão. O que se percebe, no caso da Parada, é que quando tais códigos são reafirmados – como enunciado na temática *Penso, louco existo, Amai-vos uns aos loucos* ou, ainda, *De perto ninguém é normal* –, eles o são em função de uma razão estratégica, performática e como resistência aos saberes psiquiátricos instituídos historicamente.

Nesse contexto, é possível perceber um reposicionamento subjetivo por parte daqueles que historicamente foram impedidos de transitar pelas cidades. Clara, uma das interlocutoras-chave entrevistadas, ao contar sobre os efeitos da Parada Gaúcha do Orgulho Louco, disse que houve transformações nas relações sociais na cidade a partir da realização da Parada. Em suas palavras:

eu acho que houve uma evolução no sentido assim, na primeira parada eram poucas as pessoas, as pessoas tinham vergonha de se expor, entendeu? [...] Ainda mais uma cidade da fronteira, tu sabes como é o povo gaúcho... Ano passado (2015) a gente era mais de cinco mil, a diferença é que na primeira não era pouca gente, mas não existia fantasia, parecia que a gente estava desfilando. Hoje em dia, está todo mundo fantasiado, pulando, dançando, é uma loucura... é pra mostrar, ficam felizes em ter que sair... (Clara, 34 anos, 2016).

Em sua fala, Clara demonstrou o quanto a Parada tem possibilitado aos sujeitos outros modos de subjetivação e mesmo ressignificação de experiências de sofrimento, através do coletivo formado durante as edições do evento. Para ela, o incremento no número de participantes, a confecção de vestimentas-fantasia e o tom festivo e jocoso foram fundamentais para o êxito da proposta da Parada. No conjunto de sua entrevista, Clara fez referência a um possível conservadorismo presente na cultura gaúcha e em municípios localizados em zonas de fronteira, como Alegrete.

Ainda que tal interpretação possa remeter ao fato de o município estar longe da capital do estado e, por isso, ser percebida como periférica e “menor”, entendo que possa ser compreendida a partir do argumento de Cardia (2009, p. 115) de que “as fronteiras são, sobretudo culturais, construções de sentido, fazendo parte do jogo de representações que estabelece classificações, hierarquias e limites, guiando o olhar e a apreciação sobre o mundo”.

Na fala de Clara, assim como na de outras pessoas com quem conversei, evidenciou-se a construção de um coletivo nos termos propostos por Escóssia e

Kastrup (2005). Para as autoras, um coletivo deve ser entendido em termos de multiplicidades que produzem agenciamentos capazes de criar e escapar do já estabelecido. “Cabe ressaltar que este plano coletivo e relacional é também o plano de produção de subjetividades” (idem, p. 303), dizem elas.

Entendo que a constituição desses coletivos, tais como os advindos das Paradas do Orgulho Louco, são indícios de que a reforma psiquiátrica tem ampliado as possibilidades de produção subjetiva. Como apresentado por Guattari e Rolnik (2008), “a subjetividade não é passível de totalização ou centralização no indivíduo. (...) a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (idem, p. 40). Assim, ao se produzirem em um contexto social em que as possibilidades de registro de si se ampliam, os processos de subjetivação se produzem de forma múltipla e são potentes frente aos retrocessos e às dificuldades que enfrentam.

Segundo Ferrari (2018, p. 228, grifo da autora), a Parada reúne vários atores sociais que

autonominados de **mentaleiros**, estes militantes sabem que nestes encontros nascem novas possibilidades de criação e invenção para esta rede cultural, na medida em que o manicômio mental, este espectro que assombra as práticas, tenciona para que retrocedamos aos tempos sombrios e frios do estigma e do preconceito.

Ante o exposto, é possível reconhecer que a dimensão sociocultural do processo de reforma psiquiátrica implica na transformação coletiva e singular da vivência e convivência com a loucura e suas diferentes apreensões e, em termos da Parada, as contribuições são muitas. Ao assumir um caráter festivo, divertido e ao mesmo tempo combativo, opera uma inversão crítica das normas e dos padrões estabelecidos socialmente, como argumentei anteriormente. Auxilia nesse argumento a ideia apontada por Amarante e Torre (2017, p. 766), de que as manifestações artístico-culturais são “(...) estratégias de criação de formas de inclusão social e familiar e participação em espaços de lazer, convivência, trabalho e mobilização coletiva”.

A incorporação da Parada no calendário de eventos do estado aponta, ainda que com limitações, para uma conquista política dos atores sociais envolvidos em sua consolidação. Ao garantir a realização anual do desfile, o estado precisa reafirmar seu compromisso com a reorientação da assistência psiquiátrica e a construção de, ao menos, estratégias e/ou espaços de discussão e reflexão sobre a temática da loucura e suas terapêuticas. Caso não o faça, provavelmente encontrará resistência por parte daqueles atores sociais interessados/as em realizá-la. Além disso, convoca nossas reflexões para a articulação entre os diferentes planos da política (Andrade; Maluf, 2014), bem como para os agenciamentos sociais (Maluf; Quinaglia Silva, 2018) que as sustentam.

Ana Paula Müller de Andrade

Considerações finais

As análises realizadas demonstram que a Parada Gaúcha do Orgulho Louco anuncia um conjunto de transformações colocadas em curso pela política pública de saúde mental e evidencia algumas possibilidades de renovação das relações da sociedade com a loucura e dos sujeitos em suas experiências de desinstitucionalização. As mudanças produzidas até então se mostram capazes de fazer frente aos retrocessos impostos ao campo da saúde mental brasileiro nos últimos anos e se constituir como uma estratégia de contra-contrarreforma psiquiátrica, tal como discutido por Nunes *et al.* (2019).

Ao se instituir como parte dos eventos oficiais locais e do estado e, com isso, conquistar respaldo jurídico-político, essa iniciativa sociocultural proporciona diferentes estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico. Percebe-se o deslocamento do lugar historicamente construído para os/as loucos/as e a loucura. Estes enfrentamentos não garantem que a reflexividade esteja presente entre todos os atores políticos envolvidos nos processos de desinstitucionalização, entretanto, mantêm seu potencial de embaralhamento dos códigos e normas vigentes.

Por fim, penso que as transformações culturais produzidas no contexto da reforma psiquiátrica possibilitaram a construção de diferentes mecanismos de interlocução e relação dos sujeitos com a loucura, de modo coletivo e singular, como evidenciado na Parada Gaúcha do Orgulho Louco. Tais transformações ampliaram as possibilidades de produção subjetiva singularizada em diferentes registros e poderão se constituir como resistência aos retrocessos presentes nos diferentes planos da política pública de saúde mental no Brasil atual.

Recebido: 07/11/2019

Aprovado: 24/03/2020

Referências

- ABRAHAM, Amélia. *Remembering Mad Pride, the movement that celebrated mental illness*. Disponível em: https://www.vice.com/en_uk/article/7bxqxa/mad-pride-remembering-the-uks-mental-health-pride-movement. Acesso em: 1º out. 2019.
- ALEGRETE/RS. *Lei 4.885, de 05 de dezembro de 2011*. Autoriza o Poder Executivo a Instituir a Parada Gaúcha do Orgulho Louco. Disponível em: https://alegrete.rs.gov.br/?bW9kdWxvPTImYXJxdWl2bz1tb3N0cmFsZWdpc2xhY2FvLnBocA==&anoes-colha=&leis_i_leistipo=1. Acesso em: 1º out. 2019.
- ALVERGA, Alex R. de; DIMENSTEIN, Magda. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 45-66.
- ALVES, Paulo C. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, Paulo C.; MINAYO, Maria Cecília (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 91-100.
- AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, Paulo; LIMA, Ricardo (Coord.). *Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura – Relatório final*. Rio de Janeiro: s.n., 2008.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo H. Madness and cultural diversity: innovation and rupture in experiences of art and culture from Psychiatric Reform and the field of Mental Health in Brazil. *Interface (Botucatu)* v. 21, n. 63, p. 763-774, 2017.
- ANDRADE, Ana Paula; MALUF, Sônia. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 33-55.
- ANDRADE, Ana Paula; MALUF, Sônia. Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização. In: GUANAES-LORENZI, Carla et al. (Orgs.). *Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional administrativa*. Florianópolis: Abrapso; Edições do Bosque-CFH/UFSC, 2015. p. 272-294.
- BASAGLIA, Franco (Coord.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995.
- BELLOC, Márcio et al. (Orgs.). *Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos*. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
- BRASIL. *Lei 10216 de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 1º out. 2019.
- BRASIL. *Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 1º out. 2019.

Ana Paula Müller de Andrade

- BRASIL. *Portaria no 2434, de 15 de agosto de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 1º out. 2019.
- BRASIL. *Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 1º out. 2019.
- CARDIA, Laís M. Espaços e culturas de fronteira na Amazônia Ocidental. *Ateliê Geográfico*, v. 3, n. 2, p. 108-125, 2009.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – PARANÁ. *CRP-PR divulga nota de apoio à “Parada Gaúcha do Orgulho Louco”*. 2015. Disponível em: <https://crppr.org.br/crp-pr-divulga-nota-de-apoio-a-parada-gaucha-do-orgulho-louco/>. Acesso em: 1º out. 2019.
- DIÁRIO GAÚCHO. *Parada do Orgulho Louco divide profissionais de saúde*. 2015. Disponível em: <http://diariogauchoclicrbs.com.br/rs/dia-a-dia/noticia/2015/10/parada-do-orgulho-louco-divide-profissionais-de-saude-4887678.html?impressao=sim>. Acesso em: 1º out. 2019.
- ESCÓSSIA, Liliana; KASTRUP, Virginia. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo – sociedade. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 2, p. 295-304, 2005.
- FAGUNDES, Sandra. Política e gestão com pensamento estratégico no campo da saúde mental. In: PAULON, Simone M.; OLIVEIRA, Carmen S.; FAGUNDES, Sandra M. (Orgs.). *25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. p. 18-41.
- FERRARI, Judete. Redes de cuidados em liberdade no território do município. In: PAULON, Simone M.; OLIVEIRA, Carmen S.; FAGUNDES, Sandra M. (Orgs.). *25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. p. 217-232.
- FONSECA, Tania M. A reforma psiquiátrica e a difícil reconciliação. In: FONSECA, Tania M.; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação*. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2007. p. 29-51.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.
- FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973/1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. 2008. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades@*. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=430040>. Acesso em: 1º out. 2019.
- KNIJNIK, Cristiane; ADURA, Beatriz. A ética da diferença ou simplesmente algumas histórias antimanicomiais. In: BELLOC, Márcio *et al.* (Orgs.). *Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos*. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 262-265.

Ana Paula Müller de Andrade

- LÜCHMANN, Ligia H.; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.
- MALUF, Sônia W.; SILVA, Érica Q. (Orgs.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018.
- NUNES, Mônica de Oliveira *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.
- PASSOS, Izabel C. F. *Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argumentum, 2009.
- PELBART, Peter P. Manicômio mental – a outra face da clausura. *In: LANCETTI, Antônio. (Org.). SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 130-138.
- RIO GRANDE DO SUL. *Lei 14.783, de 4 de dezembro de 2015*. Institui a Parada Gaúcha do Orgulho Louco e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/LEI%2014.783.pdf>. Acesso em: 1º out. 2019.
- RIO GRANDE DO SUL. *Lei 9.716, de 7 de agosto de 1992*. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281. Acesso em: 1º out. 2019.
- ROLIM, Marcos. Notas sobre a aprovação da lei e seu contexto. *In: PAULON, Simone M.; OLIVEIRA, Carmen S.; FAGUNDES, Sandra M. (Orgs.). 25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. p. 65-84.
- SCARCELLI, Ianni R. *Entre o hospício e a cidade: dilemas do campo da saúde mental*. São Paulo: Zagodoní, 2011.
- SCHOLZ, Danielle; SILVA, Fabiana G.; RODRIGUES, Rodrigo L.; FERRARI, Judete; TORRES, Odete M.; CORRÊA, Mariana. A atuação de estudantes da fronteira oeste do Rio Grande do Sul junto aos movimentos sociais no fortalecimento da luta antimanicomial: um relato de experiência. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 68-72, 2012.
- VENTURINI, Ernesto. A cidade dos outros. *Fractal: Revista de Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 203-222, 2009.
- WILLRICH, Janaina. *A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.
- YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.



artigos

v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

artigos

- Aquém da possessão: a noção de irradiação nos estudos das religiões de matriz africana** 146
Cecilia Mello
- Evidências, experiências e endemias: fatos científicos nas políticas de combate à hanseníase** 164
Claudia Fonseca
- A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla** 188
Fabiene Gama
- Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas** 209
Marcelle Schmitt e Fabíola Rohden

Aquém da possessão: a noção de irradiação nos estudos das religiões de matriz africana

Below possession: the notion of irradiation in the studies of African diaspora religions

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5861>

Cecília C. do Amaral Mello • Universidade Federal do Rio de Janeiro– Brasil

Doutora em Antropologia Social pelo PPGAS-Museu Nacional-UFRJ e Professora Associada do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPUR-UFRJ). As pesquisas de campo realizadas foram viabilizadas com recursos da CAPES e do CNPq.

ORCID: 0000-0001-5920-6060

ceciliamello@ippur.ufrj.br

O tema do transe de possessão atravessa a história dos estudos das religiões de matriz africana, ao longo da qual foi objeto de enfoques diversos, que vão desde abordagens médico-naturalistas, até aquelas que procuram experimentar as consequências do encontro entre conceitos e práticas nativas e antropológicas. A partir de uma pesquisa de campo extensa em uma pequena cidade do extremo sul da Bahia, Brasil, com um grupo que se define como afro-indígena, observamos o uso da noção de irradiação para designar uma força que atravessa os corpos e os transforma ou, antes, os modula, tornando-os, em alguma medida, outros, estado no qual ocorreria a transmissão do axé. A partir da análise da produção bibliográfica do campo das religiões de matriz africana, este trabalho visa, num primeiro momento, cartografar os usos e sentidos da noção de irradiação em outros contextos etnográficos, nos quais muitas vezes é interpretada como uma espécie de “semitranse”. Num segundo momento, este trabalho visa tirar as consequências da perspectiva nativa a respeito dessa força, entendida não como um estágio prévio, mas como um outro modo, próximo, porém, distinto do transe de possessão.

Religiões de matriz africana. Candomblé. Umbanda. Possessão. Irradiação. Afro-indígena. Bahia

The theme of trance of possession has been the object of diverse approaches throughout the history of African diaspora religions, ranging from medical-naturalist approaches to those seeking to experiment with the encounter between native concepts and practices and anthropological thought and practices. Based on an extensive fieldwork in a small city in the extreme south of Bahia, Brazil, with a group that defines itself as afroindigenous, we observe the use of the notion of irradiation to designate a force that crosses bodies and transforms and modulates them, turning them, to some extent, into others, and through which the transmission of the axé would occur. From the analysis of the bibliographical production of African diaspora religions, this work aims, at first, to map the uses and meanings of the notion of irradiation in other ethnographic contexts, in which it is often interpreted as a kind of “semitrance”. Secondly, this work seeks to draw the consequences of the native perspective on this force, understood not as a previous stage, but as another mode, close but distinct from trance of possession.

African diasporic religions. Candomblé. Umbanda. Possession. Irradiation. Afroindigenous. Bahia.

Apresentação do problema¹

O tema do transe e da possessão atravessa a história dos estudos das religiões de matriz africana, ao longo da qual foi objeto de enfoques diversos, tais como as abordagens médico-naturalistas-racistas (Nina Rodrigues, 1900 e Arthur Ramos, 1934, por exemplo), que entendiam o transe como patologia ou perturbação mental; as abordagens cultural-funcionalistas que descreviam o transe e a possessão como mecanismos “compensatórios” associados ao processo de adaptação social de indivíduos e grupos subalternizados (Bastide (1978 [1958]), até aquelas fenomenológicas que procuram enfatizar a dimensão do transe enquanto experiência vivida (Halloy, 2005; Wafer, 1991) ou experimentar as consequências do encontro entre conceitos e práticas nativas e antropológicas (Cf. Goldman, 2003; Rabelo, 2008 e Flaksman, 2014).

Marcador da singularidade das religiões afrodiáspóricas em sua “busca apaixonada do transe e do êxtase” (Bastide, 1971b, p. 434), ponto culminante da experiência ritual, catalisador do estreitamento da relação adepto-orixá/entidade e evento via de regra desejado e esperado por seus adeptos, o transe de possessão – enquanto objeto de estudo e análise antropológica – foi analisado majoritariamente em contextos rituais e nos quadros da subdivisão disciplinar que se convencionou chamar “Antropologia da Religião” e, mais precisamente, no campo de estudos das religiões de matriz africana nas Américas.

Em minha própria experiência etnográfica – voltada para o estudo das práticas artísticas, políticas e ecológicas de um movimento cultural afro-indígena de uma pequena cidade do extremo sul da Bahia –, travei contato com a experiência da *irradiação*, em contextos extrínsecos à institucionalidade religiosa e entendida pelas minhas interlocutoras enquanto prática próxima, porém distinta da possessão. Desta vivência do trabalho de campo advém o problema aqui proposto: qual tratamento antropológico dar para os casos em que fenômenos que poderiam ser lidos enquanto variações do transe de possessão ocorrem em situações da vida cotidiana e fora de um contexto estritamente religioso ou ritual?

No contexto pesquisado, emprega-se a palavra *irradiação* ou a expressão *estar irradiado(a)*² para designar alterações corporais inesperadas, desejadas ou não, que podem afetar integrantes do movimento cultural ou do público que os assiste em situações como representações teatrais, blocos, performances do grupo e até mesmo em sonhos e conversas em que orixás e caboclos estejam, de algum modo, “presentes”.

O movimento cultural afro-indígena foi criado há 25 anos na cidade de Caravelas, extremo sul da Bahia, por jovens descendentes de negros e indígenas tornados trabalhadores rurais, moradores de uma região empobrecida da cidade. Suas atividades se organizam em torno de manifestações político-culturais criadas pelos próprios e oferecidas à comunidade de baixa renda, tais como oficinas de capoeira, dança afro, pintura, escultura em madeira morta, percussão e o bloco carnavalesco-manifestação política *Umbandaum*, momento de culminância e exibição pública dos trabalhos artísticos realizados ao longo do ano. O movimento promove, ainda, a reativação dos antigos blocos de Índio e das Nagôs, nos quais

1 Uma primeira versão deste artigo foi apresentada no VII Congresso da Associação Portuguesa de Antropologia, Lisboa, junho de 2019, painel “Novas Perspectivas para a Antropologia das Religiões de Matriz Africanas”, coordenado por Miriam Rabelo e Clara Flaksman, a quem agradeço. Celia Collet gentilmente ofertou intuições que aqui foram parcialmente desenvolvidas.

2 O termo *irradiação* aparecerá em grafia normal ao longo do texto e em itálico nas citações e quando o sentido da sentença demande este marcador de ênfase. Os termos em iorubá serão mantidos em grafia sem itálico, considerando sua disseminação junto a leitores em língua portuguesa. As expressões nativas de mais de um termo aparecerão entre aspas.

desfilam integrantes mais velhos e onde acontece com alguma frequência o fenômeno da irradiação, analisado no presente artigo.

As descrições etnográficas sobre experiências de transe e possessão³ fora do contexto ritual começaram a despertar a atenção dos(as) antropólogos(as) e a aparecer com mais frequência nas monografias nascidas no âmbito do Núcleo de Antropologia Simétrica do PPGAS-Museu Nacional⁴, que buscam – através de trabalhos de campo de longa duração junto aos grupos estudados – uma abordagem pragmática e fiel à experiência e ao pensar nativos, em que as fronteiras entre “vida ordinária” e “religião” são menos demarcadas e os modos particulares da socialidade nativa, privilegiados. Em função do exercício comparativo aqui proposto, optou-se por dialogar sobretudo com as monografias em que esse tipo de modulação do transe aparece também designado sob o termo *irradiação* (e suas variantes, *radiar*, *irradiar*, *estar irradiado* ou *radiado*), embora seja necessário ressaltar que experiências semelhantes tenham sido identificadas em alguns trabalhos sob outra designação (barravento, encosto, dentre outros).

Assim, buscar-se-á tratar a experiência da irradiação sem reduzi-la às definições negativas – por exemplo, de “transe inoportuno” (Halloy, 2005) – e sem encerrá-la ou sobrecodificá-la pela possessão – por exemplo, as definições de irradiação como “semitranse” ou “estágio prévio da possessão”. Sem deixar de reconhecer que essas são leituras possíveis e verdadeiras para parte das etnografias analisadas, a aposta do presente artigo, talvez arriscada, mas empiricamente calcada em dados etnográficos, é que, aplicando um exercício de minoração⁵ que subtraia a onipresença da possessão como referencial da análise, a irradiação possa ser entendida como um modo singular da relação humanos-orixás (ou humanos-entidades), com características específicas e efeitos sociais próprios, para além, ou para ser mais fiel à perspectiva nativa, *aquém* do transe de possessão.

A partir da análise da produção bibliográfica do campo das religiões de matriz africana, este trabalho visa, num primeiro momento, cartografar os usos e sentidos da noção de irradiação em outros contextos etnográficos, com particular atenção às pesquisas desenvolvidas no estado da Bahia, nordeste brasileiro, mas não apenas. Ressalve-se que o presente exercício não entenderá a ideia de *irradiação* como um conceito já dado, cujos conteúdos distintos segundo o contexto etnográfico demandariam do(a) antropólogo o trabalho de estabilizá-lo, isto é, de circunscrever a “boa definição” ou a conceituação “mais completa” de irradiação.

Meu intuito, ao contrário, será o de entender como a irradiação é caracterizada e tematizada nas pesquisas monográficas referentes às religiões afro-brasileiras, de modo a repertoriar suas *variações* em diferentes contextos sócio-rituais, a partir da forma como é pensada e vivida pelos adeptos e candidatos a adeptos das religiões de matriz africana e, igualmente, pelos não adeptos que a experimentam. Sigo a abordagem transformacional proposta por Goldman (2016) e Banaggia (2014), a saber, de que “cada religião de matriz africana coloca em relevo determinadas características presentes nas outras de formas mais sutis, enquanto potências nem sempre atualizadas” (Banaggia, 2014, p. 65). Assim, a partir da leitura e comparação de diferentes trabalhos etnográficos, determinadas variantes da noção de

3 Há um amplo debate no campo da antropologia da religião a respeito das definições de transe e possessão (para tanto, ver a extensa análise de Halloy, 2015, p. 93-128). Considerando que discutir as noções de transe e possessão em si mesmas não faria muito sentido numa perspectiva que se quer etnográfica, isto é, atenta aos seus usos num plano social específico, optei, no presente artigo, por uma expressão propositalmente genérica – o transe de possessão – para distingui-lo da irradiação. O transe de possessão remete ao processo de dupla-captura entre iniciado (ou candidato a iniciado) e a entidade espiritual a partir do trabalho de codificação (feitura); “íntima aliança” (Carmen Opiari, 2009) que é selada através da inserção da pessoa num contexto de culto.

4 Sob orientação do prof. Marcio Goldman. A referência a teses produzidas no âmbito do Nansi/Museu Nacional/UFRJ não é exaustiva e se atém ao período de 2010-2014.

5 O exercício de minoração é uma operação, um tratamento ao material, proposto por Gilles Deleuze (2010), inspirado pela obra do dramaturgo italiano Carmelo Bene, cujas experimentações “amputavam” os protagonistas de peças conhecidas, de modo a permitir o crescimento de personagens que seriam secundárias ou de virtualidades não desenvolvidas na peça original. O efeito desta operação de subtração não seria negativo; antes, ela permitiria e desencadearia processos positivos. Nas palavras do filósofo: “Mas o que sobra? Sobra tudo, mas sob uma nova luz, com novos sons, novos gestos” (Deleuze, 2010: 42). A presente análise inspira-se na transposição que Goldman (2014) e Barbosa (2004) fazem desse procedimento para a análise antropológica.

Cecília Campello do Amaral Mello

irradiação numa região poderão iluminar os sentidos do uso da noção em outro local, enriquecendo as possibilidades de leitura e compreensão deste fenômeno.

Num segundo momento, este trabalho intenciona tirar as consequências da perspectiva nativa, obtida pelo trabalho de campo⁶ junto ao movimento cultural afro-indígena, que designa essa experiência pelo termo *irradiação*, distinguindo-a do transe de possessão. Indagamos, assim, se seria possível entender os casos de irradiação estudados em primeira mão não apenas como um estágio prévio ou uma possessão limitada ou incompleta, mas como um outro modo; próximo, porém, distinto do transe de possessão.

Variações da irradiação

A distinção entre “transe selvagem” em oposição à “transe domesticado ou socializado” se deve à Roger Bastide (1978 [1958]), que analisa o trabalho de codificação ritual do êxtase operado pelas casas de candomblé nagô da Bahia. Influenciado pelo culturalismo norte-americano, entende o transe longe da chave biologizante da “patologia” como era estudado até então, mas enquanto fenômeno perfeitamente coerente com os padrões culturais dos povos arrancados do continente africano pelo processo de escravidão. Como se sabe, o intuito de Bastide é o de atribuir inteligibilidade ao rito, demonstrando como sua estrutura espelha o mito e como as religiões de matriz africana, em geral, seriam depositárias de uma função social compensatória, invertendo a rígida hierarquia racial e social da sociedade brasileira (análise que foi objeto de inúmeras críticas ou re-leituras). Embora chame a atenção (em Bastide, 1978) para a importância de se entender o ritual enquanto experiência vivida, o nível de abstração da extensa e densa contribuição de Roger Bastide ao estudo das religiões de matriz africana volta-se mais para a busca da lógica e da regra, do que do desvio, da exceção e das variantes.

Em suas pesquisas, a noção de irradiação parece pouco ter a ver com os sentidos analisados nos trabalhos a seguir, mas sua contribuição não deixa de ter importância para o presente exercício, na medida em que associa a ideia de irradiação (que utiliza sem aspas), em primeiro lugar, à disseminação do espiritismo kardecista no Brasil, a partir de meados do século XIX, à linguagem científica que o acompanha e à emergência do conjunto de cultos que se convencionou chamar sob o nome de Umbanda, definida por ele como “uma valorização da macumba, através do espiritismo” (Bastide, 1971b, p. 439), uma religião “autenticamente” brasileira.

Assim, Bastide irá, num primeiro momento, utilizar o termo *irradiação* no sentido corrente, enquanto sinônimo de disseminação, expansão⁷. Porém, referindo-se à umbanda, irá empregá-lo de forma muito próxima ao uso nativo: a irradiação seria a emanção do axé e teria um efeito de cura: “a fumaça do tabaco afasta os fluidos funestos e ajuda a curar as enfermidades, assim como a defumação cria um ambiente propício à receptividade das vibrações e à *irradiação* dos guias” (Bastide, 1971b, p. 461). Por fim, Bastide se aproxima do sentido que desejo de algum modo sublinhar com esse trabalho e utiliza o termo *irradiação* como sinônimo de *mediação* para designar a zona de intensidade que ligaria humanos e espíritos: “caboclos e pretos velhos como centros de *irradiação*, de mediação entre homens

6 O trabalho de campo desenvolveu-se durante 24 meses, distribuídos sobretudo nos anos de 2004, 2005, 2006 e 2009. Novas incursões de curta duração (três meses) a campo foram realizadas nos anos de 2013, 2014 e 2017.

7 Em suas palavras, “para julgar a profundidade da fé e a extensão da irradiação espírita, seria preciso fazer uma comparação tão-somente no interior dos quadros urbanos dos diversos tipos de confissão religiosa” (Bastide, 1971b, p. 432).

Cecília Campello do Amaral Mello

e as forças astrais” (1971b, p. 448, grifos meus).

Mas como as ideias não morrem nem evidentemente reconhecem fronteiras supostamente existentes entre diferentes tipos de cultos, a noção de irradiação –ela também – irradiou-se⁸. O primeiro sentido aqui delimitado é o de irradiação enquanto presença ou aproximação excessiva do orixá/entidade, cujos efeitos serão julgados positivos ou negativos a depender da pessoa e da situação.

No caso estudado por Miriam Rabelo (2008b), entre adeptos do candomblé de Salvador contemporâneo, a autora propõe uma análise da possessão enquanto prática que “canaliza fenômenos subjetivos, confere-lhes uma forma cultural e permite sua expressão em contextos legitimados socialmente” (Rabelo, 2008b, p. 88). A partir da trajetória de Curió, um candidato a iniciado, e de mais duas pessoas, entende-se como se dá o processo de iniciação no candomblé, segundo um trabalho de codificação progressiva do transe:

Curió teve sua rotina transtornada: não conseguia trabalhar. Sentia que estava “irradiado”, cercado pela presença do orixá que assumia o comando do seu corpo. Temeroso de sair à rua, foi ficando na casa de [mãe] Jandira. Diversas vezes pude vê-lo “soluçando”: ficava quieto em algum canto, mas o menor ruído (uma campainha, um grito da rua) parecia provocar-lhe espasmos no corpo todo. O povo da casa acorria, algumas das filhas-de-santo de Jandira pousavam a mão no seu ombro e faziam-lhe uma leve massagem nas costas. Aos poucos ele se recuperava. Apesar do cuidado que demonstravam ter com ele, também riam por trás, comparando Curió a uma jovem grávida que, enjoada, constantemente provocava vômito (“engulhando”). Desesperado, Curió abraçava, aos prantos, a mãe-de-santo, pedindo ajuda. (Rabelo, 2008, p. 110, aspas da autora)

A irradiação do orixá é motivo de agonias e aflições para Curió, um pedreiro que havia ido ao terreiro apenas para fazer um singelo serviço, sem pretensão ou vontade alguma de se iniciar. Enquanto Curió sofre com a aproximação insistente de seu orixá e de seu exu, as filhas-de-santo se alegram e riem; o aspecto negativo da irradiação é, portanto, relativo: o que é perturbação para o candidato a filho de santo é motivo de celebração para a casa. Para o povo de santo, a irradiação é desejada quando entendida como indicador da possibilidade do que Rabelo chamou o “estabelecimento de uma relação duradoura com a divindade” (Rabelo, 2008b, p. 101), isto é da iniciação. A irradiação seria, portanto, uma forte evidência da vontade do orixá de que seu “filho” seja feito, e sua persistência pode levar a pessoa *irradiada* a iniciar-se, como de fato se deu no caso estudado.

A 400 quilômetros de Salvador em direção ao sertão, na pequena cidade de Lençóis, joia do sertão, a monografia de Gabriel Banaggia (2013) sobre o culto do Jarê⁹ traz alguns exemplos do uso do termo *irradiação*. Aqui também a irradiação aparece como uma aproximação excessiva do orixá ou entidade, mais passível de ocorrer com candidatos à iniciação, podendo ser indicativa de uma “possessão com dificuldade de se consolidar” ou de uma “incorporação parcial”,

8 Sobre continuidades e intercâmbios de linguagens e práticas entre espiritismo e candomblé, ver Rabelo (2008a) e Flaksman (2014). A etnografia de Flaksman sobre o terreiro do Gantois em Salvador traz um exemplo da relação do terreiro com uma liderança espírita (Flaksman, 2014, p. 42).

cuja “gestão” caberá ao chefe do culto ou aos adeptos mais antigos operar. Em suas palavras:

Nem toda incorporação se concretiza plenamente, sendo muitos os possíveis graus em que, e circunstâncias nas quais, elas acontecem. Diversas vezes, durante a chegada dos espíritos, as manifestações das entidades parecem encontrar dificuldade em se consolidar, podendo ser estimuladas ou suprimidas pelas ações dos presentes, em geral líder da casa, mas não somente. Nesses casos, em que acontecem as “irradiações” ou “seguintos”, os adeptos mais antigos buscam controlar as incorporações parciais, que em geral acometem as pessoas mais jovens ou com pouco tempo de iniciação, já que se considera que seus caboclos ainda são jovens, inexperientes, brutos, também no sentido de violentos, porém principalmente no de não-trabalhados, não lapidados (...). (Banaggia, 2013, p. 318, aspas do autor)

A noção de irradiação, tal como aparece nos casos estudados por Rabelo e Banaggia, pode ser aproximada daquilo que Bastide (1978) denominou de “transe selvagem” e Halloy (2005, p. 387) definiu como um “signo da eleição do indivíduo pela sua divindade e, conseqüentemente, um convite a se investir no culto”. Nesses estudos, o material de campo indica que a irradiação seria sobretudo um estágio prévio ao transe de possessão e sua existência deverá ser de algum modo contida ou dirimida pelo processo de iniciação.

Halloy (2005, p. 388) estabelece uma distinção entre o *transe* esperado – aquele induzido pelo processo ritual – e o transe *inoportuno* – aquele que se daria fora do contexto ritual, por exemplo, em função do descontentamento da divindade em relação à não realização de obrigações por parte de seu filho de santo¹⁰, quando a entidade faz um pedido ou exigência ou quando esta sobrevém para ajudar seu filho(a) em uma situação de perigo ou conflito. Halloy elenca, ainda, outras distinções realizadas pela literatura sobre transe de possessão, para além da clássica “transe selvagem” *versus* “transe domesticado” de Bastide (1978), por exemplo, entre “possessão feliz” e “possessão infeliz” (de Heusch, 1971 e 1995 apud Halloy, 2005), “possessão incontrolada” e “possessão controlada” (Rouget, 1980 apud Halloy, 2005) e a que ele mesmo propõe de “transe consciente” e “transe inconsciente”¹¹.

Ao assumir as dicotomias elencadas por Halloy, pode-se dizer que a irradiação situar-se-ia em sua metade “disfuncional”, isto é, estaria próxima de um transe *selvagem, infeliz, incontrolado e inoportuno*. No entanto, essas oposições só fazem sentido quando o ponto de vista assumido pressupõe a centralidade da possessão e do culto no qual esta se inscreve. Há, em uma série de trabalhos etnográficos, indicações da presença de *irradiações* fora de um contexto ritual ou de um culto institucionalizado. A partir deles, vislumbra-se que não é necessário ser adepto do candomblé ou de uma das inúmeras religiões de matriz africanas que se espalham pelo Brasil para se ter uma relação – por vezes bastante intensa – com os orixás.

10 Ver Halloy (2005, p. 418) para uma discussão sobre o transe em momento inadequado enquanto punição por parte do orixá ao seu “filho”.

11 A irradiação é descrita pelos interlocutores de Halloy (2005) e por ele próprio como uma “vibração no corpo”, “um estado durante o qual o corpo é percorrido por longos calafrios e tremedeiras incontroláveis”, “frequentemente acompanhados de um ‘ligeiro desequilíbrio’”. Segundo o autor (2005, p. 395), “uma característica desse estado é que a pessoa permanece em grande parte consciente do que lhe sucede”. “A aparição de tais sinais deixam entrever a possessão iminente”. Nos contextos etnográficos aqui analisados, tudo indica que a dicotomia consciente/inconsciente não é a ideal para descrever o que se sucede com os corpos, uma vez que estes são atravessados por oscilações entre esses estados.

Cecília Campello do Amaral Mello

Qual caráter assumiriam, então, as irradiações se abandonarmos a institucionalidade religiosa e suspendermos por um momento a onipresença da possessão?

Irradiações inoportunas e infelizes

Há um conjunto de etnografias em que a irradiação não aparece explicitamente relacionada ao processo de iniciação. Aqui se situa, por exemplo, aquele tipo de irradiação julgada maléfica ou perigosa. Jim Wafer (1991, p. 74) apresenta uma situação descrita como *irradiação de egum*, isto é, aproximação indesejada de um espírito de morto, que permanece próximo à pessoa, algo entendido como negativo, mesmo quando se trata de um espírito bem intencionado:

[O pai de santo] Marinalvo fez uma série de predições: em primeiro lugar, ele disse, o dono da minha cabeça era o velho Oxalá, conhecido como Oxalufã, o pai dos orixás. Em segundo lugar, ele disse que eu estava sofrendo por causa da irradiação de um egum. Este era o espírito de uma pessoa próxima a mim, que tinha morrido. O egum estava me prejudicando, embora com a intenção de me ajudar. Ele me pediu para imaginar qual pessoa poderia ter sido esta. Eu lhe perguntei se a pessoa tinha morrido recentemente ou há muito tempo. Ele não respondeu a minha pergunta, mas me disse que a situação era perigosa e que tinha de ser resolvida o mais rápido possível, através de um ritual chamado “limpeza de corpo”. Ele acrescentou que eu deveria dar comida para Oxalá assim que eu pudesse, porque ele queria comer, e também para o meu exu, chamado Boca de Fogo.

152

Em alguns trabalhos, essa aproximação nociva de espíritos ou entidades “sem luz” não recebe o nome *irradiação de egum*; é chamada de encosto. Flaksman (2014, p. 142) relata a história da família Cajazeira, uma das famílias mais antigas do terreiro do Gantois em Salvador e sua relação ou *enredo* com a morte e os espíritos, em função de o patriarca da família, Seu Carlos Cajazeira, ter sido uma liderança espírita:

As sessões de *mesa branca* caracterizam-se pela grande variedade de espíritos que nelas se manifestam: numa mesma sessão, podem aparecer orixás, espíritos de médicos como João Luiz, caboclos, astecas, exus e mais uma ampla variedade de entidades — desde as entidades “sem luz”, que causam problemas na vida das pessoas e podem assumir formas diversas, até os espíritos “de luz”, normalmente espíritos de médicos, curandeiros etc., que vêm à Terra a fim de prestar auxílio em tratamentos e processos de cura. Na mesa branca de Seu Carlos Cajazeira, avô de Bárbara e pai de Cleide, trabalhava-se também no combate ao “encosto”, livrando a pessoa das influências maléficas do espírito que trazia “encostado”.

Esse tipo de irradiação ou encosto – é igualmente entendida como uma aproximação excessiva da entidade ou espírito de morto – mas não é algo celebrado ou

Cecília Campello do Amaral Mello

desejado; trata-se de uma situação perigosa que deve ser dirimida: se a entidade que se aproxima não é o santo da pessoa, ela pode ser um espírito de morto da família desta, que passa por dificuldades para se “desligar da matéria”, ou ainda o Exu da pessoa que busca propositalmente chamar atenção, colocando a pessoa em situações embaraçosas, seja para deliberadamente atrapalhar sua vida, em função de alguma dívida ou necessidade de obrigação; seja para proteger a pessoa, lembrando-a de algum perigo iminente.

No Baixo Sul baiano, Paula Siqueira (2012) relata uma situação em que o exu da pessoa está tão próximo que a irradiação é entendida como uma quase-possessão. Vejamos:

Naquele dia, o Exu dirigira as ações de Valdir, mas uma pessoa desavisada não conseguiria percebê-lo. Eu mesma não percebi, e inicialmente demorei a entender como Valdir, que normalmente não incorporava, poderia estar tão *irradiado* por seu Exu a ponto de suas ações serem na verdade as dele. Em sua família, ao contrário, todos já sabiam que aquele comportamento não era o normal do rapaz, usualmente pacato e brincalhão. Há muito eles conheciam aquela forma de “influência”, e por isso o irmão de Valdir me explicou: – “Não toma totalmente, mas *radeia*, alguém com o coração puro tenta ajudar, ele traça toda a boniteza. Você pensa que é humano, porque ele responde bem, mas na verdade já era o Tranca-Rua dele pensando em fazer desgraça. (Siqueira, 2012, p. 23, grifo meu)

153

Algumas pesquisas apontam, ainda, que a irradiação pode ser sintoma de uma prática feiteira, forte indicador de se estar sob a influência de um feitiço: irradiar-se-á um espírito enviado por alguém, um exu ou egum mais frequentemente, que irá atuar no sentido de prejudicar a pessoa, atrasar sua vida. Vejamos um dos exemplos do trabalho de campo que Siqueira (2012, p. 24, grifo meu, aspas da autora) oferece:

No caso de Valdir, não se aventou feitiço, pelo menos não naquele momento. Já no caso de Jana, ao contrário, a bruxaria era certa. Uma padilha a “*irradiava*”, mas não era a sua Padilha; aquela era uma exu despachada para virar a vida de Jana pelo avesso, missão que até então a exu cumpria com sucesso.

Trata-se, neste caso, de um feitiço que precisaria ser desfeito. Siqueira ressalva, porém, que “desfazer um feitiço” não significa simplesmente expulsar o Exu ou espírito que se aproximou excessivamente da pessoa, como se expulsaria algo de natureza necessariamente nociva, afinal nada, muito menos um exu, é entendido como em si mesmo bom ou mau. Todos os esforços são, então, direcionados para um trabalho que envolve negociação, cuidados e esforços para se conquistar o respeito do Exu, de modo a “orientar o enorme poder do Exu em favor da pessoa que ele possui” (Iriart, 1998, p. 147, *apud* Siqueira 2012). Afirma Siqueira (2012, p. 30):

Em casos semelhantes ao de Jana, quando se chegou ao diagnóstico de bruxaria, o problema não era exatamente a convivência entre exus e humanos (...), mas o excesso de proximidade entre um e outro. Como a padilha queria capturá-la, tomando-a por inteiro, Romualdo procedeu à retirada, mas uma retirada bem específica, que visava aumentar o intervalo entre humano e espírito, e não exatamente afastá-los em definitivo. Depois do trabalho, a padilha comeria através dos ebós, e não mais “através de Jana”, explicou Romualdo (p. 29-30). Se a exu resolvesse acompanhá-la, com a convivência, haveria espaço para ela se tornar a Padilha de Jana, quando então ambas se veriam capturadas. Pouco a pouco, vindo mais à terra, a Padilha “experimentalista” Jana que, por sua vez, aprenderia a receber “a força de um caboclo no seu corpo”. Ambas lidariam com as suas diferentes forças.

Assim, o trabalho do pai-de-santo será no sentido de criar o que Siqueira chamou de uma “composição”, isto é, irá buscar ser capaz de manter a padilha enviada para Jana a uma distância segura¹², apostando que a convivência entre ambas permitirá que essa exu enviada por um inimigo se tornasse sua aliada. O feitiço, portanto, não é exatamente desfeito, mas refeito ou revertido a favor da pessoa enfeitada ou irradiada, compondo um novo arranjo de forças, cuja estabilização, lembramos, nunca é definitiva e, nessa medida, supõe cuidados e atenções permanentes. Afirma Siqueira (2012, p. 31):

A captura não termina em si mesma, ela compõe e, neste ato, há muito que escapa ao controle do feiteiro. Aliás, controle não é mesmo um bom termo para descrever essa forma especial de captura. Quando um feiteiro envia um espírito para fazer mal a seu desafeto, ele faz uma aliança com um ser temperamental, cuja força é maior do que a sua própria. Ao chegar a seu alvo, o espírito passa a habitar o corpo do enfeitado – ato que chamei de composição – e, uma vez ali, nunca se sabe quais outras alianças se seguirão.

“Quem daí?”

A questão é que, quando se está irradiado, nunca se sabe, em princípio, que tipo de entidade se aproxima. Há que se ter conhecimento sobre as histórias, os mitos, os hábitos e os *enredos*¹³ de orixás e entidades e experiência em lidar com eles para engendrar o trabalho de identificação de *quem está aí*. Importante observar que, embora identificações parciais sejam possíveis e ocorram a todo tempo, a pesquisa sobre *quem está aí* nunca é encerrada, uma vez que novas qualidades deste ente do cosmos vão sendo descobertas ao longo do tempo. Há uma indeterminação intrínseca e correlata à abertura que conduzirá a esse encontro singular da pessoa com um “fora”, um cosmos externo, dentro dele mesmo. Assim, movido pelo desejo de descobrir “aquilo que não se sabe bem o que é”¹⁴, é possível que a irradiação seja, ainda, um exercício de experimentação e pesquisa. Cito, mais uma vez, os dados de campo de Siqueira (2012, p. 35-36, grifos meus), particular-

12 Siqueira indica que a ideia de “distância intervalar” é diretamente emprestada do trabalho de Edgar Barbosa Neto (2009) sobre as casas de religião em Pelotas, Rio Grande do Sul. Afirma Siqueira (nota 13, p. 30): “Enquanto em sua experiência de campo ‘os espíritos que apresentam uma menor distância intervalar relativamente aos humanos parecem ser os mais adequados à prática da feitiçaria’, na minha, a feitiçaria é a própria diminuição dessa distância”.

13 Para uma análise da noção de enredo num tradicional terreiro soteropolitano, cf. Flaksman (2014).

14 A expressão de Marina Vanzolini (2014) “Daquilo que não se sabe bem o que é” e sua análise sobre a relação afro-indígena nos parecem particularmente fecundas para a presente análise. Voltaremos a este tema adiante.

Cecília Campello do Amaral Mello

mente ricos em possibilidades de leitura, como aquela aqui proposta da *irradiação* enquanto *experimentação*:

Num dia de sexta-feira, depois que a maioria dos presentes já tinha deixado o terreiro, o pai-de-santo reclamou de uma radiação que persistia há mais de uma semana.

- “Tome um banho” – sugeriu Cauã.

“Não, tenho que deixar eles chegarem! Se não, como vou saber quem eles são? Tenho que saber como é a *radiação* de cada um”.

Como o pai-de-santo sentia “ânsia de desmaio”, suspeitava serem espíritos de morto (eguns). Mas sua metade esquerda estava pegando fogo, já a direita não, estava mais fria. Possível então ser ogum xoroquê, ele especulou, um santo “metá-metá” – metade santo, metade exu –, com o qual não tinha muita “experiência”. O santo, se santo fosse, poderia sussurrar-lhe uma zuela que “viria na [sua] mente”. Ou então ele poderia lhe dar gana de comer algo inusitado, aparecer em seus sonhos, ou tomá-lo de vez em possessão. Assim, o pai saberia do que o santo gostava, saberia também por que ele estava ali. Seria ele um espírito das águas? Das matas? Das estradas? Do tempo? Do cemitério? Seria mandado por feitiço? Seria ele do candomblé? Da umbanda? De que “ritmo” ele faria parte?

Para conhecê-los, é preciso experimentá-los.

Outra expressão dada para essa aproximação de uma entidade indefinida (e a ser conhecida) que se aproxima demais é dizer que a pessoa “bolou no santo” e pode indicar, como nos casos vistos anteriormente, a manifestação de um santo que pede a feitura. Na monografia de Carmem Opipari (2009, p. 220), esta aproximação que faz o *abiã* (candidato a iniciado) “bolar no santo” é descrita pelo pai de santo Manuel como um “namoro em que o santo não toma por completo a cabeça (ori) da pessoa, dela se aproxima levemente”. Opipari (2009, p. 220, grifo meu) aponta que “esta ideia de namoro lembra aquela de *irradiação*, uma vez que o *abiã* ainda não selou aliança com seu santo, admitir-se-á que, quando dança, ele somente sofre sua irradiação”. Neste caso, a irradiação seria a vibração que acompanha a aproximação de um orixá quando ainda não houve feitura, isto é, quando ainda não se sabe qual será o santo pessoal de um(a) candidato(a) a filho-de-santo¹⁵.

Eu nunca bolei e, virar mesmo, eu nunca virei. Eu sinto uma *irradiação* forte de lansã quando eu danço na roda, ela não me pega completamente, ela só irradia. (...) Você sente assim... É como se você... É igual um orgasmo, é difícil explicar, é a sensação de um orgasmo: arrepio na nuca, adormecimentos, o

15 Importante notar que se pode irradiar um orixá que não se tornará seu orixá pessoal, já que é apenas no momento da feitura do santo que este se confirmará. Segundo Opipari (2009, p. 220), “diz-se por exemplo que o santo do *abiã* não é forçosamente o seu. Seguindo a ideia da “feitura” como nascimento do santo, ele é algo que está ainda em formação, em gestação. Ainda indefinido, o santo do *abiã* pode, então, mudar no momento da “feitura”.

Cecília Campello do Amaral Mello

coração bate mais depressa... Mas eu queria saber o depois, como é que é o depois... (Depois? Indaga a etnógrafa) É, depois: como é receber o santo mesmo, como a gente fica. (...) eu sou tão curiosa...¹⁶

A irradiação, na leitura proposta por Opipari é, além de um indicador da necessidade de feitura, uma *modulação do transe*, um estado desejado, um modo de relação característico de um período de “namoro”, um período de “aproximação” que permite a construção de uma intimidade com o orixá, uma convivência anterior à aliança propriamente dita, que será confirmada (ou não) pela feitura do santo, momento em que aquilo que irradia na pessoa será finalmente conhecido através do processo combinado de atualização do orixá geral e singularização do santo pessoal produzido pelo ritual de iniciação. Nessa mesma direção, Goldman (2005, p. 9) formula deste modo a dupla-captura entre pessoa e orixá:

A divindade não é, portanto, um elemento apenas exterior ao ser humano, que a ele se reuniria de forma periódica. Feito dentro dele, ao mesmo tempo que sua própria pessoa, o orixá habita, de modo constitutivo, o que Bastide (1978, p. 226) denominou seu “castelo interior”.

A monografia de Bianca Arruda Soares (2014), realizada em Belmonte, sul da Bahia, traz um exemplo interessante sobre este encontro que, num primeiro artigo de minha autoria sobre a noção de irradiação (Mello, 2013) definimos como um encontro de um “dentro” com um “fora”:

Fluxos de intensidade oriundos da fonte de irradiação atravessam-no e afetam-no. Seja por reter parte desta força que o trespassa, seja porque esta força ativa algo pertencente ao próprio (ou por ambas as razões), o que se diz é que algo irradiou no agente ou que ele(a) está “irradiado (a)”. (Mello, 2013, s/p)

Definindo irradiação como uma “manifestação mais sutil” e como “estágio anterior”, distinto da *incorporação* ou da *aparicação*, Soares narra um episódio em que foi acometida por um choro copioso e, à primeira vista, sem sentido quando estava diante de uma senhora da cidade para realizar uma entrevista. Diante disso, a filha dessa senhora, que observara e se divertira com a cena, indagou se a etnógrafa estava de *dandá*. Em suas palavras:

Naiana me explicou que estar de *dandá* é, literalmente, estar manifestada, ou como ocorreu comigo na noite passada, estar *irradiada* na Oxum. Dandalunda é como se chama a Oxum na angola, continuou. No caso, ela informou que, sendo a mãe dela da Oxum, naquele momento, a presença da Oxum estava muito forte e eu senti a irradiação dela e, por isso, chorei. Para completar, Naiana perguntou se eu era da Oxum e eu disse que não sabia. Naiana disse então que provavelmente eu devia ter a Oxum para ter manifestado daquele jeito. (Soares, 2014, p. 57-58, grifo meu)

16 Neste exemplo, ao contrário do caso de Curió analisado em Rabelo, “estar irradiado” é descrito como uma experiência agradável do ponto de vista de quem sofre a irradiação. A irradiação pode, ao mesmo tempo, ser entendida como algo agradável e oportuno (catalisador da iniciação); agradável e perigoso (aproximação excessiva de uma entidade indesejada), desagradável e oportuno e desagradável e inoportuno, e tudo isso vai depender de quem estamos falando (é desagradável para o candidato a adepto, mas não para o líder espiritual, por exemplo), daí sua não biunivocidade. Avaliações sobre o caráter “feliz ou infeliz”, “esperado ou inoportuno” de uma irradiação só serão possíveis a partir de uma análise da situação específica em que o fenômeno ocorre e sempre irão depender do ponto de vista que se assume.

Cecília Campello do Amaral Mello

Esse episódio traz elementos interessantes na direção daquilo que propõe Opi-
pari (2009) sobre o transe de possessão e que poderíamos extrapolar, com base no
exemplo etnográfico de Soares, para o caso da irradiação. Em Opi-
pari, a posses-
são não é mais entendida como supondo uma separação entre o santo –tomando
como sujeito –e o adepto –entendido como objeto –mas como uma dupla-captura,
“mútua fabricação ou feitura que estabelece uma aliança entre o adepto e o orixá
singularizado, seu santo” (2009, p. 262). A iniciação por ela denominada de “ínti-
ma aliança” seria o momento de consolidação de um encontro em que o orixá e
o adepto são a um só tempo forjados. Assim, os efeitos da irradiação não podem
ser sentidos ou “captados” por todos da mesma forma: há que se ter uma sensibi-
lidade específica – isto é, ser filho de tal ou qual orixá – para que seus efeitos se
façam perceptíveis.

Irradiação no movimento cultural afro-indígena

O grupo cultural conhecido como “Movimento Cultural Arte Manha” foi cria-
do há 25 anos por jovens moradores da região periférica de Caravelas, conhecida
como “Avenida” e é resultado da confluência de uma série de encontros de seus
integrantes com pessoas, acontecimentos políticos e técnicas artísticas que por
aí passaram em diferentes épocas¹⁷. Filhos de famílias de trabalhadores rurais e
estivadores, os integrantes do movimento produzem uma arte denominada *afro-
-indígena*, que traduz um modo particular de aliança entre povos indígenas e ne-
gros ao longo da história¹⁸.

Os integrantes do movimento são descendentes, por um lado, dos Tupinambá
de Olivença que fugiram do processo de extermínio relacionado aos conflitos de
terra na região de Ilhéus e se instalaram na região de Caravelas após uma cami-
nhada, na década de 1950, de mais de 450 km rumo às então “matas brutas” do
Prado, terras devolutas da região. Possuem, ainda, laços de parentesco com os
Pataxó da aldeia Barra Velha, Corumbau, razão pela qual recentemente alguns
de seus integrantes obtiveram a “carteirinha da FUNAI”, isto é, reconhecimento
oficial de sua identidade indígena. Eles também se afirmam enquanto negros,
descendentes de pessoas de origem Banto escravizadas no continente africano e
levadas para exercerem trabalho forçado nas lavoura de café da Colônia Leopoldina,
uma das primeiras colônias de imigrantes europeus no Brasil, localizada no
distrito de Helvécia¹⁹, Nova Viçosa, município hoje vizinho a Caravelas.

A ideia de *afro-indígena*, como vimos em trabalhos anteriores (Mello 2010,
2014, 2017), não é entendida como sendo da ordem da mistura ou da mestiçagem,
mas percebida como uma soma ou adição de um *cosmos* afro e de um *cosmos* indí-
gena, um encontro ou aliança que não dilui ou diminui a força das partes, mas, ao
contrário, aumenta a potência de sua ação no mundo²⁰. A noção de afro-indígena
pode ser entendida enquanto “um meio, um intercessor por onde passam ideias,
ações políticas, obras de arte e seres do cosmos” (Mello 2014, p. 227). Esta apro-
ximação ou justaposição entre elementos com origens e histórias distintas não
dissolve suas qualidades; ao contrário, este encontro entre heterogêneos pode
ser entendido enquanto um método de fortalecimento de sujeitos e grupos, de

17 Um elemento central da heterogênese do movimento (Mello, 2003) são os encontros, concretos ou virtuais, com determinadas pessoas –entendi-
das como formas de produção subjetividade e não indivíduos. Importante demarcar a impossibilidade de totalizar ou identificar a subjetividade com que entraram em contato com os indivíduos concretos que por lá passaram. Como afirma Guattari (1986, p. 31), “uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade de agenciamentos de subjetivação”.

18 Flavio dos Santos Gomes (2001, 2005), em sua fascinante investigação sobre as relações entre negros e índios no Brasil colonial, traz uma variedade de exemplos históricos que apontam para a existência de realidades praticamente ignoradas da historiografia corrente sobre o período. Para além dos quilombos, que eram muitos, Gomes apresenta-nos os “mocambos de índios”, que eram formados frequentemente na região amazônica com índios e negros fugidos. Recriações e reelaborações culturais diversas podem ter nascido deste encontro: “Em várias áreas coloniais, principalmente nas fronteiras

Cecília Campello do Amaral Mello

incremento de sua saúde e criatividade e de intensificação de sua potência transformadora no mundo.

Proponho que a *irradiação*, tal como experimentada pelos integrantes do movimento cultural afro-indígena, isto é, fora do ambiente institucional das religiões de matriz africana, também possa ser lida enquanto um método particular de fortalecimento dos corpos e de sua ação no mundo, tornados possíveis por meio da propagação do axé que propicia.

No caso do movimento cultural, por exemplo, a descoberta da relação com os grupos indígenas em suas festas e práticas artísticas os levou a entrar num *devir-índio*. Isso se deu através das *irradiações* de caboclos²¹ durante a passagem do Bloco de Índio Tupinambá, festividade da qual participam no carnaval, bem como por meio da aparição não intencional de formas indígenas em suas criações artísticas (escultura e pintura) e através dos encontros concretos propiciados pelos intercâmbios culturais que realizam com os Pataxó de Barra Velha (município do Prado).

Em Mello (2013) defini a *irradiação* como modo da relação que diz respeito às situações em que a aproximação com uma fonte de intensidade (orixá, acontecimento brutal, espetáculo artístico) de um determinado agente produz alterações relevantes em suas qualidades, através de ondas que vão além dele mesmo. Fluxos de intensidade o atravessam, afetam-no e podem igualmente afetar outros a sua volta, fazendo-os, por sua vez, irradiar. Vejamos exemplos do trabalho de campo em que esse efeito aparece de forma mais nítida.

Irradiação na Aruanda

Era noite de lua e o Bloco de Índio Tupinambá estava fazendo a *Aruanda*²² no pátio a céu aberto na sede do movimento cultural, um sítio situado entre a cidade, o mangue e a mata, numa zona periférica da cidade de Caravelas. Antes de tomar as ruas, o bloco se reunira na casa de um dos seus integrantes e Piaba, o folião que põe o bloco em marcha há muitas décadas, pedira licença aos caboclos, aos encantados e demais entidades indígenas para a realização da *brincadeira*. O pedido de licença é também um pedido de proteção e uma expressão de respeito. Apesar disso, é comum que alguns integrantes *irradiem*, isto é, sejam atravessados por forças que levam a uma alteração corpórea: a impressão do exterior é de que os corpos são atravessados por ondas de intensidade, o que provoca tonturas e tremedeiras e as faz cantar *os pontos de caboclo* com mais vigor e num tom mais agudo. Há, ainda, aquelas que caem, isto é, que incorporam o espírito de um caboclo durante o percurso pela cidade e essa presença é indicativa de que o Bloco está *forte*, cantando e dançando bonito.

Dona Tata, uma vizinha branca, bastante idosa e “beata católica”, como contaram-me os integrantes do movimento, morava há poucos passos do sítio-sede do movimento e, nessa noite, observava um pouco timidamente a roda, até que seu corpo começou a oscilar. *Está irradiada* pelo caboclo, disseram-me alguns presentes com entusiasmo. A aproximação do caboclo foi saudada, mas Dona Tata/o caboclo foi logo levada/o para um canto. Moveram seus braços para baixo e chamaram-na pelo seu nome próprio, retirando-a do quase-transe.

da Amazônia colonial, índios e negros fugitivos (...) entraram em contato não só com ideias, mas fundamentalmente com outras experiências históricas” (Gomes, 2001, p. 67-68). Além disso, as pesquisas de Gomes indicam que os quilombos e mocambos muitas vezes mantinham intensas relações comerciais com as vilas mais próximas, desmistificando a ideia de que estes eram necessariamente unidades isoladas e sem relações com a vida da colônia. Supõe-se que, para além das trocas comerciais, trocas religiosas também tenham se efetuado intensamente.

19 Sobre a Colônia Leopoldina e Helvécia, ver o trabalho de Ossowicki (2003).

20 Opto pela grafia afro-indígena, com hífen, para demarcar o caráter de adição e não de fusão dos termos afro e indígena.

21 Caboclo é um termo comumente empregado no sul da Bahia como sinônimo de indígena (os “caboclos da aldeia de Barra Velha”), mas também como referência aos espíritos de entidades indígenas.

22 Aruanda designa a roda onde se canta e dança e também a aldeia em que vivem os espíritos dos caboclos e encantados.

Embora dona Tata frequentasse apenas a igreja Católica, soube mais tarde que ela já fora do *santo*, mas o terreiro que frequentava fechara anos antes. Segundo sua filha, “mamãe não pode ouvir um tambor que logo cai”. O caboclo foi rapidamente despachado, em consideração à saúde de dona Tata, que poderia não suportar o arrebato. Embora se tomem todas as precauções para que os caboclos fiquem afastados e apenas protejam a festa, eles são secretamente desejados: quando um aparece, é saudado por todos e algumas pessoas aproveitam para se consultar (o que não ocorreu no caso descrito, pois dona Tata não chegou a *incorporar*). Os integrantes do movimento cultural não esconderam seu orgulho com a visita inesperada. A irradiação de um caboclo durante o bloco de índio foi reveladora não apenas de que o bloco estava especialmente forte, mas também de que o local onde o bloco se apresentava tem muito *axé*. É a *boniteza da festa* que faz os caboclos não resistirem e descerem para dela participar, explicaram-me.

Outro exemplo do trabalho de campo revela mais nuances da noção de irradiação em Caravelas. O espetáculo-performance *Origem* encena o surgimento da vida na Terra (Aiyê) a partir de um universo onde tudo era água e o subsequente aparecimento de todos os seres vivos, entre eles os humanos, moldados no barro pelas mãos de Oxalá e vivificados pelo sopro de Olorum. Através da dança, os integrantes do movimento cultural põem em cena uma narrativa sobre a vida e morte de Zumbi dos Palmares, associando sua presença no mundo com a atuação dos orixás: Zumbi nasce pelas mãos de Oxalá, é coroado rei por Oxum e, depois de morto, velado por Exu, Obaluaíê e Iansã e carregado num cortejo fúnebre por todos os orixás.

Esta encenação na IV Semana Zumbi dos Palmares²³ sediada em Caravelas teve algo de especial: uma lua cheia e tochas de fogo iluminavam o sítio do Movimento, o declive natural do terreno formou uma arena e os moradores da Avenida, bairro de Caravelas, aglomeraram-se para assistir ao espetáculo. Os integrantes do movimento cultural não são devotos de nenhuma das inúmeras variações de religiões afro-brasileiras que proliferam em Caravelas, mas delas participam de inúmeras maneiras. Eles não são “do santo”, nem querem ser (apesar da “vontade do sujeito” não ser algo que faça muito sentido na processo de adesão às religiões de matriz africana). Alguns porque têm medo, outros por recusa às obrigações envolvidas na religião, outros por serem oriundos de famílias evangélicas e ainda há aqueles que até recentemente se definiam como ateus e materialistas.

Logo antes do Umbandaum²⁴ entrar em cena, decidi ir aos bastidores atrás do curral para conversar com uma pessoa da família que “me adotou” em Caravelas. Portando as vestes de Iansã, ela estava com os olhos semicerrados e respondeu-me de forma estranha, acenando com a cabeça, sem pronunciar palavra alguma. Seu filho, então com quatro anos de idade, estava ao seu lado vestido para o espetáculo e também trazia os olhos sonhadores, além de comportar-se de forma excessivamente calma, diferente da criança ativa que conhecia. Explicaram-me mais tarde que ela estava irradiada e que sua irradiação por Iansã por sua vez se transmitiu a seu filho, no dizer nativo, “irradiou no menino”.

23 Trata-se de um festival com uma semana de duração que reúne grupos culturais do Sul e do Extremo Sul baiano, bem como artistas parceiros que oferecem aos moradores da cidade oficinas de atividades artísticas que culminam em um grande desfile no dia 20 de novembro, em homenagem a Zumbi dos Palmares.

24 Umbandaum é o grupo cultural que deu origem ao Movimento Cultural Arte Manha e hoje pode ser entendido como a parte do Movimento voltada para a criação de espetáculos de dança, teatro e performances. O nome é uma referência e homenagem a Gilberto Gil, que em 1982 lançou um LP chamado Um Banda Um, que em muitos sentidos inspirou os artistas do movimento.

Cecília Campello do Amaral Mello

No espetáculo, sua Iansã adentrou a arena lançando um grito assombroso, rodopiou diversas vezes e dançou desenhando no ar um movimento com os braços como se empunhasse uma espada. Enquanto assistia aos passos da filha, sua *mãe carnal* chorava em silêncio. Seu filho mais velho, irmão daquela que representava Iansã, veio como Xangô. Entrou no palco dançando e carregando nas mãos duas cabaças em fogo ardente: o público tinha a impressão de que duas esferas de fogo deslizavam por suas mãos. A irradiação do filho por Xangô por sua vez irradiou na mãe e esta fechou os olhos e seu corpo sofreu um espasmo, mas ela foi capaz de resistir à vibração que tomou seu corpo. Após controlar o fluxo que a atravessava, lágrimas tomaram sua face. O choro é uma das expressões da irradiação e também uma característica de Oxum, seu orixá.²⁵

No dia seguinte, Jaco, artista fundador do movimento cultural, comentou sobre o espetáculo: “aconteceu uma coisa diferente ali ontem. Nunca tinha sido tão forte.” Os integrantes do grupo que “representaram” Iansã e Xangô afirmaram não se lembrar de absolutamente nada do que se passara. Alguns chegaram a afirmar, com base nessa afirmativa, de que eles não estariam apenas irradiados, mas teriam de fato sido possuídos, ou seja, seus orixás teriam aí se “manifestado”. A experiência foi tão intensa para ambos que, nos espetáculos que se seguiram a este, os dois nunca mais se apresentaram como Iansã e Xangô, seus respectivos orixás pessoais.

No primeiro caso, a irradiação está associada à aproximação de um caboclo e à entrada num estado próximo, porém distinto do transe. No segundo caso, a irradiação de Iansã sobre a integrante do movimento cultural foi tão potente, que irradiou em seu filho, em seu irmão (que vinha como Xangô, um dos maridos de Iansã) e sua mãe que, irradiada por sua Oxum, pôs-se a chorar. Quando se encena ou se representa a possessão pelo orixá pessoal este se sente convidado a manifestar-se, e isso é entendido como “muito perigoso” pelos mais velhos, que advertiram os integrantes do movimento cultural a parar de “brincar com fogo” e recomendaram duas práticas para se evitar uma irradiação intensa demais: é preciso, antes de tudo, pedir licença aos orixás e, como forma adicional de precaução, evitar criar as condições nas quais o orixá possa se sentir “convidado” a manifestar-se, a mais importante delas é impedir que a pessoa represente seu próprio orixá. No caso apresentado, os integrantes do movimento cultural, após este evento, passaram a representar outros orixás com os quais não têm *enredo* algum.

Considerações finais

A partir das etnografias analisadas, pode-se definir a *irradiação* como uma força que atravessa os corpos e os transforma ou, antes, os modula, tornando-os, em alguma medida, mas não totalmente, *outros*, modo através do qual, ou melhor, *meio* através do qual ocorreria a transmissão do axé. Os corpos não são completamente arrebatados por essa força, como ocorre na possessão, nem tampouco há um controle absoluto sobre o fluxo que os percorre e atravessa.

O diálogo comparativo com outros contextos etnográficos nos ensina, contudo, que há algo mais em jogo. Nada impede que a pessoa represente seu próprio

25 Halloy (2005, p. 475) apresenta exemplo parecido, em que o simples ato de olhar para o orixá, em filhos desse mesmo orixá, “provoca a irradiação instantânea deste”.

Cecília Campello do Amaral Mello

orixá para atraí-lo para perto de si ou que se permita ser irradiado(a) para aproximar-se de uma força a *priori* indeterminada. Como vimos, no limite, só é possível conhecer “quem está aí” quando se *experimenta a irradiação* do orixá ou entidade. Trata-se, assim, de um exercício arriscado de se entrar em contato com forças que se desconhecem, mas com as quais, não obstante, se deseja compor.

Como vimos em outro momento (Mello, 2014), há, neste encontro entre cosmos africanos e ameríndios algo em comum, uma potência de indeterminação, descrita de forma precisa por Vanzolini (2014) como “aquilo que não se sabe bem o que é”. Esta indeterminação, como destacamos, não é uma imprecisão, mas sim uma força ativa, resultado de uma criação por definição contingente e indeterminável a *priori*. Trata-se de “algo que já estava lá, mas que precisa ser criado”, como bem coloca Moreira Lima (2016, p. 22), a respeito dos paradoxos das linhas de fuga.

A noção de irradiação aponta para esse momento instável e volátil em que algo acontece, mas em que ainda não é possível saber do *que* ou de *quem* se trata. Vanzolini (2014, p. 277) afirma, a propósito das possíveis aproximações entre os cosmos ameríndios e das religiões de matriz africana: “se há algo que “participa” entre humanos e não humanos nos mundos ameríndios talvez seja mais um emaranhado de conexões instáveis e parciais, *continuum* de diferenças que podem aumentar ou diminuir, do que uma oposição binária entre identidade interior e diferença externa”.

Nessa direção, a irradiação pode ser entendida como uma potência intensiva do meio; o interstício por onde é possível se estabelecer uma relação parcial, transversal e reversível entre humanos e divindades, propiciando não apenas a transmissão do axé, mas também uma experimentação com as forças do *cosmos*. A irradiação seria, assim, um intercessor no qual se dá o encontro do universo das religiões de matriz africana com o cosmos ameríndio, produtor de uma “abertura do mundo” capaz de fazer circular nos corpos uma “potência inclusiva e autodiferenciante” (Vanzolini, 2014, p. 281). A irradiação, por fim, pode ser compreendida como uma marca singular da relação afro-indígena na qual vetores de aproximação de forças incorporais se compõem com vetores de “saída de si”, em um movimento que nunca é totalizante numa direção ou na outra.

A ênfase – maior ou menor – na possessão como parâmetro central da análise sobre o transe nas religiões de matriz africana no Brasil finalmente talvez tenha a ver com as características particulares de cada campo de onde emergem as etnografias estudadas. No caso estudado, a possessão – embora certamente presente – não é tão comum ou relevante para o movimento afro-indígena quanto a experiência da *irradiação*. O presente artigo, portanto, buscou conhecer como a irradiação se manifesta nesse e em outros contextos etnográficos da mesma região. Ao se “suspender” a centralidade da possessão, foi possível compreender a irradiação sobretudo enquanto um modo característico da aliança afro-indígena, capaz de funcionar como um meio propício ao encontro e à experimentação com as forças, orixás e entidades que povoam o mundo.

Recebido: 9/6/2019

Aprovado: 12/10/2019

Cecília Campello do Amaral Mello

Referências

- BANAGGIA, Gabriel. *Religiões afro brasileiras em perspectiva transformacional*. R@u– Revista de Antropologia da UFSCar, v. 6, n. 2, p. 57-70, jul.-dez. 2014.
- BANAGGIA, Gabriel. *As forças do jarê: movimento e criatividade na religião de matriz africana da Chapada Diamantina*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- BARBOSA Neto, Edgar. *A máquina do mundo: variações sobre o politeísmo em coletivos afro-brasileiros*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- BARBOSA, Gustavo. *A Socialidade contra o Estado: a antropologia de Pierre Clastres*. Revista de Antropologia, v. 47, n. 2, p. 529-576, 2004.
- BASTIDE, Roger. *O candomblé da Bahia: rito nagô*. São Paulo: Nacional, 1978 [1958].
- BASTIDE, Roger. *As religiões africanas no Brasil: contribuição a uma sociologia das interpenetrações de civilizações*. v. I. São Paulo: Pioneira; EDUSP, 1971a [1960].
- BASTIDE, Roger. *As religiões africanas no Brasil: contribuição a uma sociologia das interpenetrações de civilizações*. v. II. São Paulo: Pioneira; EDUSP, 1971b [1960].
- DELEUZE, Gilles. *Sobre o teatro: um manifesto de menos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mille Plateaux. Capitalisme et Schizophrénie 2*. Paris: Minuit, 1980.
- FLAKSMAN, Clara. *Narrativas, relações e emaranhados: os enredos do candomblé no Terreiro do Gantois, Salvador, Bahia*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- GOLDMAN, Marcio. *Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos*. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. Revista de Antropologia, v. 46, n. 2, p. 445-476, 2003.
- GOLDMAN, Marcio. *Formas do saber e modos do ser observações sobre multiplicidade e ontologia no Candomblé*. Religião e Sociedade, v. 25, n. 2, p. 102-120, 2005.
- GOLDMAN, Marcio. *A relação afro-indígena*. Cadernos de Campo, v. 23, n. 23, p. 213-222, 2014.
- GOLDMAN, Marcio. *Relações afroindígenas: teorias etnográficas da Mistura, do Sincretismo e da Mestiçagem*. Projeto de Pesquisa apresentado ao CNPq, mimeo., 2016.
- GOMES, Flávio dos Santos. *“Amostras Humanas”: índios, negros e relações interétnicas no Brasil colonial*. In: MAGGIE, Yvonne; REZENDE, Claudia (Orgs.). *Raça como retórica: a construção da diferença*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- GOMES, Flávio dos Santos. *A Hidra e os Pântanos: mocambos, quilombos e comunidades de fugitivos no Brasil (século XVII-XIX)*. São Paulo: UNESP; Polis, 2005.
- GOMES, Flávio dos Santos. *Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- HALLOY, Arnaud. *Dans l’intimité des orixás: corps, rituel et apprentissage religieux dans une famille-de-saint de Recife (Brésil)*. Tese (Doutorado) – Université Libre de Bruxelles, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Bruxelles, Paris, 2005.
- HALLOY, Arnaud. *Divinités incarnés: l’apprentissage de la possession dans un culte afro-brésilien*. Paris: Pétra, 2015.
- MELLO, Cecília Campello do Amaral. *Obras de arte e conceitos: cultura e antropologia do ponto de vista de um grupo afro-indígena do sul da Bahia*. Dissertação (Mestrado em

Cecília Campello do Amaral Mello

- Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- MELLO, Cecília Campello do Amaral. *Política, Meio Ambiente e Arte: percursos de um movimento cultural do Extremo Sul da Bahia*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- MELLO, Cecília Campello do Amaral. *Irradiação e bricolagem do ponto de vista de um movimento cultural afroindígena*. Revista Cosmos e Contexto – Revista Eletrônica de Cosmologia e Cultura, n. 18, maio. 2013.
- MELLO, Cecília Campello do Amaral. *Devir-afroindígena: “então vamos fazer o que a gente é”*. Cadernos de Campo, ano 23, p. 223-239, 2014.
- MELLO, Cecília Campello do Amaral. *Notas para uma teoria afroindígena da ação*. Anais do 40o Encontro Anual da ANPOCS. ST 01 – Antropologias Afroindígenas: contradiscursos e contramestiçagens. Caxambu: ANPOCS, 2016.
- MELLO, Cecília Campello do Amaral. *Quatro ecologias afroindígenas*. R@U – Revistade Antropologia da UFSCar, v. 9, n. 2, p. 29-41, jul.-dez. 2017.
- MOREIRA LIMA, Vladimir. *Introdução: a conspiração de Guattari*. Rio de Janeiro, mimeo., 2016.
- OPIPARI, Carmen. *O candomblé: imagens em movimento*. São Paulo: EDUSP, 2009.
- OSSOWICKI, Martin. *Ser e Pertencer: Além da Etnicidade*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- RABELO, Miriam. *Entre a casa e a roça: trajetórias de socialização no candomblé de habitantes de bairros populares de Salvador*. Religião e Sociedade, v. 28, n. 1, p. 176-205, 2008a.
- RABELO, Miriam. *A possessão como prática: esboço de uma reflexão fenomenológica*. Mana, v. 14, n. 1, p. 87-117, 2008b.
- RAMOS, Artur. *O negro brasileiro*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco; Massangana, 1988 [1934].
- RODRIGUES, Nina. *Os africanos no Brasil*. Brasília: Editora da UnB, 1988 [1900].
- SIQUEIRA, Paula. *O sotaque dos santos: movimentos de captura e composição no candomblé no interior da Bahia*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- SOARES, Bianca Arruda. *Os candomblés de Belmonte: variação e convenção no sul da Bahia*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- STENGERS, Isabelle. *Cosmopolitiques I: la guerre des sciences*. Paris: La Découverte/Les empêcheurs de penser en rond, 1997.
- VANZOLINI, Marina. *Daquilo que não se sabe bem o que é: indeterminação como poder nos mundos afroindígenas*. Cadernos de Campo, ano 23, p. 271-285, 2014.
- WAFER, Jim. *The taste of blood: spirit possession in Brazilian candomblé*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1991.

Evidências, experiências e endemias: fatos científicos nas políticas de combate à hanseníase^s

*Evidence, experiences and endemic diseases: scientific facts in policies
for combatting leprosy*

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5871>

Claudia Fonseca • Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil). Seus interesses de pesquisa incluem parentesco, gênero, antropologia do Direito e Estudos de Ciência e Tecnologia. Desde 2012, tem desenvolvido pesquisas entre afetados de hanseníase no Brasil.

ORCID: 0000-0002-7761-6095

claudialwfonseca@gmail.com

Neste artigo, vendo nosso universo como um espaço político atravessado por diversas verdades morais e científicas, nos guiamos pela pergunta: como se determina a evidência científica que define a versão última da política de combate à hanseníase no Brasil e no mundo? Inspirados pelos estudos de ciência e tecnologia, assim como pela antropologia de políticas sociais, nossos interesses convergem numa antropologia de infraestrutura. Examinamos os efeitos provocados pelos diversos atores humanos e não humanos, focando primeiro na “doença em andamento” (envolvendo corpos, bacilos e nomenclaturas médicas), passando às estatísticas e metas das campanhas internacionais para “eliminar” a hanseníase (incluindo protocolos, medicamentos e estatísticas da saúde global), para desembocar na contenda cercada uma proposta de mudança no regime de tratamento (disputada por experts locais, nacionais e internacionais). Na disputa atual, vemos como, através de alianças políticas que se estendem de um lado a outro do globo, a ecologia de saberes especializados se mexe, provocando uma redefinição inesperada na hierarquia de evidências autorizadas..

Antropologia da ciência e tecnologia. Políticas públicas. Hanseníase. Infraestrutura. Medicina baseada em evidências.

In this article, conceiving our universe as a political arena including different moral and scientific truths, we are guided by the question: what processes lead up to the scientific evidence that defines public policy for combatting leprosy in Brazil and across the globe? Inspired in science and technology studies as well as the anthropology of social policy, our interests converge in the anthropology of infrastructure. Examining the effects provoked by the various human and non-human actors, we focus first on the “disease in motion” (involving bodies, bacteria, and medical nomenclatures), then on statistics and goals in the international campaigns to eliminate leprosy (including protocols, medicines, and global health statistics), arriving finally at the present-day conflict surrounding a proposed change in the treatment regime (disputed by local, national, and international experts). Here we become aware of how, influenced by political alliances extending throughout the globe, the ecology of expert knowledge is reconfigured, provoking an unexpected redefinition in the authorized hierarchy of evidence.

Science and technology studies. Anthropology of policy. Infrastructure. Leprosy. Evidence-based medicine.

Claudia Fonseca

No início de 2018, apesar de passar praticamente despercebido na imprensa brasileira, se desenrolava um debate acalorado entre profissionais de saúde lidando com a hanseníase – doença contagiosa que infecta mais de 25.000 brasileiros por ano. O estopim do debate foi a proposta de um novo regime de tratamento “unificado” que, em vez de variar conforme o grau de severidade da doença, seria igual para todos os novos pacientes. A inovação representava um *cocktail* de poliquimioterapia mais forte para casos leves, enquanto reduzia pela metade, de doze para seis meses, a duração do tratamento para casos mais graves. Argumentos a favor da mudança e contra ela materializaram-se no comitê técnico assessor nomeado pelo Ministério da Saúde, bem como em diversos manifestos emitidos por associações profissionais e fóruns relevantes de mídia social.

A contenda sobre a mudança de protocolo foi o estopim de nossa investigação. Queríamos entender o surgimento de tamanho conflito no seio de uma comunidade de cientistas, administradores, médicos, trabalhadores de saúde e pacientes que, até recentemente, pareciam trabalhar unidos para combater o inimigo comum: a hanseníase. Investigações preliminares nos convenceram que não cabia qualquer explicação precipitada – sobre, por exemplo, os interesses de companhias farmacêuticas num novo protocolo. (O remédio, doado pela companhia farmacêutica suíça, Novartis¹, é distribuído gratuitamente pela OMS conforme as necessidades de cada país). Tampouco encontramos uma diferença nas credenciais profissionais ou engajamento militante de pessoas de um lado ou de outro. Tanto aqueles a favor como aqueles contra a mudança de regime expressavam firme convicção quanto à validade dos fatos científicos que justificavam seu posicionamento. Foi justamente porque não se prestava a nenhuma explicação fácil que essa controvérsia nos apresentava o desafio instigante de entender, conforme a abordagem ator-rede (Latour, 2005), as dinâmicas em jogo na assembleia de elementos heterogêneos – com atenção especial às tecnologias infraestruturais (Bowker; Star, 1999) – que compõem uma política de combate a uma doença infecciosa ainda endêmica em vários países. Vendo nosso universo como um espaço político atravessado por verdades morais e científicas diferentes, nos guiamos pela pergunta: como se determina a evidência científica que define a versão última da política de combate à hanseníase no Brasil e no mundo?

Por envolver um grande número de atores localizados em sites distintos, examinar os fios interligando os fatos científicos e as políticas de combate à hanseníase apresenta um desafio metodológico particular. Indo além da observação participante clássica, cabe um procedimento que explora as conexões e disjunções entre processos operando em escalas diversas – entre atores, instituições e discursos, entre o mundo organizacional e práticas cotidianas e em momentos históricos distintos (Shore; Wright, 1997). Seguindo esse roteiro, recorreremos entre 2013 e 2019 a materiais oriundos de várias fontes. Além do trabalho etnográfico em torno de ex-colônias hospitalares em diferentes regiões do Brasil² (ver Fonseca, 2017), fizemos contato com ativistas do movimento social MORHAN (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase), participamos nas mídias sociais, entrevistamos profissionais de saúde com experiência nos centros espe-

§ Gostaria de agradecer as sugestões e críticas dos dois pareceristas que me ajudaram mais do que podiam imaginar.

1 Conforme sua política de responsabilidade social, desde 2000, a companhia tem renovado a cada cinco anos seu compromisso de fornecer esses remédios gratuitamente à OMS. O último acordo fala numa doação no valor de “mais de \$40 milhões” de dólares em cinco anos (Novartis, 2015). Disponível em: <https://www.novartisfoundation.org/news/media-releases/novartis-continues-commitment-go-last-mile-effort-eliminate-leprosy>. Acesso em: 20 out. 2019.

2 Agradeço à recém-doutora Glaucia Maricato, que colaborou em praticamente todas as etapas dessa pesquisa.

Claudia Fonseca

cializados de hanseníase, assistimos a eventos científicos e audiências públicas, consultamos revistas médicas especializadas e estatísticas, e analisamos planos globais e orientações oficiais, disponíveis na internet, de órgãos nacionais e internacionais de saúde.

Para organizar esse material, iniciamos – depois de um breve esclarecimento sobre nossas inspirações teórico-metodológicas – com uma consideração dos elementos microscópicos da rede sociotécnica relevante, fitando a “agência” da *Mycobacterium leprae* em interação com tecnologias médicas e corpos específicos. Vemos como o bacilo produz materialidades que se esquivam das categorias binárias de classificação (como, por exemplo, doente/curado), apresentando desafios particulares às infraestruturas da saúde global normalmente empregadas para contar, controlar e tratar as doenças contagiosas. Saltando para outra escala, focalizamos então a contagem de “novos casos” da doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS), procurando entender a produção e os efeitos de categorias classificatórias para quadros numéricos da saúde global. Ao ver como o mapeamento estatístico se articula com protocolos de tratamento, além das agendas políticas de administradores nacionais, fica mais claro como a implementação dessa política de saúde é forjada num espaço de disputa e negociação.

Na última parte de nossa discussão, trazendo detalhes sobre o conflito envolvendo a proposta em 2018 de um novo protocolo de tratamento, chegamos ao cerne de nossas preocupações: a disputa sobre quais verdades científicas são chamadas a prevalecer nas políticas de combate à hanseníase. Rastreamos os componentes principais desse conflito, desde a proposta inicial lançada por um grupo consultivo da OMS até a reação dos profissionais de saúde locais, com atenção especial à maneira como as perspectivas são moldadas, justificadas e rejeitadas pela mediação de estatísticas e evidências científicas. Tocando inevitavelmente nos debates sobre ECRs (ensaios controlados randomizados) – o famoso “padrão ouro” da medicina baseada em evidências –, acionamos a noção de “ecologia de evidências” (Briggs, 2016) para explorar os pesos diferenciais atribuídos às diferentes formas de conhecimento. Sugerimos, por fim, que, através de mobilização ativista e alianças políticas que se estendem através do globo, a ecologia de saberes especializados mexe, provocando uma redefinição inesperada na hierarquia de evidências autorizadas.

1. A infraestrutura dos fatos científicos

Nossa investigação é pautada nas reflexões de Ludwik Fleck (2005) que, já nos anos 1930, abriu caminho para pensar o fato científico como “um evento na história do pensamento”, produto e produtor de uma comunidade de pessoas que trocam ideias ou que interagem intelectualmente. Conforme esse autor, a validação de uma alegação científica depende em grande medida desse tipo de “coletivo de pensamento” e sua eficácia em conferir robustez aos fatos através do compartilhamento concertado de certa infraestrutura tecnológica (métodos, terminologias, instrumentos) e práticas. “A solidariedade intelectual entre iguais a serviço de uma mesma ideia” agiria para conferir solidez a determinadas configurações intelectu-

Claudia Fonseca

ais – independentemente de seu conteúdo ou de seus fundamentos lógicos. Nessa teoria comparativa do conhecimento, a versão dominante dos fatos, consagrada pelo senso comum, não é necessariamente a única possibilidade lógica. Porém, é aquela tributária de um coletivo de extensão temporal e/ou espacial ampla que, conforme suas conexões do momento, constitui a aparência de certeza.

Essas ponderações nos mergulham no tema já clássico na área de estudos de ciência e tecnologia: a relação entre ciência e poder. Conforme Latour, “a ciência é a política exercida por outros meios” (1983, p. 150). Aproveitando essa provocação, exploramos neste artigo um elemento relevante a ambos os domínios: a importância da *escala* na produção de versões diferentes de verdade (Carr; Lempert, 2016). Como observado por Latour (2000, p. 293-294), os “fatos críveis e artefatos eficientes” da ciência ganham força com o aumento do número de elementos amarrados à alegação, isto é, com a quantidade de pessoas recrutadas, a abrangência dos instrumentos empregados e a extensão das instituições participando da definição e do registro de dados. Trata-se de uma maneira particular de estabilizar fatos da realidade que se acelera desde o século XVIII, acompanhada pela importância crescente da estatística não só na produção da ciência, mas também no funcionamento do governo. A lógica dos “grandes números”, materializada em tabelas de dados quantitativos, passa a abranger uma diversidade cada vez maior de esferas da vida “natural” e “social”, aparentemente domando incertezas e facilitando o planejamento e a implementação de políticas estatais (Hacking, 1990). Nessas novas tecnologias de “governo a distância”, a realidade é objetivada – certa versão das coisas e acontecimentos ganha validade – através de uma série de categorias e registros numéricos. E, como apontado por A. Desrosières (1993, p. 12), quanto mais amplo o investimento na definição das categorias convencionadas de equivalência que subjazem esses registros, maior a realidade do produto.

Aproveitamos os aportes teórico-metodológicos também das análises centradas em políticas públicas, lideradas por Shore e Wright (1997). Desses autores, trazemos um *caveat* inicial: é preciso se precaver das visões prescritivas e normativas, comuns em estudos dessa área, que concebem as políticas sociais em termos da imagem pacata de uma racionalidade administrativa linear. Pelo contrário, essas políticas devem ser lidas “como textos culturais, como instrumentos classificatórios com significados diversos, como narrativas que servem para justificar ou condensar o presente, ou como instrumentos retóricos e formações discursivas que têm como função empoderar algumas pessoas e silenciar outras” (1997, p. 6) Os autores observam que a dimensão eminentemente política dos programas sociais é, costumeiramente, mascarada por uma linguagem técnica que obscurece as decisões morais tomadas para produzi-los. Para fazer jus à complexidade do fenômeno, a análise de qualquer política social começaria pelo estranhamento do sistema classificatório usado para descrever, difundir e implementá-la. O exame detalhado da interconexão entre categorias e instituições operando em escalas diferentes seria dirigido à detecção do entrecruzamento de múltiplas e conflitantes estruturas de poder.

167

Claudia Fonseca

Alimentados, por um lado, pelos estudos de ciência e tecnologia, e, por outro, pela antropologia de políticas sociais, nossos interesses convergem na proposta de Bowker e Star (1999) para uma antropologia de infraestrutura. Reconhecendo na “arqueologia prática” de Foucault uma inspiração importante, os autores focam suas energias nas classificações acionadas numa variedade de atos da vida mundana: estabelecer uma certidão de óbito, diagnosticar uma doença, avaliar o desempenho profissional de um profissional de saúde... Ao propor uma “pragmática” da tecnologia informacional atual, concebem as categorias e padrões convencionados das infraestruturas como uma forma de trabalho, com suas respectivas dimensões política, técnica e moral (1999, p. 5), suscitando as perguntas: que trabalho é realizado pelas categorias convencionadas? Quais as pessoas ou entidades que fazem esse trabalho? O que acontece com os casos que não cabem facilmente dentro do esquema?

A força de uma infraestrutura – definida pelos autores como ordem negociada de práticas, tecnologias e recursos – derivaria em grande medida do fato de ser virtualmente invisível e raramente questionada. Nessa moldura, possíveis atritos provocados pela articulação de visões éticas, políticas e epistemológicas muito distintas são facilmente ofuscados pelos mecanismos aparentemente neutros de coleta, classificação e organização da informação. Para realimentar a possibilidade de debate e contestação, Bowker e Star recomendam seguir uma pauta investigativa que tira da sombra e coloca em destaque as condições de produção e efeitos da infraestrutura. Esse tipo de “inversão infraestrutural” levaria ao reconhecimento, por um lado, da complexidade das interdependências de redes e padrões técnicos, e, por outro, do trabalho convergente da política e da produção de conhecimentos. Daria ênfase aos “fios minúsculos normalmente invisíveis, lhes atribuindo a proeminência causal que [em outras perspectivas analíticas seria] atribuída a atores heroicos, movimentos sociais ou costumes culturais” (1999, p. 34).

Cabe insistir nesse método que procura levantar detalhes e conexões relevantes que são costumeiramente negligenciados (Fleck, 2005, p. 47). Voltando à frase de Latour citada acima, devemos lembrar que o autor caracteriza os “outros meios” (acionados pela ciência) como “fontes novas e imprevisíveis de deslocamentos – poderosas [justamente] por serem ambíguas e imprevisíveis” (Latour, 1983, p. 168). Os leitores familiarizados com a linguagem da teoria ator-rede, reconhecerão nessas fontes os “mediadores” da rede sociotécnica que “transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado dos elementos que transmitem” (2005, p. 39). Sugerimos que, no nosso estudo – das políticas de combate à hanseníase –, à medida que nossa análise ganha materialidade, adentrando as operações efetivadas pelos diversos atores humanos e não humanos (bacilos, medicações, infraestruturas burocráticas, nomenclaturas médicas, autoridades nacionais, experts internacionais, profissionais de saúde, entre outros), os acontecimentos driblam nossas expectativas. Certamente, a nossa pesquisa não é a primeira a trazer os aportes da ciência e tecnologia para ressaltar as ambiguidades poderosas nas redes acionadas para o combate de uma doença contagiosa³. Contudo, sugerimos que o caso de hanseníase traz algumas particularidades não detalhadas em outro

168

3 Ver, em particular, estudos sobre doenças sexualmente transmitidas: Fleck, 2005; Carrara, 1996; Fassin, 2007; Duarte, 2016.

Claudia Fonseca

lugar, contribuindo eventualmente para debates tanto entre adeptos da análise crítica como entre ativistas e profissionais voltados para políticas de intervenção.

2. “A doença em andamento”: um encontro singular entre bacilos e corpos

Bowker e Star (1999), focando no exemplo da tuberculose nas suas diversas metamorfoses ao longo do século XX, fazem uma clara demonstração de como a doença se esquivava da nosologia médica. Ao narrar a interação entre biografias, corpos, curas e pessoas, procuram sublinhar o caráter *irredutivelmente local* das experiências individuais em contraste ao caráter *inevitavelmente padronizado* dos protocolos médicos. Em muitos aspectos, a hanseníase se mostra como exemplo igualmente revelador de uma “doença em andamento”, cuja realidade é forjada no entrecruzamento de corpos, bacilos, classificações burocráticas, e a experiência dos próprios pacientes.

Para desenvolver essa proposição, tomamos como ponto de partida um momento da pesquisa de campo que realizamos em 2017 em um centro de internamento para pacientes de hanseníase na periferia de São Luis de Maranhão. Lá, sentado na varanda junto com dois outros pacientes do serviço, encontramos Denilson, um rapaz com 22 anos de idade, que, internado há quase dois meses, estava a ponto de iniciar seu segundo ciclo de tratamento em três anos. Dos pés até a cabeça, estava com a pele coberta de pequenas erupções inflamadas, circundadas de crostas e escamas avermelhadas, e gemia de dor. Foi a partir desse jovem interiorano, de cor e feições sugerindo uma origem afro-indígena, que passamos a contemplar quão complicada é essa doença.

Uma primeira complicação diz respeito à nomenclatura usada para descrever de quê o paciente padece. É ou não é hanseníase? Lembramos que, não obstante as concepções populares⁴, especialistas geralmente concordam que a hanseníase não é uma doença de diagnóstico fácil (Trindade *et al.*, 2009; Salgado *et al.*, 2016; Salgado *et al.*, 2018). Apesar de ser classicamente associada a lesões conspícuas de pele, se desenvolve antes de tudo através dos caminhos relativamente invisíveis dos nervos. Os sintomas, especialmente no início da doença, são geralmente difusos – dor nas juntas, certa insensibilidade nas extremidades, eventualmente manchas na pele – podendo coincidir com um sem número de aflições diferentes. Existem exames laboratoriais para detectar a presença do bacilo *Mycobacterium leprae* no corpo do paciente, sendo a baciloscopia – que passa pela coleta de esfregaços do lóbulo auricular, cotovelo ou lesões – o mais comum. Porém, as contagens bacilares, especialmente nos estágios iniciais da doença, costumam dar resultados incertos (A própria OMS (WHO, 2003, p. 24) recomendou descontinuar o uso desse exame, alegando que costuma detectar menos de 15% dos casos diagnosticados).

Um caso paradigmático das dificuldades cercando a detecção de hanseníase foi relatado na mídia gaúcha em 2018. O artigo de jornal narra a história de uma mulher cujos sintomas apareceram no final da adolescência (Stefani, 2018). Porém, ela tinha concluído a universidade e formado uma família antes

4 Ironicamente, em alguns documentos, a própria Organização Mundial da Saúde endossa a ideia de que a Hansen é uma doença sem complicações, com ferramentas “práticas e simples” para o diagnóstico (OMS: Estratégia Final Push, 2003).

Claudia Fonseca

que, durante a internação hospitalar por dores agudas “misteriosas” nas articulações, finalmente recebesse o diagnóstico de hanseníase. Já que a mulher mora há tempo no Rio Grande do Sul – um estado em que a hanseníase foi oficialmente “eliminada” –, os médicos simplesmente não tinham considerado antes a possibilidade desta doença.

Em todo caso, pela associação estreita entre a hanseníase e a miséria econômica (Lockwood, 2004), podemos supor que a maioria dos pacientes brasileiros terá de depender dos recursos precários do SUS. Sem possuir recursos para a realização de exames adequados, os pequenos postos de saúde localizados nas regiões interioranas mais afetadas têm poucos instrumentos para determinar um diagnóstico. Entende-se, então, que o bacilo pode se instalar no corpo da pessoa e progredir durante anos sem ser detectado. No caso de Denilson, por exemplo, é provável que, antes de fazer a primeira rodada de poliquimioterapia (PQT), o paciente já tivesse passado por uma série de consultas frustrantes com médicos de seu município, sem diagnóstico certo. E, tal como acontece com muitos outros, a doença já estava numa fase relativamente avançada antes do paciente ser encaminhado enfim ao Centro especializado para tratamento.

A segunda complicação vem na hora de classificar a doença em grau de severidade – multibacilar ou paucibacilar – distinção importante já que determina o regime de tratamento, tanto o conteúdo do *cocktail* medicamentoso quanto a duração do tratamento (seis ou doze meses). Em muitos – talvez a maioria de – casos, existem dúvidas quanto à categoria da condição do paciente. Os próprios critérios de classificação recomendados pela OMS têm variado ao longo das últimas décadas, com ênfase ora no número de lesões na pele, ora na contagem de bacilos encontrados no exame laboratorial, ora na constatação de determinados sintomas clínicos (ver Malathi; Thappa, 2013; Maricato, 2019). Contudo, a condição de Denilson, mesmo na primeira vez que chegou ao centro de referência, não deixava margem de dúvida quanto à gravidade de seu caso. A partir daquele momento, passou a constar nos registros como caso ativo de hanseníase multibacilar. Assim, teria que percorrer uma vez por mês os 250 km de estrada que levava de seu vilarejo até a capital, pois, seguindo protocolo, tinha que tomar a dose reforçada mensal do *cocktail* na presença da supervisora médica. Só assim receberia a plaqueta contendo as pílulas para os demais dias do mês. Depois de um ano desse vaivém, isto é, doze viagens, Denilson seria automaticamente reclassificado na categoria “alta por cura”.

Agora chegamos na terceira complicação – a definição ambígua de “cura”. Finalizando o tratamento, em vez de voltar ao normal, Denilson piorou. O jovem nos disse que, “de primeiro, achava que era por causa que pegava muito sol na lavoura”. Porém, aos poucos foi desconfiando que a doença não tinha sido tão “curada” assim. Fazia mais de um ano desde o fim de seu tratamento quando finalmente chegou de volta ao centro hospitalar da capital. Os profissionais inicialmente eliminaram a possibilidade de falência de tratamento⁵ ou de recidiva (aliás, conforme orientações do Ministério da Saúde, via de regra “recidivas” só ocorrem mais de cinco anos depois do fim do tratamento⁶.) Assim, a condição de

170

5 Condição que ocorre quando mesmo após o fim da medicação, o paciente ainda apresenta carga alta de bacilos vivos.

6 Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010.

Claudia Fonseca

Denilson foi classificada como “episódio reacional”: isto é, apesar do tratamento padrão ter matado e fragmentado toda a bactéria, seu sistema imunológico continuava a atacar os focos *desativados* do bacilo, provocando danos a tecidos saudáveis.

Especialistas são praticamente unânimes em reconhecer que boa parte das sequelas provocadas pela hanseníase ocorre por causa dessas reações autoimunes. Em outras palavras, a doença pode continuar provocando sérios danos aos pacientes mesmo anos depois de eles serem classificados como “curados” (Cruz, 2016; Fonseca, 2017; Maricato, 2019). Não é nada estranho, portanto, que os pacientes nem sempre tenham clareza quanto ao estado de sua saúde – se já foram curados ou se continuam doentes. E não é incomum ouvir de nossos interlocutores – em particular, daqueles que sofrem de sequelas – que, não obstante os *slogans* repetidos durante as campanhas de saúde, não acreditam que essa doença tenha cura. No caso de Denilson, nem os profissionais do Centro conseguiram definir com certeza em qual categoria sua condição cabia. Depois de dois meses de tratamento com fortíssimos corticoides anti-inflamatórios sem surtir efeito, passaram a contemplar a possibilidade de que talvez não fosse episódio reacional. Tateando o caminho por um procedimento de tentativa e erro, pendiam agora para o diagnóstico de recidiva, isto é, de hanseníase ativa, para a qual cabia uma nova rodada de PQT.

Inicialmente, o pessoal médico do Centro maranhense nos disse que todos os quinze pacientes internados na ala hospitalar estavam lá por causa de “reações”⁷. Porém, aos poucos, lembraram como vários desses pacientes acabaram fazendo uma nova rodada de PQT – o que significa, essencialmente, recidiva. Seu Flávio, já com 74 anos de idade, seria um bom exemplo. Tinha sido internado no hospital-colônia ainda adolescente, quase sessenta anos atrás. Só depois da chegada do *cocktail* PQT em 1981, conseguiu se “curar”, mas nas décadas subsequentes acabou se submetendo a mais duas rodadas do tratamento. No caso dele, a enfermeira nos confia, houve suspeita de reinfecção e não simplesmente de recaída. O ponto aqui é que, nem no centro especializado, existe método seguro para distinguir entre a recidiva (doença mal curada), a reação (problema autoimune) e a reinfecção (o paciente curado exposto a novos focos de transmissão), pois todas essas condições (apelidadas por uma observadora médica como “as rés” da doença) produzem sintomas muito semelhantes.

Em suma, não obstante as narrativas otimistas nas campanhas contra a hanseníase, a doença continua em muitos aspectos um mistério. Tem afinidades com outras doenças (o bacilo de tuberculose, por exemplo), mas suas particularidades dificultam o desenvolvimento de claros indicadores de diagnóstico e cura, quem dirá de vacinas preventivas. O bacilo, identificado há mais de cem anos, nunca chegou a ser cultivado em proveta (nos laboratórios, sua viabilidade é testada nas patas de camundongos). E, tendo tempo de incubação incerto (chegando a demorar anos antes de se manifestar no corpo do doente), pode ser difícil rastrear os “vetores” de transmissão. Gláucia Maricato (2019), investigando o assunto sob a lupa dos estudos de ciência e tecnologia, mostra como continuam (e reemergem) questões básicas nos debates científicos: se a doença é da alçada de especialistas

7 No seu estudo de um centro de referência na cidade de Rio de Janeiro, Cruz (2016) também chama atenção para a grande proporção de pacientes que vieram para atendimento por causa de episódios reacionais.

Claudia Fonseca

de dermatologia, neurologia ou do sistema imunológico; se é transmitida apenas de pessoa a pessoa ou se existem outros vetores (animais, água, etc.). Outro problema é que o bacilo, uma vez instalado no corpo humano, não segue uma trajetória predefinida, se desdobrando em formas muito variadas de doença conforme a interação com o corpo hospedeiro. Como diz Alice Cruz (2016), trata-se de uma doença cuja fenomenologia não se encaixa facilmente nas narrativas da medicina heroica calcada na ideologia da cura. A questão se coloca, então: como ajustar essa doença esquiva e constantemente “em andamento” às classificações protocolares da saúde global?

3. A contagem de casos: um encontro entre números, tratamentos e metas

Não há dúvida de que o declínio mundial da doença, observado já em meados do século XX, foi dramaticamente acelerado por uma terapia medicamentosa – a poliquimioterapia (PQT) – consolidada em 1981. Num esforço articulado entre especialistas da OMS, as várias secretarias nacionais de saúde e as organizações filantrópicas que financiavam o custo (Fundação Nippon e a Fundação Novartis para o Desenvolvimento Sustentável), a medicação se tornou gradativamente acessível a pacientes do mundo inteiro. Em 1991, a OMS anunciou a meta de “eliminar” a hanseníase como um problema de saúde global até o ano 2000, isto é, reduzir a média de casos a menos de 1 paciente por 10.000 pessoas. E dez anos depois, exibiu estatísticas demonstrando que tinha efetivamente alcançado seu objetivo. A hanseníase tinha sido eliminada “em nível global”, restando apenas cinco ou seis países onde o número de casos ultrapassava a meta estipulada. Desde 2006, o Brasil é considerado o único país do mundo a não ter eliminado a doença e, em número total de casos, o país perde apenas para a Índia.

Sem negar os avanços globais, nem a gravidade da endemia no Brasil, sugerimos que cabe olhar de mais perto como essa narrativa estatística emerge através de infraestruturas negociadas entre categorias, tratamentos, e registros realizados em determinadas circunstâncias políticas. Em primeiro lugar, cabe notar como o regime de tratamento tem um impacto direto sobre as estatísticas – não só por causa de um eventual aumento de curas, mas também pelo encolhimento *temporal* do critério de contagem. Explico. Os dados da OMS sobre a hanseníase são baseados na “taxa de prevalência”. Representando o número de pessoas que estão fazendo o tratamento padrão em um dia determinado (digamos, 31 de dezembro), essa taxa está intimamente vinculada ao protocolo médico do momento. Nos dias pré-PQT, quando o tratamento podia durar cinco anos ou mais, os pacientes se acumulavam nos registros de um ano para o outro. Com o surgimento de dois novos antibióticos em 1981, a duração recomendada do tratamento baixou. Para os casos leves – paucibacilares (PB) – foi definido um regime de dois antibióticos durante 6 meses – fórmula que continua até hoje. Para os casos mais avançados – multibacilares (MB), o *cocktail* de três antibióticos era para durar 24 meses ou até o nível dos bacilos do paciente (detectado pela baciloscopia) cair para zero. Em 1994, o tratamento padrão para hanseníase MB foi limitado a 24 meses, passando

Claudia Fonseca

em 1998 a 12 meses. Não é, portanto, nada surpreendente que as estatísticas globais mostrem um declínio acentuado de casos entre 1994 e 1996 e, novamente, entre 1998 e 2000. Dada a maneira particular como as taxas são computadas, era previsível que os cortes sucessivos na duração de tratamento trariam repercussões nesse sentido (Talhari *et al.*, 2012).

Em segundo lugar, cabe olhar para a dinâmica desencadeada pela OMS com seu uso estratégico de dados comparativos de desempenho nacional. Em anos recentes, diversos antropólogos têm observado como a tecnologia de *rankings*, apoiada numa infraestrutura estatística difundida em escala global, funciona hoje como um mecanismo de disciplina transnacional (Gupta, 2012; Bruno; Didier, 2013; Merry, 2011; Shore; Wright, 2015). A publicidade dada à classificação de performances nacionais envolve os países em uma “colaboração competitiva” que permite avançar certas metas pela incitação à autovigilância, sem recorrer a medidas repressivas. A ironia é que essa tecnologia (que Gupta, no caso indiano, descreve como “sumamente reducionista”) pode levar a valorizar a exibição de números apropriados por cima de ganhos substantivos na qualidade de vida das pessoas. Trazendo essas reflexões para nosso caso, somos levados a perguntar se a fixação nas estatísticas, atestando assim a “eliminação” da hanseníase em determinado território, não estaria tentando autoridades nacionais a manipular seus registros. Mais do que conter os estragos da doença, sua preocupação seria afastar de suas fronteiras o estigma da doença, ostentando a prova numérica de que o país está seguindo à risca a agenda da OMS.

Consideremos o caso da Índia. De 2005 a 2006, a taxa nacional de prevalência caiu quase 75%, permitindo ao país anunciar que tinha finalmente “eliminado” a hanseníase. Céticos, porém, logo passaram a perguntar se administradores não haviam introduzido ajustes não previstos no sistema nacional de registro. Acatando as orientações das novas campanhas da OMS, as autoridades indianas tinham retirado do rol todos os pacientes “curados” (i.e., aqueles tendo completado o tratamento padrão). No entanto, indo mais longe, também tinham eliminado uma série de outros casos: pacientes com lesões únicas, os “abandonos” (que tinham desistido no meio do tratamento) e os pacientes recidivas (para os quais cabia uma segunda rodada de tratamento). Acusava-se as equipes locais de saúde de terem desistido dos programas de “busca ativa”, limitando o registro de novos casos à “relatoria voluntária”. Além do mais, em algumas regiões do país, fiscais tinham exigido que o diagnóstico fosse validado por um leprólogo certificado, antes que o caso pudesse ser incluído no rol oficial de estatísticas (Talhari *et al.*, 2012). Uma pesquisa de amostra encomendada pelo governo indiano em 2010, destoando das estatísticas oficiais, mostra a persistências de taxas altas de hanseníase no país. Porém, essa pesquisa não parece ter suscitado grande interesse. Tampouco alterou o status da Índia no ranking na OMS, no qual segue classificada entre os países que “eliminaram” a doença (Lockwood *et al.*, 2014).

No Brasil também, a trajetória dos dados mostra idiosincrasias. Em torno do ano 2000 houve um aumento atípico da taxa de prevalência – aumento que os analistas geralmente atribuem a um corpo dedicado de especialistas e agentes

Claudia Fonseca

comunitários de saúde que envidaram esforços para a identificação e o tratamento de pacientes. Em compensação, os números de 2004 mostraram uma queda importante na detecção de novos casos, levando funcionários do governo a anunciar que, finalmente, o país havia eliminado a hanseníase. Foi só em meados de 2005 que, reconhecendo que os registros de outubro a dezembro 2004 haviam sido inadvertidamente extraviados, as autoridades foram obrigadas a voltar atrás, retratando seu anúncio prematuro de “eliminação” (Lockwood *et al.*, 2014). Mais uma vez em 2016, autoridades brasileiras estavam transmitindo a aliados no cenário internacional o recado de que o país havia finalmente eliminado a hanseníase⁸. E, novamente, uma vez analisados com maior cuidado, os dados confirmaram que o Brasil ainda *não* tinha alcançado a meta desejada.

Dado esse histórico de variações estatísticas abruptas, não é surpreendente que profissionais e pesquisadores do campo de saúde em diversas partes do mundo demonstrem certo ceticismo em relação a números oficiais. Médicos e pesquisadores brasileiros expressam suas dúvidas em publicações com títulos reveladores: “*Are leprosy case numbers reliable?*” (Salgado *et al.*, 2018) e “*What do we actually know about leprosy worldwide?*” (Salgado *et al.*, 2016)⁹. No Brasil, citando evidência da persistente subdetecção, especula-se que a prevalência de hanseníase seria de três a cinco vezes maior do que a taxa oficial¹⁰. Ao mesmo tempo, analistas da situação global fazem ponderações sobre os “milhões” de casos de hanseníase silenciados nas estatísticas da OMS (Smith *et al.*, 2015), em larga medida por causa da fixação na ideia de eliminação.

Essa fixação nos leva à terceira consideração sobre a infraestrutura informacional coordenada pela OMS: os efeitos do carro-chefe das campanhas – a retórica de eliminação – para o campo de intervenção como um todo. Especialistas da OMS empregavam esse termo já nos anos 1990, malgrado críticas de que a meta numérica, abaixo da qual o perigo de uma recrudescência da doença era supostamente eliminado, carecia de qualquer justificação científica (Lockwood *et al.*, 2014). As tensões em torno do termo tinham revelado dois blocos: por um lado, os experts da OMS em colaboração com representantes da Fundações Nippon e Novartis; por outro, os especialistas concentrados no ILEP¹¹, uma federação de ONGs ativa desde 1966 no combate à hanseníase. Conforme estes, as campanhas de eliminação pecavam pela confiança demasiada na ideia biomédica de “cura”. Acusavam a OMS de promover uma abordagem centrada na quimioterapia “quase à exclusão de outras atividades relacionadas à hanseníase, como reabilitação” (Braber, 2004; Ji, 2005). Privilegiar a ideia de eliminação arriscava deixar em segundo plano as necessidades de “centenas de milhares de ‘ex-pacientes’ vivendo com as consequências da doença – danos neurológicos, deformidades e outras deficiências” (Braber, 2004, p. 209). Tanto quanto a cura, gestores deviam se preocupar com a detecção precoce da doença – para prevenir sequelas debilitantes – e no acompanhamento “pós-cura” de pacientes. Para tanto, era fundamental transmitir o recado aos vários gestores nacionais de que a “lepra”, longe de ser eliminada, ia continuar a ser um problema significativo durante muito tempo por vir.

Conforme esses críticos, o anúncio da OMS em 2000, de que a hanseníase ha-

8 Vide a carta de parabéns enviada em 2 de novembro de 2015 pela Fundação Nippon para a Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação, do Ministério de Saúde brasileiro.

9 Tradução para português: “Os números de casos de hanseníase são confiáveis?” e “O que sabemos realmente sobre a hanseníase em nível global?”

10 Conforme documento postado no site da Sociedade Brasileira de Hansenologia, em 20/12/2018: “Brasil quer implantar, dia 3/1, tratamento de hanseníase condenado pela OMS”. Disponível em: <http://www.sbhansenologia.org.br/noticia/brasil-quer-implantar-dia-3-1-tratamento-de-hanseníase-condenado-pela-oms>. Acesso em: 19 out. 2019.

11 International Federation of Anti-leprosy Associations (Federação Internacional das Associações contra Hanseníase)

Claudia Fonseca

via sido eliminada como um problema de saúde global, teria provocando o efeito oposto ao desejado – isto é, teria resultado no relaxamento prematuro dos esforços necessários para combater a doença até mesmo em regiões de persistente endemia. Administradores públicos estavam diminuindo investimentos na formação de agentes comunitários, peça central no diagnóstico precoce. A pesquisa acadêmica, assim como o interesse de estudantes em se especializar na doença, também parecia cada vez menor (Lockwood; Suneetha, 2005; Lockwood *et al.*, 2014). E as ONGs se queixavam de que as doações financeiras, fundamentais para a realização de seus programas de intervenção, estavam minguando. As consequências da insistência retórica na ideia de eliminação eram preocupantes, especialmente diante de uma realidade em que, não obstante a diminuição generalizada de taxas de prevalência, a detecção de novos casos parecia continuar essencialmente igual e, em alguns lugares, aumentava (Talhari *et al.*, 2012). Como resultado dessas críticas, o plano da OMS de 2006-2010 para combater a hanseníase atenuou a retórica de eliminação em favor de uma ênfase na prevenção e tratamento das deficiências e, em certos setores, a hanseníase começou a ser assimilada à categoria de “doença crônica estável” (Lockwood, 2005)¹².

Observamos, assim, que nas políticas da OMS as convenções classificatórias são centrais – tanto para a coleta e confecção de dados comparáveis, quanto para a coordenação de campanhas nacionais. Mas, antes de desembocar numa “política prática” com consequências concretas, essas categorias passam por um trabalho de negociação em diferentes instâncias. Agora, ao voltar para a contenda sobre a mudança de protocolo evocada no início deste artigo, vemos de que maneira as dinâmicas em escalas diferentes – do comportamento bacilar até o impacto dos grandes números dos ensaios clínicos randomizados, passando pela mediação de administradores nacionais e trabalhadores locais de saúde – convergem numa disputa sobre a forma adequada de intervenção na vida das pessoas.

4. Disputas sobre o protocolo de tratamento

a) Cronologias

Lembremos que o atual regime de tratamento (12 meses de PQT com três antibióticos para casos MB, 6 meses de PQT com dois antibióticos para casos PB), estabelecido em 1998, goza de uma estabilidade frágil há mais de vinte anos. A história do atual conflito começou em 2002, quando alguns membros de um Grupo Consultivo da OMS¹³ sublinharam o fato de que a classificação de hanseníase em duas categorias, com regimes distintos de tratamento, cria problemas operacionais. Em países com alta prevalência da endemia, como Índia, Brasil e Indonésia, boa parte dos trabalhadores de saúde não se sente segura em traçar a linha entre casos multi- e paucibacilar. A solução, na visão desses observadores, seria instaurar um regime “unificado” (também chamado “único” ou “uniforme”) – composto do *cocktail* mais potente (de três antibióticos) para todos os pacientes, mas por um período de *apenas 6 meses*.

Houve protesto imediato de outros membros do Grupo Consultivo – protesto liderado por especialistas localizados na Índia que se esforçavam para travar

12 O debate entre críticos e defensores da retórica de eliminação continua – o que explica certa oscilação na linguagem usada nos planos nacionais e internacionais entre termos como “redução” ou “controle” da hanseníase e aqueles que se aproximam mais da ideia de eliminação: “lepra zero” e “um mundo sem hanseníase”. Segundo Lockwood *et al.* (2014), as autoridades brasileiras – pioneiros na crítica à retórica de “eliminação” – haviam novamente incorporado o termo em seu programa nacional de saúde até 2011.

13 WHO Technical Advisory Group (TAG) on Elimination of Leprosy.

Claudia Fonseca

o entusiasmo de seu governo pelo tratamento unificado. Citando pesquisas que demonstravam altas taxas de recidiva mesmo após 12 meses de tratamento, um editorial da conceituada revista internacional *Leprosy Review*, etiquetou o regime unificado proposto pela OMS de “bonita ilusão” (*wishful thinking*) (Ji; Saunderson, 2003). O novo protocolo não apenas sujeitaria os pacientes com casos mais leves a um regime desnecessariamente pesado de medicação. Pior, pacientes com formas virulentas da doença receberiam um tratamento abreviado, aumentando a chance de eles desenvolverem resistência aos medicamentos, de sofrer recaídas ou – enquanto mal curados – de contagiarem outras pessoas. As reticências foram suficientes para adiar qualquer endosso institucional, mas os proponentes do novo protocolo receberam o sinal verde para ir em busca de evidências científicas que pudessem comprovar os benefícios de sua proposta. Surgiu, então, um projeto multicêntrico de ensaios clínicos randomizados (ECRs) em diferentes países onde a hanseníase ainda era endêmica.

Os primeiros resultados produzidos cinco ou seis anos depois – a partir de estudos na China e na Índia – foram considerados metodologicamente questionáveis. Em alguns casos, os ECRs receberam críticas por não recrutarem um número igual de casos nas categorias de pauci e multibacilar ou por não incluir um grupo de controle com pacientes seguindo o regime padrão de tratamento. Em outros, os pesquisadores não checaram os níveis bacteriológicos dos pacientes antes e após o tratamento. Mais importante, os críticos insistiram que, já que geralmente os casos de recidiva só se manifestam depois de muitos anos, nenhuma das pesquisas realizadas até então contemplava um período de acompanhamento suficiente para dar resultados convincentes (Rao *et al.*, 2015; Rao, 2018).

Até 2012, a equipe brasileira da pesquisa multicêntrica estava produzindo pesquisas que corrigiam muitas falhas dos primeiros ECRs (Penna *et al.*, 2017). Apoiada em um desenho que incluía o uso sistemático de baciloscopias, um grupo controle, um período de até sete anos para o acompanhamento dos pacientes e resultados amplamente difundidos por publicações em periódicos científicos internacionais, a nova fase de ECRs parecia tarimbar a validade do regime unificado. Em 2014, seu entusiasmo reforçado por evidências baseadas no “padrão ouro” do procedimento científico, o Grupo Consultivo da OMS reiterou seu apoio ao novo protocolo. A recomendação para a implantação universal do novo regime de tratamento foi oficializada no texto na Estratégia Global de Hanseníase 2016-2020 da OMS (OMS 2016).

A recomendação da OMS chegou à atenção oficial dos profissionais brasileiros de saúde apenas em dezembro de 2017 quando o Ministério da Saúde formou um Comitê Técnico Assessor (CTA)¹⁴ para estudar a implantação nacional do novo protocolo. Fazia pouco mais de um ano desde o *impeachment* da primeira presidente do país, Dilma Rousseff, e o governo federal ainda estava em considerável turbulência. Além da confusão política geral, os profissionais de saúde enfrentavam um contexto nacional de austeridade econômica que resultava no sucateamento do sistema SUS. Os esforços investidos no início dos anos 2000 para intensificar o combate à hanseníase pareciam estar minguando.

14 Comitê Técnico Assessor de Hanseníase da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (CTA-Hanseníase/SVS/MS)

Claudia Fonseca

Assim, a convocação do Comitê Técnico, reunindo especialistas de sociedades médicas, centros de referência, pesquisadores científicos e movimentos sociais de pacientes, foi recebida como sinal otimista de que o governo estava levando a endemia de hanseníase a sério. Entre outros membros do Comitê, o coordenador brasileiro dos ensaios randomizados (presente no debate desde a reunião do Grupo Consultivo da OMS em 2002) constava como figura central. Apesar de considerável dissenso interno, o Comitê chegou à conclusão de que as evidências científicas demonstravam a eficácia do novo protocolo, levando o Ministério de Saúde, em abril de 2018, a recomendar a implantação do regime encurtado de tratamento em todo o Brasil.

Os defensores do novo protocolo voltavam sempre para os resultados claros dos ensaios clínicos, apoiados no rigor metodológico e o reconhecimento pela comunidade científica dos dados, já publicados em inúmeras revistas científicas de prestígio internacional. Reconheceram que, entre pacientes MB (i.e., casos mais avançados) tratados por apenas seis meses, houve um número maior de recidivas do que no grupo controle (7 recidivas entre 323 indivíduos contra um entre 290). No entanto, explicaram que essa diferença não era “estatisticamente significativa”. Da mesma forma, consideraram pouco importante o fato de os ensaios terem demonstrado, entre pacientes submetidos ao novo protocolo, uma taxa ligeiramente mais alta de progressão de incapacidades. Concluíram que suas pesquisas demonstravam que, sob o protocolo “unificado”, a taxa de recidiva seria de no máximo 4,4% (em dez anos) – bem abaixo do que o Grupo Consultivo da OMS tinha estipulado como aceitável (Penna *et al.*, 2017; Penna *et al.*, 2018).

Esses proponentes do regime unificado não negam a existência de doentes que não serão curados com o regime curto de seis meses – os pacientes que demonstram resistência a um ou mais antibióticos do tratamento padrão, por exemplo, ou aqueles com uma taxa inicial muito alta de bacilos. Além do mais, sempre há a possibilidade de *persisters* – isto é de bacilos que escapam ao efeito bactericida do tratamento e que se mantêm dormentes no corpo até proliferarem de novo. Mas consideram que essas exceções à regra podem ser detectadas no acompanhamento pós-cura e tratadas individualmente. O importante é reconhecer que as exceções são poucas e não invalidam a fórmula geral, voltada para o bem-estar da grande maioria (Malathi; Thappa, 2013).

Podemos ver, nos argumentos dos autores dos ECRs, a existência de um “coletivo de pensamento” (Fleck, 2005) bem consolidado – uma comunidade de interlocução intelectual que tem colaborado há tempo, desenvolvendo tecnologias particulares – coerentes com certo estilo de raciocínio – para a coleta de dados e a validação de hipóteses. A lógica dos ensaios se apoia numa noção de natureza universal, passível de ser revelada por instrumentos que se aplicam com igual eficácia numa grande variedade de contextos. Sendo uma tecnologia de custo considerável, não está ao alcance de qualquer um. Porém, tem alimentado uma imensa indústria de pesquisas envolvendo tanto universidades como empresas comerciais (Castro, 2018; Petryna, 2009; Adams, 2013). A tecnologia traz no seu bojo um determinado regime de verdade escorado na participação de um exército

Claudia Fonseca

de especialistas. Lembrando as considerações sobre escala evocadas no início deste artigo, sugerimos que a força dos resultados não decorre simplesmente do rigor metodológico. Decorre também (e, talvez, acima de tudo) da extensão da rede sociotécnica envolvida, isto é, do número e extensão de “atores” mobilizados.

Ao lado dos dados fornecidos pelos ECRs, outras formas de evidência tendem a ser consideradas como sem representatividade ou ainda como meras informações anedóticas (Adams, 2013). Assim, não é nada surpreendente que, no conflito sob estudo, os autores dos mais recentes ECRs tenham anunciado que a “minoría” posicionada contra sua proposta não tem apresentado até o momento “nenhuma evidência (publicação científica) que pudesse contradizer os achados desses 17 artigos publicados e favoráveis à implementação do novo esquema terapêutico na [Atenção Primária à Saúde]” (Penna *et al.*, 2018).

O desafio para os oponentes do protocolo era como fazer valer as evidências e as interpretações deles de que o novo esquema terapêutico arriscava trazer mais danos do que benefícios.

b) Resistências

Há indícios que, desde o início dos anos 2000, um bloco de ONGs (coordenadas em parte pelo ILEP) vinha fazendo um *lobby* contra a “sobre-simplificação” dos diagnósticos (que juntaria casos PB e MB num regime unificado de tratamento) e contra o encurtamento do tratamento dos casos MB de hanseníase. Tratava-se de uma espécie de “coletivo de pensamento” incipiente que incluía médicos e enfermeiras clinicando nos diversos países onde a doença continua endêmica. Alguns desses profissionais expressavam a opinião de que, caso fosse aprovado um regime curto de medicação, caberia inevitavelmente a eles, nas ONGs, lidar com os estragos causados a pacientes que caíam fora da norma estatística dos ECRs.

Quando, no início dos anos 2000, o governo indiano aventou a possibilidade de implantar o regime unificado no país, houve uma mobilização impressionante dos membros dessa comunidade. Conscientes da dimensão política das evidências científicas, profissionais indianos travaram alianças – através de publicações, reuniões e outros contatos na Ásia, na América Latina, na Europa – para levar seus conhecimentos “locais” para a arena da saúde global e, assim, lograram cortar o ímpeto da mudança proposta. O processo que se deu mais de quinze anos depois no Brasil não foi diferente. Na véspera da reunião do Comitê Técnico Assessor, a Sociedade Brasileira de Hansenologia tinha enviado uma “Carta Aberta” aos membros da reunião, elencando os motivos para rejeitar o protocolo proposto do regime curto (SBH, 2018). Já que, apesar de tudo, a nova proposta foi aprovada na reunião, o grupo opositor reiterou suas objeções, transformando a Carta em “Manifesto”, com ampla circulação nas redes sociais e entre membros da imprensa, com o apoio institucional de um número impressionante de associações médicas no Brasil, na Europa e na Índia. Ao lado das Sociedades brasileiras de infectologia, de neurologia, e de clínica médica – e além de uma variedade de médicos hansenólogos de renome internacional –, salientava o apoio dos “mais de dez mil médicos” da Sociedade Indiana de Dermatologia, Venereologia e Hansenologia.

Claudia Fonseca

Os argumentos apresentados contra uma mudança de protocolo eram de ordens diversas. Em primeiro lugar, persistiam dúvidas quanto ao rigor metodológico dos ECRs. Sem a realização de exames histopatológicos, sanguíneos ou moleculares, como garantir a precisão da classificação de pacientes em categorias multi- e pauci-bacilares?¹⁵ Sem nenhuma informação sobre os 25% dos pacientes que abandonaram o estudo, como realizar uma análise completa dos resultados? Além do mais, críticos questionavam a possibilidade de transpor para a hanseníase métodos desenvolvidos a partir de doenças bem diferentes – a tuberculose, por exemplo, em que a recidiva ocorre poucos meses após o término do tratamento: “[Em estudos de hanseníase...], o mínimo de 10 anos de follow-up deve ser obedecido, sob pena de os resultados não espelharem o real tamanho do problema, com consequências graves para os pacientes e para a cadeia de transmissão do bacilo na comunidade” (SBH, Carta Aberta, 2018).

Existia consternação também quanto à interpretação dos dados publicados. Críticos não estavam convencidos de que a diferença de resultados entre os pacientes tratados conforme o novo regime e os do grupo de controle pudesse ser avaliada como “insignificante”. Citando estimativas endossadas pela OMS sobre a taxa provável de recidiva para pacientes tratados com o regime de doze meses (1%), críticos insistiam que os resultados dos ensaios clínicos randomizados provaram (ao contrário do alegado pelos autores dos ensaios) que o novo regime “definitivamente não [era] superior” ao antigo (Rao *et al.*, 2015).

De forma significativa, as dúvidas extravasaram para além do problema imediato. Desencadearam um processo retrospectivo, em que até mesmo o regime *padrão* começou a ser revisto. Constatou-se um grande número de teses, dissertações e estudos pontuais sugerindo que, para pacientes com casos avançados, existiam taxas de recidiva relativamente altas *mesmo com um tratamento de doze meses*. Embora geralmente conduzidos por pesquisadores acadêmicos com orçamentos restritos, com metodologias diversas, as conclusões desses estudos eram surpreendentemente semelhantes, levando um médico experiente a declarar:

Sobre os dados referentes às 12 doses, já me manifestei aqui, e repito, nunca vimos tantas recidivas e tanta resistência medicamentosa como agora. É claro que é difícil quantificar, mas quando diferentes profissionais que estão atuando com hanseníase Brasil a fora começam a falar as mesmas coisas, e ver os mesmos casos, alguma coisa está acontecendo¹⁶.

Profissionais envolvidos na prática clínica apresentavam ainda outros argumentos. Evocando longos anos de experiência nos postos de saúde nas regiões interioranas do país, sublinhavam a precariedade dos recursos médicos da rede SUS onde a descentralização projetada em lei nunca foi levada ao cabo. Questionaram se, caso fosse implantado o novo protocolo, seria realista prever um “acompanhamento” pós-cura para detectar os pacientes necessitando de um tratamento mais longo. Lembravam de pessoas como Denilson que, frente aos sintomas de uma recaída, tendem a esperar muito tempo antes de pegar o caminho de volta a um

15 Ver Petryna (2009) para uma descrição de como o mínimo ajuste nos critérios de recrutamento de pacientes pode modificar de forma significativa os resultados de um ensaio clínico.

16 Cito trechos que apareceram na primeira metade de 2018 de um grupo de debate WhatsApp frequentado por mais de 200 profissionais clínicos – médicos, enfermeiras, fisioterapeutas e trabalhadores sociais trabalhando com pacientes de hanseníase em praticamente todos os estados brasileiros. Não nomeio o grupo para resguardar o anonimato dos enunciantes.

Claudia Fonseca

centro hospitalar adequado. No longo intervalo, podem ter experimentado piores devastadoras, além de desenvolver novos focos de bacilo ativo.

Na rede social da qual eu participava, as críticas ao novo protocolo traziam à discussão fortes convicções morais. A mudança proposta de protocolo era chamada de “absurda”, “revoltante”, “uma temeridade que chega a ser dolosa”, “um crime que o ministério da saúde [estava] querendo implantar!!!” Os pronunciamentos levavam a crer que a maioria dos membros desse fórum tinha envolvimento direto no cuidado de pessoas afetadas e “conhecer a doença” não era, para eles, algo que pudesse ser traduzido em números. Dizia respeito, antes, à apreensão direta, sensorial da condição dos pacientes:

Os casos que temos visto é entristecedor!!!! Tenham certeza! Eu não conseguiria olhar para esses pacientes e tratá-los com o esquema [unificado proposto] e depois colocar minha cabeça no travesseiro e dormir!!!!

[...] não sou nenhuma autoridade, sou somente uma clínica que atende os pacientes portadores de hanseníase, em reação ou com sequela. Tenho uma coleção de recidivas de uns 70 casos!!! Não consigo entender esse tal [de regime unificado] que trata [os casos agudos com menos doses]!!! Logo o grupo que mantém o foco ativo.

Nessas conversas, os especialistas do outro lado do debate (que advogavam o encurtamento do regime de tratamento) eram descritos como profissionais que “não conhecem a realidade”, que fazem uma “ciência por vaidade”: “Ou se conhece a doença e se posiciona contra [o tratamento unificado], ou se vagueia na areia movediça que permeia ministérios, indicações, cargos, políticas públicas, portarias... burocracia enfim”.

Ao comparar os argumentos apresentados pelos defensores e opositores da nova proposta, fica clara a rixa epistemológica entre, por um lado, a lógica quantitativa dos ensaios randomizados, legitimada pela repetibilidade e previsibilidade das evidências, e, por outro, a medicina clínica, indissociável da lógica indiciária que informa o projeto terapêutico (Camargo, 2013, p. 192)¹⁷. A diferença entre as duas abordagens vem acompanhada de uma diferença tácita de prioridades práticas: por um lado, o bem-estar da população (i.e., conter os riscos da endemia, equilibrando custo e efetividade); por outro lado, a cura e os cuidados de pacientes afetados. À medida que surgem conflitos em torno de políticas de intervenção, não é surpreendente constatar acusações mútuas: que o raciocínio do coletivo “estrangeiro” é fantasioso, suas explicações inadequadas, seus conceitos fantasiosos, suas prioridades triviais, e seus fatos “invenções livres” que devem ser ignoradas (Fleck, 2005, p. 189).

Mas, além dessa rixa, cabe notar como o conflito em torno do novo protocolo tem contribuído para a estabilização do segundo coletivo de pensamento, através da consolidação de um grupo social organizado. Trata-se de um grupo mais afeto à prática clínica do que à pesquisa laboratorial, que reivindica suas próprias tec-

17 Entre as muitas menções ao debate médico estruturado a partir dessa oposição epistemológica, ver Fassin (2007), CRUZ (2016), Desrosières (1993)

Claudia Fonseca

nologias, linguagens e valores. Essa observação nos leva de volta à pergunta com a qual abrimos este artigo, agora com leve inflexão: qual o papel da ação coletiva organizada na determinação das evidências científicas que prevalecem na política de combate à hanseníase no Brasil e no mundo?”.

5. Novos aliados, novas maneiras de validar os fatos

Charles Briggs (2016), na sua análise de uma epidemia de raiva espalhada por morcegos na Amazônia venezuelana, sugere que o diagnóstico e a solução da praga tardaram em aparecer porque, entre especialistas da gestão pública, os saberes nativos foram durante longo tempo ignorados. A partir dessa situação, o autor cunha a noção de “ecologias de evidências”, isto é: “[...] aparelhos amplos compostos de modos interconectados de produzir tipos distintos de evidência, dando mobilidade a alguns deles, reduzindo outros ao status de ignorância, superstição ou patologia, e tornando outros simplesmente impensáveis” (2016, p. 151).

Seguindo nesse rumo, poderíamos arriscar a hipótese de que, na controvérsia sobre o tratamento de hanseníase, estamos diante do que Briggs denomina “inequidades comunicativas”, isto é, “a distribuição radicalmente desigual de acesso à produção e circulação de evidências”. Ou seja, tal como sugere Vincanne Adams (2013, p. 84), antropóloga especializada em saúde global, as provas estatísticas – tão ao gosto de planejadores – podem ter pouco ou nada a ver com “o mundo intrinsecamente bagunçado de pessoas, saúde e doença”, mas têm a vantagem de produzir uma imagem de fatos científicos “robustos”. Assim, o culto à medicina baseada em evidências – com seu particular viés epistêmico – continuaria a colonizar outras formas de evidência, especialmente no campo da saúde global, tornando contexto e história obsoletos e extraíndo o cuidado clínico das relações sociais em que se apoiam.

À luz dessas reflexões, torna-se inteligível como, nas arenas executivas da saúde global onde se estabelecem os parâmetros para a coleta de dados e protocolos de tratamento, a experiência dos “clínicos” envolvidos diretamente com os pacientes foi durante certo tempo eclipsada pela evidência estatística. Da mesma forma, as teses e dissertações em diversas regiões do Brasil sugerindo altas taxas de recidivismo entre pacientes com hanseníase avançada, por causa de suas “insuficiências” metodológicas, não eram consideradas dignas de grande atenção.

Entretanto, uma “ecologia de evidências” não pressupõe uma hierarquia fixa de saberes. Justamente a vantagem dessa noção é que anuncia a possibilidade de arranjos e mesmo reviravoltas surpreendentes. É verdade, que, durante quinze anos, houve um avanço lento, mas seguro do novo protocolo, crescentemente legitimado pela “medicina baseada em evidências”. Porém, embora endossado pela Estratégia Global de 2016 (OMS, 2016), já no Manual de orientações para monitoramento e avaliação do Plano publicado um ano depois (OMS 2017), *não há nenhuma menção do novo protocolo*. E, em meados de 2018, a OMS assumiu um recuo radical, recomendando no seu *Guidelines* (WHO, 2018), a manutenção do regime de tratamento vigente para pacientes MB. Os autores do documento não

Claudia Fonseca

ignoram os ECRs, mas reinterpretem os resultados, chegando à conclusão de que “[...] houve evidência **insuficiente** para recomendar uma diminuição na duração do regime atual de 3 medicamentos. Além disso, o único ECR disponível encontrou uma associação potencial entre menor duração do tratamento e aumento do risco de recidiva” (WHO Guidelines 2018, ênfase nossa)¹⁸.

6. Que terá acontecido para provocar uma tal guinada?

É possível que a mobilização fenomenal organizada pela rede “contra”, com participação em peso de trabalhadores de saúde brasileiros, tenha finalmente surtido efeito. Porém, os especialistas do outro lado da contenda também se mobilizaram para ampliar seu já grande raio de aliados poderosos. Levantamos a hipótese de que, além do simples número e da escala de alianças, o fiel da balança nessa disputa – pelo menos no âmbito da OMS – é um novo desenvolvimento no cenário político: a importância dos “afetados” pela doença nos fóruns de debate.

Certamente, há tempo que os pacientes e seus familiares participam nos fóruns internacionais através de suas associações e de seus movimentos funcionando nos vários países. Entretanto, sugerimos que, nos últimos anos, houve uma crescente ênfase no valor da participação cidadã nas instituições de governo dentro e fora das arenas de saúde global. A antropóloga Alice Cruz (2016, p. 38), atual *Relatora Especial da ONU para a eliminação da discriminação contra pessoas afetadas pela hanseníase e seus familiares*, dá voz a essa tendência quando sublinha “a necessidade de incluir processos participativos nas tomadas de decisão como forma de precaver e gerir potenciais danos” causados pela hanseníase.

De fato, ao comparar as diferentes “estratégias globais” para o combate de hanseníase publicadas ao longo dos últimos vinte anos, não há como ignorar novidades no perfil dos envolvidos. Os planos de 2006 e 2010 não incluem detalhes sobre a identidade dos contribuintes, pautando, ao invés, uma autoria institucional genérica. Em 2016 (OMS, 2016), o documento traz uma página inteira sobre colaboradores subclassificados nas rubricas: “programas nacionais”, “especialistas”, “organizações parceiras” (entre as quais, cita-se uma associação de “afetados” na Índia) e “OMS”. *Guidelines* (WHO, 2018), por sua vez, inclui na página sobre colaboradores – além de médicos, professores e agentes de saúde pública de diversas partes do mundo –, pacientes e seus familiares. Traz os resultados de grupos focais de debate realizados com “afetados” em Colômbia, Gana, Índia e Nepal. Também registra no seu *External Review Board* a participação de “afetados” de hanseníase oriundos de Brasil, Paraguai, Índia, Gana e Nepal. Sem dúvida, o uso das mídias sociais (tais como o grupo WhatsApp citado acima) e a implementação via internet de Consultas Públicas têm dado visibilidade renovada à “voz” dos variavelmente afetados e interessados – criando uma nova (e quiçá influente) categoria de especialistas leigos.

Conforme Cruz (2016, p. 39), a introdução da “experiência incorporada” dos próprios pacientes provocaria uma “crise de credibilidade” no paradigma médico centrado quase exclusivamente na cura. Traria para o centro do palco pessoas

18 De fato, não só o tratamento de hanseníase MB foi mantido em doze meses, o cocktail para PB foi aumentado de dois para três antibióticos durante seis meses.

Claudia Fonseca

com hanseníase que convivem com dor crônica e sequelas debilitantes, além de quadros reacionais tratados até hoje com drogas obsoletas com efeitos colaterais perigosos. Acrescentaríamos que, à medida que nos afastamos do saber médico, nos aproximando da perspectiva do paciente em sofrimento, a dimensão temporal se impõe, desafiando a rigidez das classificações estanques da biomedicina (Bowker; Star 1999, p. 192). Em particular, as “evidências alternativas” produzidas pela experiência incorporada colocariam em destaque vivências locais, revelando a fragilidade da própria noção de “cura”.

Nesse sentido, o próprio bacilo, ao resistir contra as tentativas de transformar a hanseníase em uma “doença qualquer”, diagnosticável e tratável dentro dos moldes tradicionais da saúde global (Cruz, 2016; Maricato, 2019), também está achando uma “voz” na determinação das evidências científicas que dirigem a intervenção. Diante das densas dobraduras temporais dos corpos, bacilos e tecnologias “em movimento” que vimos acima, como encaixar as manifestações da doença no sistema classificatório dos ECRs? Como usar esse tipo de “evidência” para demonstrar a eficácia de um tratamento se há, na raiz da investigação, ambiguidades profundas sobre os termos-chave envolvendo graus de severidade, cura e recidiva?

* * *

Vimos neste artigo como a infraestrutura classificatória exerce uma influência não negligenciável na rede sociotécnica acionada para o combate à hanseníase. Trata-se de termos médicos que se enquadram mal nas ambiguidades de uma “doença em andamento”; categorias numéricas que se encolhem ou se expandem conforme a duração do regime de tratamento; metas que modificam o registro de dados, mudando o rumo das estratégias de organizações nacionais e internacionais. Não há nada natural ou automático na delimitação dessas categorias; há contornos arbitrários, convencionados, que dependem de políticas pragmáticas negociadas dentro de determinadas relações de força.

A contenda em torno do novo protocolo de tratamento trouxe a oportunidade de observar essa infraestrutura em ação. Vimos nela como os “grandes números” da medicina baseada em evidências – elo por excelência entre fatos científicos e a implementação de políticas públicas, entre ciência e governo – são contestados.

Provocando uma espécie de “inversão infraestrutural”, essa contestação coloca em destaque coletivos de pensamento distintos, cada qual mobilizando elementos morais, políticos e técnicos para validar suas respectivas verdades.

Para entender qual coletivo prevalece, retomamos num primeiro momento a provocação de Adams (2016) de que, desde os anos 1980, o raciocínio quantitativo (*quantitative metrics*) vem desbancando outras abordagens sem nunca ter dado resposta definitiva à questão de eficácia. Entretanto, ao seguir a trajetória desse debate adiante, nos lembramos das palavras de Latour (citadas acima), sobre a natureza imprevisível dos “outros meios” pelos quais as verdades se consolidam no campo da ciência. Os acontecimentos que se sucederam põem em xeque qual-

183

Claudia Fonseca

quer visão reducionista da evolução da ciência. No âmbito da OMS, as “verdades” foram reelaboradas não necessariamente por força de novas evidências e, sim, por rearranjos no cenário político em que novos atores assumiam uma voz.

É irônico que, no Brasil, de onde surgiram lideranças contra o regime único de tratamento, as coisas tenham evoluído em outro ritmo. Malgrado uma consulta pública realizada *online* no fim de 2018 em que 95% dos participantes (pacientes, familiares e profissionais de saúde) se pronunciaram firmemente contra o novo protocolo, a CONITEC (do Ministério de Saúde) nunca retirou seu endosso ao esquema terapêutico único. Tampouco adiantou críticos chamarem atenção para o recuo da OMS, sublinhando o fato de que, se teimasse na aprovação do novo protocolo, o Brasil seria “o único país no mundo” a implantar o regime único de tratamento (SBH 2018). Apesar de tudo, à medida que a poeira baixava, tornou-se evidente que não existia nenhuma política institucional para efetivamente implementar a mudança de esquema terapêutico¹⁹.

A trajetória inesperada na OMS quanto à recomendação de um novo protocolo de tratamento para hanseníase, assim como a discrepância entre o Brasil e a OMS, mostram a que ponto os fatos científicos acionados, longe de serem universais, são negociados em diferentes instâncias. A validação das “evidências” e as conclusões que decorrem delas dependem das infraestruturas nas quais são inseridas, incluindo categorias ambíguas e tecnologias nem sempre consensuais. As decisões são feitas no embate entre atores enredados em coletivos de pensamento cuja influência varia conforme a arena de engajamento – local, nacional ou global. Mudanças nessa rede sociotécnica podem provocar uma remexida na ecologia de saberes que, filtrada por políticas institucionais específicas, trará consequências concretas à vida de milhares de afetados. Em suma, a trajetória nem sempre previsível dessa relação entre ciência e governo põe em relevo, para além dos aspectos técnicos, os elementos políticos, dando relevância renovada à noção de “participação”.

Aprovado: 03/11/2019

Recebido: 21/02/2020

19 A terceira edição do Guia de Vigilância em Saúde lançada no início de 2019 (Brasil, 2019) manteve o protocolo antigo. E a nova Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase, 2019 – 2022, ao não entrar em detalhes sobre o regime recomendado de tratamento, simplesmente evita a questão.

Claudia Fonseca

Referências

- ADAMS, Vincanne. *Evidence-based global public health: subject, profits, erasures*. In: BIEHL, João; PETRYNA, Adriana (Orgs.). *When people come first*. Princeton: Princeton University Press, 2013.
- ADAMS, Vincanne. *What is critical global health?* *Medicine, Anthropology, Theory – MAT*, v. 3, n. 2, p. 186-197, 2016.
- BOWKER, Geoffrey; STAR, Susan L. *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, MA: MIT Press, 1999.
- BRABER, Kommer. *An evaluation of GAEL, the Global Alliance for the Elimination of Leprosy*. *Leprosy Review*, v. 75, p. 208-213, 2004.
- BRASIL. *Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços*. Guia de Vigilância em Saúde. 3. ed. Brasília: SVS/Ministério da Saúde, 2019.
- BRIGGS, Charles. *Ecologies of evidence in a mysterious epidemic*. *Medicine, Anthropology, Theory – MAT*, v. 3, n. 2, p. 149-162, 2016.
- BRUNO, Isabelle; DIDIER, Emmanuel. *Benchmarking: L'État sous pression statistique*. Paris: Zones, 2013.
- CAMARGO, Kenneth. *O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico*. *Revista Brasileira de História da Ciência*, v. 6, n. 2, p. 183-195, 2013.
- CARR, E. Summerson; LEMPET, Michael (Orgs.). *Scale: Discourse and Dimensions of Social Life*. Oakland: University of California Press, 2016.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CASTRO, Rosana. *Precariedades oportunas, terapias insulares: economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018.
- CRUZ, Alice. *Uma cura controversa: a promessa biomédica para a hanseníase em Portugal e no Brasil*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 25-44, 2016.
- DESROSIÈRES, Alain. *La politique des grands nombres*. Paris: La Découverte, 1993.
- DUARTE, Larissa Costa. *“A maior taxa de mutação já reportada”: uma reflexão sobre materialidades, produção de conhecimento, e HIV/AIDs*. In: FONSECA, Claudia; MARICATO, Gláucia; DUARTE, Larissa C.; BESEN, Lucas (Orgs.). *Ciência, Medicina e Perícia nas Tecnologias de Governo*. Porto Alegre, CEGOV, 2017. p. 15-36.
- FASSIN, Didier. *When bodies remember: experiences and politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press, 2007.
- FLECK, Ludwik. *Genèse et développement d'un fait scientifique*. Paris: Editions Les Belles Lettres, 2005.
- FONSECA, Claudia. *Lá onde, cara pálida? Pensando as glórias e os limites do campo etnográfico*. *Mundaú*, n. 2, p. 96-118, 2017.
- GONÇALVES, Aguinaldo; MANTELLINI, Glauca Gonçalves; PADOVANI, Carlos Roberto. *O paradigma dualista da hanseníase, controle ou eliminação: o período crítico de 2000 a 2005*. *Hansenologia Internationalis*, v. 36, n. 2, p. 17-23, 2011.
- GUPTA, Akhil. *Red Tape: Bureaucracy, structural violence, and poverty in India*. Durham: Duke University Press, 2012.
- HACKING, Ian. *Taming of chance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

Claudia Fonseca

- JI, Baohong. *Comments on the Report entitled "Independent Evaluation of the Global Alliance for the Elimination of Leprosy"*. *Leprosy Review*, n. 75, p. 217-220, 2005.
- JI, Baohong; SAUNDERSON, Paul. *Uniform MDT (U-MDT) regimen for all leprosy patients—another example of wishful thinking*. *Leprosy Review*, v. 74, n. 1, p. 2-6, 2003.
- LATOUR, Bruno. *Give me a laboratory and I will raise the world*. In: KNORR-CETINA, Karin D.; MULKAY, Michael (Orgs.). *Science observed: perspectives on the social study of science*. London: Sage, 1983. p. 141-170.
- LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- LATOUR, Bruno. *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- LOCKWOOD, Diana. *Commentary: Leprosy and poverty*. *International Journal of Epidemiology*, n. 33, p. 269-270, 2004.
- LOCKWOOD, Diana; SHETTY, Vanaja; PENNA, Gerson O. *Hazards of setting targets to eliminate disease: lessons from the leprosy elimination campaign*. *BMJ – British Medical Journal*, n. 348, p. 15-17, 15 fev. 2014.
- MALATHI, Munisamy; THAPPA, Devinder. *Fixed-duration therapy in leprosy: limitations and opportunities*. *Indian Journal of Dermatology*, v. 58, n. 2, p. 93-100, 2013.
- MARICATO, Glaucia. *Histórias sem fim: sobre dobras e políticas ontológicas de um mundo sem hanseníase*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- MERRY, Sally Engle. *Measuring the World: Indicators, human rights, and global governance*. *Current Anthropology*, 52, sup. 3, p. 583-595, 2011.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. *Estratégia Mundial de Eliminação da Lepra 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra*. Nova Deli: SEARO, 2016.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. *Estratégia Global para Hanseníase, 2016-2020: monitoramento e avaliação*. Nova Deli: SEARO, 2017.
- PENNA, Gerson Oliveira; TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento et al. *Uniform multidrug therapy for leprosy patients in Brazil (U-MDT/CT-BR): results of an open label, randomized and controlled clinical trial, among multibacillary patients*. *PLOS, Neglected Tropical Disease*, v. 11, n. 7, p. 1-19, 2017.
- PENNA, Gerson Oliveira; PENNA, Maria Lúcia Fernandes; BARRETO, Maria Lúcia Lima et al. *Nota relativa às evidências científicas quanto à utilização de um esquema uniforme e de curta duração no tratamento de hanseníase na APS. 24 abr. 2018*. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinio/nota-relativa-as-evidencias-cientificas-quando-utilizacao-de-um-esquema-uniforme-e-de-curta-duracao-no-tratamento-de-hanseníase-na-aps/34062/>. Acesso em: 19 out. 2019.
- PETRYNA, Adriana. *When experiments travel: clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- RAO, P. Narasimha; DOGRA, Sunil; SUNEETHA, Sujai. *Global leprosy program: does it need uniform-multi-drug therapy now?* *Indian Dermatology Online Journal*, v. 6, n. 6, p. 425-427, 2013.
- SALGADO, Claudio Guedes; BARRETO, Josafá Gonçalves; SILVA, Moisés Batista da; FRADE, Marco Andrey Cipriani; SPENCER, John Stewart. *What do we actually know about leprosy worldwide?* *Lancet*, v. 16, n. 7, p. 778, 2016.

Claudia Fonseca

- SALGADO, Claudio Guedes; BARRETO, Josafá Gonçalves; SILVA, Moisés Batista da et al. *Are leprosy case numbers reliable?* Lancet, n. 18, p. 135-136, 2018.
- SHORE, Chris; WRIGHT, Susan. *Policy: a new field of anthropology*. In: SHORE, Cris; WRIGHT, Susan (Eds.). *Anthropology of Policy: critical perspectives on governance and power*. London: Routledge, 1997.
- SHORE, Cris; WRIGHT, Susan. *Governing by numbers: audit culture, rankings and the new world order*. *Social Anthropology*, v. 23, n. 1, p. 22-18, 2015.
- SMITH, William Cairns S.; BRAKEL, Wim H. van; RICHARDUS, Jan Hendrix. *The missing millions: a threat to the elimination of leprosy*. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, v. 9, n. 4, e0003658. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003658>. Acesso em: 19 out. 2019.
- SBH – Sociedade Brasileira de Hansenologia. *Posição da SBH em relação à implantação do MDT-U no Brasil: relatório apresentado à 73ª Reunião da CONITEC, dez. 2018*. Disponível em: http://www.sbhansenologia.org.br/upload/files/Explana___o_oral_e_documenta___o_apresentada_pela_SBH_na_CONITEC_sobre_o_MDT-U__2_%281%29.pdf. Acesso em: 19 out. 2019.
- STEFANI, Franceli. *Entre o preconceito e a doença*. *Correio do Povo*, Porto Alegre, p. 10, 2018.
- TALHARI, Sinésio; GROSSI, Maria Aparecida de Faria; OLIVEIRA, Maria Leide W. D. R. de et al. *Hansen's disease: a vanishing disease?* *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, n. 197, sup. 1, p. 13-16, 2012.
- TRINDADE, Maria Angela Bianconcini; VARELLA, Tatiana Cristina Nogueira; CISNEROS, Claudia Gertrudis Cardoza et al. *Delayed diagnosis of multibacillary leprosy: a report of eight cases*. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 13, n. 2, p. 155-157, 2009.
- WHO – World Health Organization. *The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem*. Genebra: WHO, 2003.
- WHO – World Health Organization. *Guidelines for the diagnosis treatment and prevention of leprosy: executive summary*. Genebra: WHO, 2018.

A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla^S

Autoethnography as a creative method: experimentations with multiple sclerosis

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5872>

Fabiene Gama • Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

ORCID: 0000-0002-9152-0903

fabiene.gama@ufrgs.br

Professora do Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Núcleo de Antropologia Visual (NAVISUAL/UFRGS) integrante do grupo de pesquisa “Corpos e decolonialidades em Saúde (CODEs/UNICAMP/CNPq), realiza pesquisas sobre gênero, saúde, autoetnografias, autorrepresentações, emoções e mobilizações políticas, utilizando a fotografia como ferramenta de pesquisa.

A esclerose múltipla é uma doença neurológica pouco conhecida. Crônica e sem cura, ela causa fraqueza, fadiga e uma ampla gama de sintomas motores, sensoriais e visuais. Descobri o que era esclerose múltipla e ser uma doente crônica ao ser diagnosticada com a doença em 2014 e passar a lidar com o cuidado médico. Essa aprendizagem ocorreu intelectualmente, mas também física e emocionalmente, pois apesar de desejar entender o que acontecia para tomar decisões sobre tratamentos, meus conhecimentos e desejos eram ignorados. Este artigo foca nessas experiências e nas implicações de ser uma paciente ativa. O que acontece quando paciente e médica discordam sobre o melhor tratamento? Como profissionais da saúde lidam com conhecimentos provenientes de outras áreas? Qual é o impacto das estruturas mediadoras da sociedade nas experiências de uma doença crônica? Para refletir sobre essas dinâmicas, passarei pelos diários que escrevi e pelas imagens – fotos, raios-X, ressonâncias e imagens de laboratório – que produzi durante os primeiros tratamentos. Meu objetivo é examinar o impacto da equipe e dos aparatos médicos na experiência de uma doença crônica.

Multiple sclerosis is a little-known neurological disease. Chronic and with no cure, it causes weakness, fatigue and a wide range of motor, sensory, and visual symptoms. I found out what multiple sclerosis is and what is to be chronically ill when I was diagnosed with the disease in 2014 and started to deal with treatments. This learning took place intellectually, but also physically and emotionally. Despite of my intention to understand what was going on and make decisions about treatments, my knowledge and desires were ignored. This article focuses on those experiences and the implications of being an active patient. What happens when the patient and the doctor disagree about the best treatment? How do health professionals deal with knowledge from other areas? What is the impact of society's mediating structures on the experiences of a chronic disease? To reflect on these dynamics, I will go through the diaries I wrote and the images – photos, X-rays, resonances, and lab images – that I produced during the first treatments. My goal is to examine the impact of medical staff and devices on the experience of a chronic disease.

Autoetnografia. Imagens. Paciente. Esclerose múltipla. Cuidado.

Autoethnography. Images. Patient. Multiple sclerosis. Care.

Fabiene Gama

Introdução

Este artigo trata da minha experiência com a esclerose múltipla, em especial sobre o que dela é experimentado socialmente. A partir dos debates antropológicos sobre percepção, sensorialidade e autoetnografia, analisarei aqui como os diversos encontros com pessoas (médicas, enfermeiras, técnicas, burocratas¹), artefatos (seringas, máquinas, textos, imagens) e instituições (hospitais, SUS) me transformaram em uma doente crônica. E abordarei as implicações de ser uma paciente ativa. O que acontece quando paciente e médica discordam sobre o melhor tratamento a seguir? Como profissionais da área da saúde lidam com conhecimentos provenientes de outras áreas? Como uma experiência individual, a de uma doença crônica, é experimentada através das estruturas mediadoras da sociedade? Para ponderar sobre esse processo, passarei por trechos dos diários que escrevi e as imagens – fotos, raios-X, ressonâncias e imagens laboratoriais – que produzi durante os primeiros anos do diagnóstico. Meu objetivo é apresentar à leitora reflexões sobre o impacto de tais mediadores na experiência de uma doença crônica.

As imagens apresentadas neste artigo visam dialogar com as palavras, e não as ilustrar ou descrevê-las. Elas são fruto desta produção de conhecimento subjetivo e experimental que é a autoetnografia, a qual nega a separação entre racionalidades e emoções, dados e análises, Eu e o Outro. Elas apontam para expressões presentes no corpo (na pele e em outros órgãos) e/ou sobre ele, visando produzir um conhecimento que vai contra a “lógica iluminista, colonial e imperialista que desqualifica e reprime formas de conhecimento atreladas à experiência”, como relatou Gustavo Raimondi (2019, p. 65-66). E trilha caminhos menos “seguros” que aqueles trilhados pelo conhecimento científico que se propõe neutro, objetivo. Ainda que isto ponha em risco o próprio conhecimento, visto que, como ressaltou Tânia Mara Campos de Almeida,

novos conceitos, matrizes interpretativas e procedimentos metodológicos nos diversos saberes acadêmicos têm sofrido resistência para se legitimarem como exegeses e epistemologias críticas do conhecimento instituído, para se firmarem contrapostas à divisão internacional do mercado intelectual mundial e à falsa ideia de neutralidade científica (Almeida, 2018, p. 212).

Gostaria, contudo, de chamar a atenção para algo da autoetnografia que gera problemas de interpretação em pessoas não habituadas a seu gênero literário: o que apresento aqui é fruto da minha experiência, mas do que dela também é partilhada com outras pessoas, como desenvolverei mais adiante. Assim, o que foi selecionado para ser exposto neste trabalho, assim como a forma como o que foi selecionado é apresentada, faz parte de todo um processo engajado com outras narrativas de pessoas com esclerose múltipla. E está relacionado, do começo ao fim, com a subversão desta forma normativa que, ao camuflar o acesso a subjetividades, impõe um padrão de produção de conhecimento bastante específico, fruto do Iluminismo. Uma forma que tende “ao apagamento da presença do sujeito

§ Uma primeira versão deste texto foi apresentada no 13 Women's Worlds Congress e 11 Seminário Internacional Fazendo Gênero, em 2017, em Florianópolis. Desde então, o texto vem sendo apresentado em palestras e congressos e contou com diversas contribuições, em especial da Prof^a. Soraya Fleischer, do Departamento de Antropologia da UNB, a quem agradeço todo o incentivo para a publicação dele.

1 Neste texto usarei o sujeito indefinido e o plural sempre no feminino, com exceção de quando se tratar exclusivamente de homens.

Fabiene Gama

nos discursos produtores de conhecimento considerado ‘formal’, aquele que surge em espaços institucionalizados de saber, algo que remonta à separação entre os discursos científicos e não científicos” (Versiani, 2005, p. 19).

Nota metodológica sobre a autoetnografia

A autoetnografia escorrega, evita definições simplistas. É a colisão entre as ciências humanas e as artes, as teorias e as emoções, a “performatividade” – o que acontece agora – e a performance – o que já aconteceu (estudo feito) – é a presença do corpo do(a) pesquisador(a) na linha de frente da pesquisa, no momento da criação (texto ou a performance/apresentação) (Brilhante; Moreira, 2016, p. 1100).

Como dito, este trabalho foi desenvolvido através de uma metodologia que embora não seja nova, ainda é inovadora: a autoetnografia. De acordo com Ellis e Bochner (2000), a autoetnografia é um **gênero autobiográfico** de escrita e pesquisa que apresenta múltiplos níveis de consciência, conectando o pessoal ao cultural, expondo frequentemente um *self* vulnerável. Diferente da etnobiografia (Gonçalves; Marques; Cardoso, 2013) – na qual a antropóloga reflete sobre a trajetória de uma outra pessoa para analisar fenômenos socioculturais – na autoetnografia, a antropóloga reflete sobre sua própria experiência, ou a partir dela, para analisar questões da sociedade e/ou cultura à qual pertence.

Ela é uma **metodologia** que exige múltiplas camadas de reflexividade, uma vez que a pessoa que pesquisa e aquela que é pesquisada são a mesma. Para Grant (2014), pesquisas autoetnográficas desempenham um valioso papel na antropologia: expõem partes de fenômenos culturais que as pessoas vivem, mas não costumam falar. Falam sobre o não dito, advogando contra determinadas invisibilidades e silenciamentos, ao mesmo tempo em que ressaltam a importância da narração, em especial da narração pessoal, nas ciências humanas e sociais. Para ele,

aquelas com aspirações autoetnográficas devem realmente levar as práticas de escrita e representacionais muito a sério, e considerar a escrita como um ofício no qual precisam trabalhar, como se estivessem praticando um instrumento musical para melhorar e ganhar domínio sobre ele. Então a pesquisa não é algo a ser escrito. Ao invés disto, o conhecimento é criado através da escrita: rascunho após rascunho, após rascunho, após rascunho (Grant, 2014, s/p, tradução minha)².

Sendo um conhecimento criado através da narração (verbal, mas também através de outros meios), é uma forma de produzir conhecimento que se engaja profundamente com práticas representacionais e éticas: o uso da metáfora, de textos confusos, da escrita experimental, as formas poéticas e a ruptura do tempo linear são alguns dos dispositivos que caracterizam trabalhos autoetnográficos contemporâneos (Grant, 2014). Ao desafiarem as normas e fronteiras representa-

2 Texto original: “Those with aspirations towards autoethnography should take writing and representational practices very seriously indeed and regard writing as a craft they need to work at, just as if they were practising a musical instrument in order to improve and gain mastery over it. So research is not written up. Instead, knowledge is created through writing: draft after draft after draft after draft” (Grant, 2014, s/p)

Fabiene Gama

cionais e experimentar com as formas, estruturas e conteúdos, trabalhos autoetnográficos investem na expressão das emoções como uma forma de abordagem cultural e apresentam como autoras pessoas encarnadas. Dessa forma, eles ampliam o que se pode dizer sobre determinados assuntos, pessoas e instituições, e até mesmo sobre a disciplina antropológica.

Neste sentido, e por serem frutos de uma combinação de métodos, sujeitos, conceitos, políticas e teorias que não podem ser separados, são trabalhos especialmente interessantes no que diz respeito a situações de vulnerabilidade (Costa, 2016). Isto ocorre porque, neles, além de refletirmos sobre dados observados externamente e relatados oralmente, também atentamos para conhecimentos apreendidos através do nosso próprio corpo, que se move e encontra diferentes ambientes, pessoas, objetos e experimenta diversas emoções.

Para algumas autoras, a autoetnografia é um gênero; para outras, um método. Para Daniela Versiani (2005, p. 16), ela seria “um **conceito** em construção, sobre o qual não há definições e compreensões estabilizadas”. Um conceito que operaria na interseção entre termos de pares dicotômicos, como “auto” e “etno”, “numa tentativa de criar condições cognitivas de apreensão da relação entre os dois não de modo alternado e/ou oposto, mas sim concomitante, simultâneo, relacional” (Versiani, 2005, p. 2013).

Se não há consenso no que diz respeito ao que é uma autoetnografia, em resenha sobre o *Handbook of Autoethnography* organizado por Holman-Jones, Adams e Ellis (2013), Pedro Motta e Nelson Filice de Barros (2015, p. 1339) apontam para algumas características dos trabalhos autoetnográficos. De acordo com eles, tais trabalhos investem em: 1) visibilidades para o si (a pesquisadora se torna visível no processo, em relação com ambiente, as pessoas etc.); 2) fortes reflexividades; 3) engajamentos (“em contraste com a pesquisa positivista que assume a necessidade de separação e objetividade, a autoetnografia clama pelo engajamento pessoal como meio para entender e comunicar uma visão crítica da realidade”); 4) vulnerabilidades (explora fraquezas, forças e ambivalências da pesquisadora); 5) rejeita conclusões (“é concebida como algo relacional, processual e mutável”).

Não tratamos de “dados”, mas de “experiências”. São pesquisas altamente corporificadas, reflexivas e emotivas – qualidades muitas vezes criticadas ou ignoradas nas pesquisas qualitativas, mesmo antropológicas – e por isso transgressoras, indisciplinadas, políticas.

Para muitos de nós, não basta apenas escrever ou falar sobre nossos assuntos. Estamos condenados a vivê-los – ao menos o tanto quanto podemos, às vezes porque atuamos como estudiosos de determinados pontos de vista ou movimentos em nossas áreas de pesquisa, em vez de, para emprestar um termo de Frank Furedi (2004), sermos simples tecnocratas educacionais. Para algumas audiências reais e virtuais, isso pode ser cativante, envolvente e conectado, enquanto para outros isso pode confirmar o quão maus, rebeldes, perigosos, indisciplinados e não acadêmicos muitos de nós somos,

Fabiene Gama

com falta de distanciamento, equilíbrio e objetividade (Grant, 2014, s/p, tradução minha)³.

Esta pesquisa é fruto de experiências e diálogos vividos no encontro com outras pacientes, aparatos, pessoas e instituições da saúde. Ela foi realizada num lugar de estranhamento em que me vi quando, realizando pós-doutorado em antropologia, com um interesse especial por reflexões sobre emoções e sensorialidades, passei a experimentar um universo de possibilidades nunca antes experimentado. Tais experiências vividas intensamente no primeiro ano do diagnóstico, enquanto ministrava disciplinas sobre métodos de pesquisa qualitativa e antropologia visual, assim como o estímulo incansável de uma colega da Universidade de Brasília especialista em antropologia da saúde, a professora Soraya Fleischer, lançaram-me a produzir textos, imagens e questionamentos a partir de um lugar de fala privilegiado, enquanto pesquisadora e paciente.

Nesta pesquisa, diversos métodos qualitativos de pesquisa antropológica foram utilizados: observação participante, entrevistas abertas, histórias de vida, pesquisa online, fotoetnografia, análise de imagens e discursos, entre outros. As imagens foram produzidas em diversos momentos: para registrar e refletir sobre os processos vividos, e para apresentar “dados” da pesquisa (Guran, 2000). Elas também foram produzidas por outras pessoas (técnicas da saúde) sobre mim.

O trabalho de campo aconteceu enquanto eu refletia sobre as experiências que vivia, mas também a partir da análise de sites e blogs de pacientes, médicos e pesquisadores de esclerose múltipla e/ou doenças crônicas na Internet, em páginas no Facebook dedicadas à esclerose múltipla e ao medicamento que tomo, em grupos do WhatsApp de pacientes, e em diversos outros locais (eventos, consultas, exames, internações hospitalares, no SUS etc.).

O campo, assim, se deu fisicamente (em meu corpo e nos diferentes ambientes que circulei) e virtualmente. Ele aconteceu em Brasília, cidade onde eu vivia e trabalhava em 2015; no Rio de Janeiro, onde vivia minha família e onde recebi a maior parte dos tratamentos; e em São Paulo, onde busquei tratamentos alternativos.

Esclerosada: da imaginação social à pessoal

O progresso da minha doença não foi nem rápido nem dramático, e seu efeito mais profundo foi em minha consciência, minha autoconsciência, a forma como eu apreendi e construí o mundo e minha posição nele (Murphy, 1987, p. 13, tradução minha)⁴.

Em 2014 fui diagnosticada com esclerose múltipla, uma doença neurológica crônica autoimune pouco conhecida: não se sabe ao certo o que a causa e ela não tem cura. De acordo com nossa medicina, trata-se de uma doença inflamatória em que as células do sistema imunológico atacam o sistema nervoso central (cérebro, medula espinhal e nervo óptico). Tal ataque é desencadeado como uma resposta a algum vírus, bactéria ou mesmo ao estresse, e causa danos à bainha de mielina, a

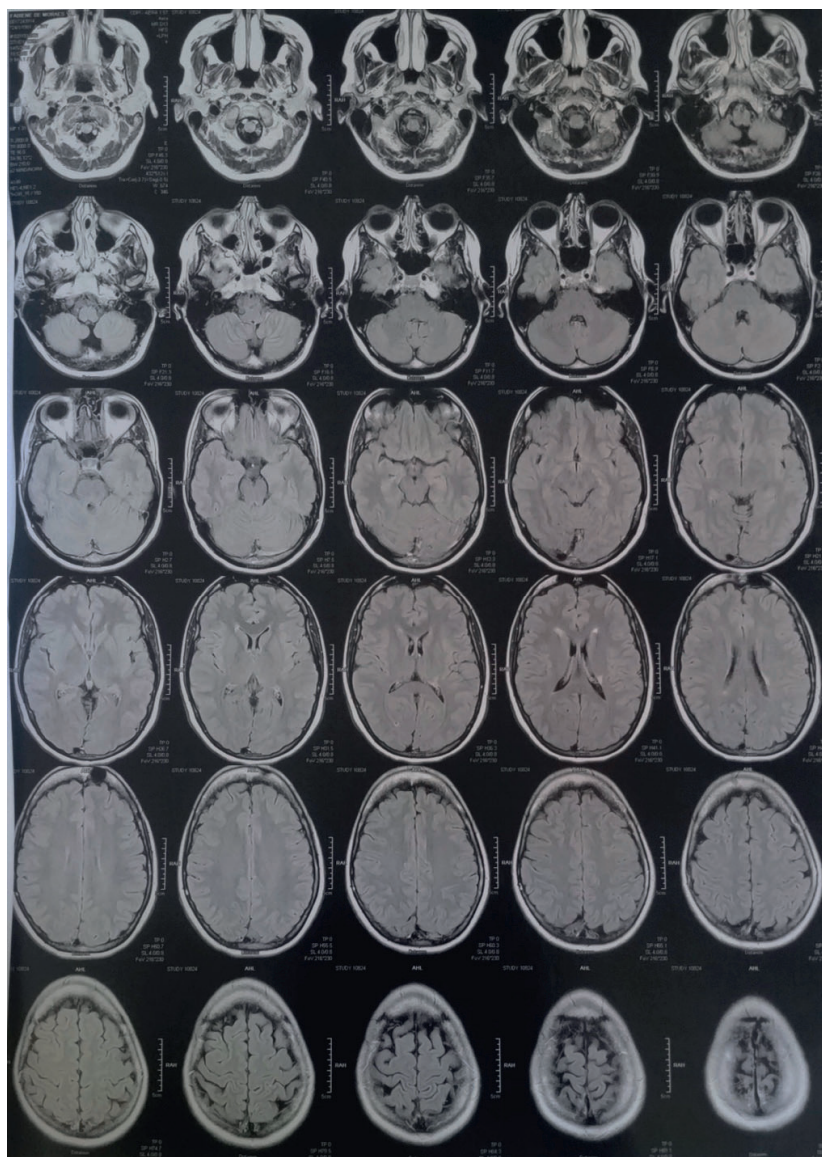
3 Texto original: “For many of us, it’s not enough just to write it, or talk about our topics. We are condemned to live them – at least as much as we can, sometimes because we function as standpoint or movement scholars for our research areas, rather than, to borrow a term from Frank Furedi (2004), simply educational technocrats. For some real and virtual audiences, this can be endearing, engaging and connecting, while for others it can confirm what a bad, unruly, dangerous, undisciplined and unscholarly lot we are, lacking distance, balance and objectivity” (Grant, 2014, s/p).

4 Texto original: “The progress of my illness was neither rapid nor dramatic, and its most profound effect was upon my consciousness, my self-awareness, the way I apprehended and constructed the world and my position in it” (Murphy, 1987, p. 13).

Fabiene Gama

cobertura protetora das células nervosas que, danificada, retarda e/ou interrompe os impulsos nervosos para partes do corpo (Fuller, 2015).

Seus sintomas são extremamente variáveis e dependem da localização e da gravidade de cada ataque inflamatório, chamado de surto. Podem ser: dormência, dor, formigamento, perda de equilíbrio e coordenação, dificuldade para caminhar, transtornos visuais, incontinência intestinal e urinária, diminuição da capacidade de atenção, perda de memória, transtornos fonoaudiólogos, cognitivos e emocionais, fadiga, entre outros. Ou seja, uma gama imensa de alterações motoras, sensitivas, visuais e cognitivas, que podem ser temporárias ou permanentes. O diagnóstico da doença é feito através de um exame clínico combinado com outros laboratoriais, que na maior parte das vezes serve para descartar outras doenças. Desses exames, o mais importante é a ressonância magnética, um exame que cria imagens de alta definição de órgãos internos através de um campo magnético.



Primeira ressonância magnética e a descoberta do interior do crânio.

Fabiene Gama

De acordo com Fuller (2015), para diagnosticar uma paciente com esclerose múltipla, uma médica deve: 1) encontrar evidências de danos ou lesões em pelo menos dois locais separados no sistema nervoso central, 2) encontrar evidências de que os danos ou lesões ocorreram com pelo menos um mês de intervalo, e 3) descartar todos os outros diagnósticos possíveis. As lesões do sistema nervoso central devem estar disseminadas no espaço e no tempo, ou seja, devem ter acontecido em locais e momentos diferentes. O aparecimento e o desenvolvimento da esclerose múltipla em uma pessoa, contudo, é variável e em grande parte **imprevisível**, tornando um prognóstico impossível. A doença pode permanecer em remissão (adormecida) por breves ou longos períodos, e apresentar um número variado de surtos (inflamações/recaídas) ao longo da vida, com sintomas diversos.

Um dado importante do desenvolvimento da doença é que um surto é **sempre** diferente do outro. Ou seja, sua experiência é sempre nova. Uma pessoa pode acordar cega um dia, e depois de um período (imprevisível) de tempo voltar a enxergar, ou não. Em outro momento acordar sem o movimento de uma das pernas e após certo tempo voltar a movimentá-la, ou não. Tais sintomas também podem ser sentidos novamente devido a fatores externos (como o calor) ou internos (o estresse), sem que configurem um novo surto. Mas no local onde se formou uma cicatriz, uma inflamação não volta a acontecer. A doença também pode se desenvolver com uma piora progressiva ao longo do tempo, sem recaídas reconhecíveis ou com surtos periódicos, sendo atualmente classificada de quatro formas: 1) surto-remitente ou remitente-recorrente, 2) primária-progressiva, 3) secundária-progressiva e 4) progressiva-recorrente.

O tempo médio para o diagnóstico de uma pessoa com esclerose múltipla é de sete anos. O meu diagnóstico, contudo, foi fechado em apenas dois meses. Isto se deu graças à minha atenção ao meu corpo e também à sorte de ter encontrado uma neurologista que foi atenta aos meus relatos, solicitando os exames necessários para o diagnóstico correto do problema. Até chegar a ela, uma decisão tomada sem qualquer recomendação médica, eu havia procurado clínicos gerais e médicos especialistas nos sintomas que eu sentia e nenhum deles – todos homens – cogitaram uma doença neurológica. Todos, sem exceção, diziam que o que eu sentia era fruto do “estresse” – essa coisa abstrata que parece ser a atualização contemporânea do que foi chamado de histeria em outros tempos.

Ao ser diagnosticada com esclerose múltipla, passei a buscar informações sobre a doença na Internet e nas diversas consultas médicas pelas quais passava. Não sabia nada sobre doenças crônicas, menos ainda sobre esta esclerose múltipla. Imaginava que pudesse ter a ver com algum tipo de demência, como muitas pessoas. As informações que eu encontrava, contudo, ou mobilizavam linguagem médica de difícil compreensão, ou eram confusas, até mesmo contraditórias. Em alguns sites, por exemplo, li que uma pessoa diagnosticada com esclerose múltipla recorrente-remitente (o meu tipo) poderia viver com uma qualidade de vida “normal” devido às medicações modernas. Em outros, li que, com o passar dos anos, uma pessoa diagnosticada com a doença poderia ter uma evolução deste tipo para um tipo mais grave e incapacitante, chamado de secundária progressiva.

Fabiene Gama

FABIENE DE MORAES VASCONCELOS GAMA, sofre de Esclerose Múltipla recorrente-remittente, com Bandas Oligoclonais positivas no líquido preenchendo critérios de McDonald et al., 2011 desde o início da doença. Evoluiu e vem evoluindo com surto de mielite cervical, nível sensitivo em hemitronco. Tem AQP4 (-), e RM com múltiplas lesões que captavam gadolínio, fator altamente preditivo de evolução para incapacidade motora e progressão da doença.

Trecho do primeiro laudo médico: “Fabiene (...) sofre”.

McDonald? Hemitronco? AQP4(-)? Evolução para incapacidade?

Nos encontros com diferentes neurologistas (foram sete no primeiro ano), eu buscava, além de encaminhamentos, esclarecimentos. Mas saía das consultas frequentemente frustrada: as médicas raramente estavam dispostas a compartilhar o conhecimento e, especialmente, as tomadas de decisão. Ainda que os sintomas da esclerose múltipla sejam diagnosticados essencialmente através do exame clínico e de relatos das pacientes, poucas médicas estão dispostas a levar a sério suas narrativas dos pacientes a fim de “reconhecer, assimilar, interpretar e ser tocado pelas histórias das doenças” (Charon, 2006, p. vii, tradução minha). Ainda que as médicas precisem dos relatos das pacientes para sugerir o melhor tratamento, ao contrário do que fazemos em nossa prática antropológica, as médicas geralmente se recusam a construir o resultado do seu trabalho de forma compartilhada: partem do princípio de que pacientes são ignorantes. Podemos perceber isto no relato apresentado em outra autoetnografia, de Costa, em Portugal:

Sob a pressão do conjunto de sintomas que apresentei em termos gerais, dirigi-me ao Centro de Saúde a uma consulta de urgência – que é muito útil em situações em que não se dispõe de médico de família. Lá encontrei uma médica precisamente oriunda de Leste e, agora, era eu que, no meu próprio país, tinha dificuldade em compreender o que a médica dizia. Este encontro foi em vários aspectos traumático. Quando a médica, no seu português arranhado, me perguntou de que me queixava, eu disse que tinha muito sono e me sentia inchado, e que tinha sentido maior intensidade nos sintomas desde que tinha tomado a vacina antitetânica. De modo direto, a médica negou qualquer relação com a vacina, chamando-me, agora com clareza, “ignorante” (Costa, 2016, p. 282).

Os traumas experimentados nos encontros médicos na busca por tratamentos foram múltiplos e definiram, para mim, o que significava ser cronicamente doente. Essa aprendizagem ocorreu intelectual, mas também física e emocionalmente: aprendi como me comportar e como e com quem falar nos diversos ambientes em que circulava. Apesar da minha enorme vontade de compreender o que acontecia e tomar as decisões sobre meu corpo, minha saúde ou mesmo sobre minha vida, afinal os remédios impactam diferentes esferas da existência, minha agência era

Fabiene Gama

frequentemente negada. Eu deveria confiar nos médicos, seguir suas recomendações, **aceitar** o diagnóstico e os tratamentos. Um comportamento que eu tinha dificuldades de ter, muito diferente das minhas experiências anteriores. Decidi então documentar e refletir sobre tais experiências.

Através dos diversos exames, tratamentos, internações, encontros com enfermeiras, médicas, técnicas de enfermagem, e de visitas a hospitais, consultórios, laboratórios, eu fui tomando consciência de uma nova identidade: a de uma doente crônica. Tal experiência provocou mudanças na minha autoimagem, como apontado acima por Murphy (1987), e trouxe questionamentos a respeito de mim mesma: iria a esclerose múltipla me definir a partir daquele momento ou seria ela incorporada às minhas outras diversas identidades?

Para Fuller, a aceitação do diagnóstico da esclerose múltipla é um processo longo e difícil, que envolve a redefinição do self, a construção da confiança na identificação com uma doença crônica, e a compreensão de como se relacionar com um mundo que não entende imediatamente as necessidades e acomodações que uma pessoa com esclerose múltipla pode exigir. Grande parte do foco das pessoas com esclerose múltipla está em como um indivíduo pode lidar com o diagnóstico e superar as dificuldades da transição de ser alguém saudável para alguém com uma doença crônica. A transição pode ser feita psicologicamente ou espiritualmente (Fuller, 2015, p. 19, tradução minha)⁵.

A literatura sobre esclerose múltipla falha ao lidar com o lado socioemocional da doença, focando em seus fatores biológicos. Quando fui diagnosticada, encontrei algumas informações sobre estas novas dificuldades em blogs de pacientes ativistas, grupos do Facebook e páginas dedicadas a doenças autoimunes. Encontrei um trabalho ou outro na área da psicologia e da terapia ocupacional, mas nenhuma publicação antropológica.

De acordo com Diniz (2012), há dois modelos conflituosos sobre a deficiência, que precisamos notar: o modelo médico, que entende a lesão no corpo como deficiência; e o modelo social, que defende que a deficiência está relacionada a limitações socioambientais impostas às pessoas com alguma lesão no corpo. Em uma sociedade adaptada às necessidades dos diferentes corpos, poderia haver corpos lesionados não deficientes. As lesões, por sua vez, costumam ser legitimadas quando visíveis, tornando doenças crônicas – invisíveis – difíceis de serem compreendidas.

A preservação do self e da identidade em pessoas com uma doença crônica se torna ainda complexa com a esclerose múltipla, porque muitos dos sintomas neurológicos da esclerose múltipla, como a fadiga, a perda da visão ou a dormência são invisíveis para os outros. Diferente daqueles com deficiências óbvias, pessoas com esclerose múltipla pode frequentemente escolher se mantêm suas deficiências escondidas ou não (Fuller, 2015, p. 19).⁶

5 Texto original: "Acceptance of the diagnosis of MS is a long and difficult process that involves redefinition of self, building confidence in identifying with a chronic illness, and understanding how to relate to a world that does not immediately comprehend the needs or accommodations a person with MS may require. Much of the focus for those with MS is on how the individual can cope with the diagnosis and rise above the difficulty in transitioning from a healthy individual to one with chronic illness. The transition can be made psychologically or spiritually" (Fuller, 2015, p. 19).

6 Texto original: "The preservation of self and identity in persons with a chronic illness becomes even more complex with MS because many of the neurologic symptoms of MS, such as fatigue, loss of vision, or numbness, are invisible to others. Unlike those with obvious disabilities, people with MS can often choose whether or not to keep their disabilities hidden" (FULLER, 2015, p. 19).

Fabiene Gama

Sem possuir limitações motoras, desde 2014 sinto fadiga, por vezes fraquezas e fortes dores no corpo. Tais sensações passaram a impactar minha rotina, exigindo pausas, diminuição de atividades, cuidados. Tais ajustes, no começo, custavam-me muito. Sempre fui muito ativa. Aceitar as novas limitações era mais difícil que explicá-las para os outros. E eu sentia que verbalizá-las era importante para que as pessoas as “enxergassem”. Possuir uma doença com sintomas não visíveis, como cansaço, dores, formigamentos, perdas visuais etc., pode ser positivo – nos preserva de preconceitos –, mas também extremamente negativo, mesmo violento, pois há pessoas que assumem que determinadas necessidades são exageradas.

Compreender o que é a esclerose múltipla e compartilhar o conhecimento sobre esta doença, desse modo, tornou-se fundamental para mim, pois, como ressaltou Webster (1998),

diante de uma total inabilidade de controlar o que estava acontecendo, estar razoavelmente confortável em ter uma doença crônica era uma tarefa individual, algo a ser vivido em isolamento. Mas uma doença crônica não é apenas definida pela sociedade, ela é experimentada através das estruturas mediadoras da sociedade e da cultura (Webster, 1998, s/p, tradução minha)⁷.

Sendo uma experiência mediada pelas estruturas da sociedade e da cultura, tornei-me atenta aos mecanismos que transformam uma pessoa em uma doente crônica, ou mesmo em uma paciente, tais como as consultas médicas, as internações hospitalares, os exames de rotina, o medicamento de uso contínuo. Descreverei a seguir como algumas dessas experiências me afetaram.

Tornando-me im-paciente

Foi no meu aniversário de 34 anos que percebi os primeiros sintomas da doença: um cansaço extremo e uma dor no ouvido que foi se tornando insuportável. Em um primeiro momento, pensei que eram sintomas de uma otite e procurei um otorrinolaringologista. Foi quando a maratona começou. Constatando que tudo aparentava bem, apesar de eu relatar que a dor já irradiava para a lateral esquerda do meu rosto, o médico recomendou uma consulta com uma dentista: poderia ser bruxismo, fruto do “estresse”, disse ele. A suspeita me surpreendeu, pois não me sentia estressada. Mas decidi investigar. Marquei uma dentista, que me recomendou um especialista em DTM – especialidade que eu não conhecia e não sabia sequer como encontrar. Iniciaram-se os problemas com as linguagens.

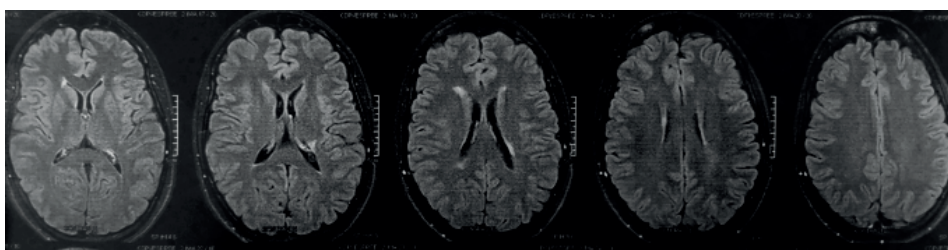
Sem encontrar um especialista na área, e com os sintomas se estendendo para meu couro cabeludo e ombro esquerdo, decidi procurar um clínico geral. Nesse momento, eu sentia uma coceira intensa na cabeça e achava que poderia estar também com uma alergia. Mas o clínico igualmente pensou que fosse devido ao “estresse”, e me receitou um relaxante muscular. Foi quando senti um choque dentro da cabeça, que me assustou. Eu já havia iniciado um tratamento com um acupunturista e sentido melhoras. Mas então decidi agendar uma consulta com

7 Texto original: “Faced with a total inability to control what was going on, being there in some comfort having a chronic disease was an individual task, one to be undertaken in isolation. But chronic disease is not just defined by society, it is experienced through the mediating structures of society and culture” (WEBSTER, 1998, s/p).

Fabiene Gama

uma neurologista para me assegurar de que tudo ia realmente bem. Ela solicitou uma ressonância magnética, meu primeiro exame traumático.

Sem ter conhecimento do procedimento a ser adotado, fui ao exame sozinha. Nele, fiquei cerca de uma hora dentro de uma máquina com um acesso no braço para inserção de contraste, um protetor auricular para amenizar o forte barulho do exame, e um capacete para me manter imóvel durante o período necessário. Ninguém me explicou que eu deveria respirar docemente para não interferir na imagem produzida, e não precisar refazê-la. Dentro da máquina, o som era ensurdecedor. Tão alto que vibrava em meu corpo. Variava entre o grave e agudo, rápido e repetitivamente. Chegava a durar minutos sem intervalo. A abertura da máquina para entrada do meu corpo era pequena e eu me sentia sufocada. Descubri-me claustrofóbica.



Os pontos brilhantes das inflamações ativas.

Ao voltar à neurologista com o resultado da ressonância magnética, descobri que eu tinha inflamações ativas no cérebro, no cerebelo e na coluna cervical. Havia forte indicação de que eu tinha esclerose múltipla, mas ainda era preciso descartar seis outras possibilidades. A médica recomendou uma internação hospitalar no dia seguinte para realização de uma pulsoterapia com altas doses de um corticoide, a fim de conter o processo inflamatório. Em um primeiro momento, não entendi a gravidade do problema, os sintomas já tinham passado e eu me sentia bem. A médica precisou ser incisiva: as inflamações poderiam gerar sequelas irreversíveis.

Antes e depois da minha internação, eu passei por uma série de exames altamente invasivos para verificar o estado da minha saúde, eliminar outras doenças e escolher o melhor medicamento para o meu caso. Agulhas me picavam, retirando líquidos do meu corpo. Máquinas produziam imagens de diversos órgãos: analisavam meus olhos, meu pulmão, meu coração, meu cérebro, observaram minha força, meus movimentos, meu equilíbrio. Nunca tinha sido tão mexida, por tantos desconhecidos. Os exames afetavam-me profundamente. Sentia-me invadida, abusada, desrespeitada. Tinha minha fala ignorada, meu corpo manipulado, decisões sobre minha vida tomadas por pessoas que não sabiam nada sobre mim.

O ambiente hospitalar, a instalação do acesso em meu braço para aplicação intravenosa de medicamentos que poderiam ser tomados oralmente, a obrigação de circular entre ambientes em macas, ambulâncias e cadeira de rodas, quando

Fabiene Gama

eu conseguir caminhar perfeitamente, além da necessidade de ficar trancada em um quarto com uma acompanhante, definiram a minha experiência inicial com a esclerose múltipla: significava intervenções, controle e desempoderamento.

“Uma pessoa com uma tatuagem deste tamanho não devia ter medo de agulhas”, me disse um médico plantonista, quando solicitei tomar oralmente os remédios que me foram prescritos, aos quais eu tinha direito. O acesso à minha veia precisou ser trocado três vezes em uma semana porque minhas veias reitadamente entupiam. Deixei o hospital cheia de hematomas, que não resultavam da pulsoterapia em si: eram fruto da maneira como meu corpo foi manipulado.

O gosto amargo que as altas doses do corticoide deixaram em minha boca após o tratamento simbolizou a experiência vivida. Ao tomar contato com essas novas sensações, questionei-me sobre como meu corpo funcionaria a partir do diagnóstico. Tive medo de me tornar dependente, inválida, frígida, deprimida. Eu não me identificava com nenhuma dessas características.

Tanto a pulsoterapia quanto o remédio de uso contínuo que tomo para a esclerose múltipla são drogas que **deprimem** o sistema imunológico: ao mesmo tempo em que impedem que meu sistema imunológico me ataque, me deixam mais vulnerável a infecções, mais cansada, com mais dores, mais fraca. A fim de me fortalecer, passei a inserir em minha rotina uma série de práticas de cuidado que me ajudaram a ter mais energia, disposição e bem-estar. Eram práticas holísticas e integrativas que me mostraram fisicamente como meu corpo e minha mente trabalhavam juntos, tornando-me mais atenta aos meus sentidos. Tais práticas, como a acupuntura, a antroposofia e a Ayurveda eram frequentemente ignoradas ou mesmo menosprezadas nas consultas neurológicas que realizava. As médicas pareciam mais preocupadas com a doença que com minha saúde; e a ausência de diálogo no que dizia respeito ao meu autocuidado, frustrava-me, chegando ao extremo quando decidi engravidar.

Gravidez, pesquisa e terrorismos: quando desejos da paciente resvalam na segurança médica

Sabendo que precisaria suspender o uso do medicamento e “limpar” o corpo antes de começar a tentar engravidar, eu passei a estudar todas as opções e os riscos envolvidos nesta nova empreitada. Tornei-me ciente dos debates sobre gravidez, parto e pós-parto na esclerose múltipla, e de questões específicas relacionadas ao medicamento que tomava. Havia um consenso de que era possível engravidar e de que durante a gravidez as mulheres tenderiam a ficar mais protegidas de surtos da doença, mesmo sem tomar medicamentos⁸. As transformações pelas quais o corpo de uma mulher passa para proteger o feto, um corpo estranho ao organismo, durante a gravidez acabariam por proteger a própria mulher dos ataques autoimunes.

O que não era consenso estava relacionado ao que poderia acontecer antes e depois gravidez, especialmente no pós-parto. Antes da gravidez porque, ao suspender o medicamento, havia a possibilidade de um “efeito rebote” do medicamento com surtos mais fortes. Depois, porque o alto esforço e estresse do parto,

8 Ainda não havia estudos que demonstravam segurança no uso do meu medicamento durante a gravidez, e por isso precisei suspendê-lo.

Fabiene Gama

assim como as grandes alterações hormonais do evento e do que se segue, poderiam colaborar com um quadro propício a surtos da doença.

Os neurologistas, de uma forma geral, acreditavam que seria mais “seguro” para mim trocar o medicamento de uso contínuo por outro que fosse permitido durante a gravidez, ou ao menos até conseguir engravidar (tempo indeterminado), suspendendo o tratamento em seguida. Isso significaria uma nova adaptação a um novo medicamento, algo que não é simples física nem emocionalmente – sem falarmos de toda a burocracia e gasto financeiro envolvido. Outra opção seria fazer uma nova pulsoterapia com corticoides, algo que serviria apenas para debilitar meu sistema imunológico, deixando-me enfraquecida e assim menos suscetível a uma hiperatividade do meu sistema imunológico. Uma espécie de “prevenção” para algo “imprevisível”, uma coisa que não fazia qualquer sentido para mim. Especialmente porque no caso de um surto da doença, o tratamento seria o mesmo, uma pulsoterapia. Era fazer sem ter um problema, ou deixar para fazer apenas se houvesse um. Optei pela segunda opção e suspendi o medicamento sem substituí-lo por nenhum outro.

Compreendendo que o pior que poderia acontecer, dadas as características da minha esclerose múltipla, seria me deparar com um novo surto, decidi arriscar. Estava forte e segura da minha saúde devido aos cuidados que já mantinha há cerca de um ano. Nada aconteceu, engravidei na primeira tentativa logo após o período de “limpeza” do medicamento, exatamente dois meses depois da sua suspensão.

Neste processo tive apoio de um único neurologista com quem podia conversar, apresentar medos e receios, e receber o apoio de que precisava para tomar minhas decisões, sempre embasadas nos debates contemporâneos da medicina. Durante a gravidez, contudo, mudei de cidade e precisei procurar uma nova equipe médica: obstetra, neurologista, clínica geral etc. Vivendo agora em uma cidade menor e mais conservadora que o Rio de Janeiro, passei por encontros realmente traumáticos na busca por um acompanhamento que seguisse respeitando minhas escolhas. Decidida a amamentar a minha filha nos seus primeiros seis meses de vida, encontrei médicas absolutamente intransigentes, que se recusavam a me acompanhar neste processo.

“Você deve retomar seu medicamento no dia em que parir sua filha”, me disse o primeiro neurologista que consultei. “De outro modo você vai colocar sua vida e a dela em risco. Com quem ela ficará se você precisar ficar internada?” Entre uma pergunta e outra, ele perguntava ao meu marido para qual time de futebol ele torcia. Seria um procedimento muito simples, ele dizia, “você aproveita que já vai estar no hospital e, depois que sua filha nascer, faz uma pulsoterapia e retoma o remédio”. Eu pensava no momento do parto e na minha experiência anterior de pulsoterapia, nos hematomas, nas dores no corpo, na fraqueza que senti. Pensava no que imaginava ser um pós-parto e todas as dificuldades que tinha ciência de que poderia enfrentar. Eram experiências que simplesmente não cabiam juntas, em mim.

“Você deve retomar o medicamento logo após o parto”, me disse também a segunda neurologista que consultei. “Você não precisa fazer uma nova pulsoterapia, e pode até esperar alguns dias antes de retomar o medicamento. Mas não

Fabiene Gama

recomendo a amamentação, seria muito arriscado. Você vai querer arriscar? Como você ficará se não puder pegar sua filha em seus braços? Não será pior ter que ficar longe dela, hospitalizada, do que simplesmente retomar a medicação e garantir que você poderá cuidar dela quando ela nascer?”

A ideia de não poder segurar minha filha em meus braços, e que eu não pudesse cuidar dela depois do seu nascimento era realmente horrível. Eu saía aos prantos de cada consulta, amamentar era algo que eu realmente queria fazer. E sabia, racionalmente, que poderia. Eu já tinha lido muito sobre amamentação e esclerose múltipla, já tinha conversado com outras mães que têm a mesma doença e participava de grupos sobre o tema no Facebook. Mas emocionalmente eu estava muito diferente de antes da gravidez, quando as decisões que tomava produziam riscos apenas para mim mesma. Agora envolviam também a vida de uma bebê. E obviamente eu queria o melhor para ela.

Apesar de abalada e frustrada, por vezes aterrorizada, por não conseguir uma neurologista que respeitasse minhas escolhas nesta nova cidade, decidi seguir com meus planos e manter meu neurologista no Rio como apoio em caso de alguma necessidade. Minha filha nasceu, amamentei-a exclusivamente em seus primeiros seis meses e retomei o medicamento na sequência. Tudo correu bem. Este caso, contudo, ilustra bem os desafios enfrentados quando paciente e médicas discordam sobre os encaminhamentos dos tratamentos. Frequentemente seguimos desassistidas, ou com assistências precárias.

Preocupadas com a “segurança” em relação à doença, as médicas frequentemente ignoram os desejos das pacientes que buscam outras alternativas às apresentadas inicialmente. Mesmo ciente dos debates, dos riscos e das consequências das minhas escolhas em relação aos cuidados com a esclerose múltipla, não encontrei na maioria das consultas que tive, médicas dispostas a construir de forma conjunta os melhores tratamentos para o meu caso específico. Todas desejavam me convencer a seguir um protocolo visto como seguro para o tratamento da doença.

201

Reflexões sobre os imponderáveis do cotidiano

Dizem que a doença e a deficiência são condições psicológicas e sociais, assim como problemas somáticos, e isso me trouxe vividamente a mim. Pessoas em boa saúde tomam como certas suas condições e seus corpos; elas podem ver, ouvir, comer, fazer amor e respirar porque elas possuem bons órgãos em funcionamento, que podem fazer todas essas coisas. Esses órgãos, e o corpo em si, estão entre as bases sobre as quais nós construímos nosso senso de quem e o que somos, e eles são instrumentos através dos quais nós lidamos com e criamos a realidade. Como escreveu Simone de Beauvoir, a anatomia pode não ser nosso destino, mas ela é certamente uma primeira suposição, algo não declarado, em todos os nossos empreendimentos. Cada pessoa simplesmente aceita o fato de que tem duas pernas que podem andar; ela não pensa sobre isso ou se maravilha com isso, mais

Fabiene Gama

do que estaria grata pelo oxigênio presente no ar. São partes das simples condições existenciais da vida. Eu terei muito mais a dizer sobre tudo isso, mas por enquanto basta dizer que a doença nega esta falta de consciência do corpo ao guiar nossos pensamentos e ações. O corpo não pode mais ser dado como certo, implícito e axiomático, porque se tornou um problema. Ele não é mais objeto de suposições inconscientes, mas de pensamentos conscientes. E foi assim que, pela primeira vez na minha vida, eu comecei a pensar bastante sobre minha condição física. Eu estava me tornando bem autoconsciente e de um modo bem desagradável (Murphy, 1987, p. 12-13)⁹.

Ao ser diagnosticada com uma doença crônica, um fato importante passa a conduzir a vida de uma pessoa: a preocupação com o tratamento e o **controle** da doença. No primeiro ano do meu diagnóstico, além de ingerir diariamente uma cápsula do medicamento de uso contínuo, eu precisei fazer hemogramas mensais, exames cognitivos, de força, ressonâncias magnéticas, exames de fundo de olho etc. Alguns foram feitos para avaliar o risco do medicamento, outros para investigar efeitos dele e da doença.



Retinografia e o fundo do olho

A retinografia, um exame realizado em substituição ao O.C.T. (tomografia de coerência óptica) não autorizado pelo plano de saúde, foi especialmente traumática. O objetivo era investigar a incidência de edema macular, um efeito colateral do medicamento. Sofrendo de fotofobia, eu tive dificuldades em manter as pálpebras abertas durante o exame, que consistia no registro de fotografias com *flash* dos olhos dilatados. A fim de realizá-lo, fixaram minhas pálpebras abertas com esparadrapos. Lágrimas escorriam dos meus olhos enquanto a pessoa que realizava o procedimento perdia a paciência com a longa demora para realizar o exame.

Os exames não ficam mais fáceis ao longo dos anos. Mas pacientes desenvolvem estratégias para lidar com eles. Se nas primeiras experiências eu era surpreendida a cada novo procedimento, nos anos seguintes eu escolhia até aonde iria com as investigações. Para as ressonâncias magnéticas, que após o diagnóstico chegaram a durar mais de duas horas, por exemplo, passei a ir acompanhada e tomar um ansiolítico para suportar, imóvel, o tempo dentro da máquina. A indicação de novos remédios para conter os efeitos de outros, ou de exames, era uma prática recorrente nas consultas médicas realizadas.

9 Texto original: "Illness and impairment, we are told, are psychological and social conditions as well as somatic problems, and this came home to me vividly. People in good health take their lot, and their bodies, for granted; they can see, hear, eat, make love, and breathe because they have good working organs that can do all those things. These organs, and the body itself, are among the foundations upon which we build our sense of who and what we are, and they are instruments through which we grapple with and create reality. As Simone de Beauvoir wrote, anatomy may not be destiny, but it is indeed an unstated first assumption in all of our enterprises. Each person simply accepts the fact that he has two legs and can walk; he does not think about it or marvel at it any more than he would feel gratitude for the oxygen content of air. These are among the simple existential conditions of life. I will have much more to say about all this, but for now it need only be said that illness negates this lack of awareness of the body in guiding our thoughts and actions. The body no longer can be taken for granted, implicit and axiomatic, for it has become a problem. It no longer is the subject of unconscious assumption, but the object of conscious thought. And so it was that, for the first time in my life, I began to think a great deal about my physical condition. I was becoming quite self-conscious, and in a very unpleasant way" (MURPHY, 1987, p. 12-13).

Fabiene Gama

Todos esses procedimentos e as relações que eles envolviam me transformaram profundamente e me colocaram em um estado de alerta em relação ao meu corpo. Hoje, eu preciso ser capaz de compreender e explicar o que acontece dentro de mim para as diferentes especialistas que consulto. E também para tomar minhas decisões sobre que tipo de exame é imprescindível realizar ou não. Em minha vida cotidiana, também preciso reconhecer os meus novos limites. Como ressaltou Murphy (1987, p. 13), a doença nega a falta de consciência sobre o corpo ao guiar nossos pensamentos e ações, pois o corpo se torna um problema.

Este trabalho resultou de uma dupla jornada: acadêmica, de reflexões sobre autorrepresentações, fotografias, ativismos, performances e emoções (Gama, 2016; 2009); e pessoal, que diz respeito à minha experiência com o diagnóstico da esclerose múltipla. Digo “diagnóstico” e não “doença”, pois foram as relações com os médicos, exames, tratamentos, instituições que desencadearam as considerações aqui apresentadas, ainda que as minhas experiências com os sintomas da doença tenham me colocado em determinado “estado de espírito” capaz de desenvolver tais ponderações.

Aprender a observar as necessidades e sensibilidades do meu sistema nervoso central tornou-me atenta a sutilezas antes despercebidas, pois agora eu preciso entender exatamente o que sinto para ser capaz de explicar, e também para saber que tipo de ajuda buscar. Mas foram minhas reflexões antropológicas e os diálogos (ou a falta deles) com as diversas especialistas que encontrei que permitiram as análises aqui apresentadas. E foram muitas: neurologistas em diferentes estados do Brasil, desenvolvendo diferentes tipos de tratamentos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, clínicos gerais, enfermeiras, técnicas em enfermagem, dentistas, ginecologistas, otorrinolaringologistas etc.

Sem ter conhecimento da linguagem médica e dos procedimentos médicos e legais a serem realizados – muita papelada precisava ser preenchida e encaminhada, tanto para o plano de saúde para realização de exames/tratamentos, quanto para o SUS para obtenção do medicamento –, ter uma irmã médica e outra advogada foram um privilégio que poucas pessoas possuem. Elas me explicavam a todo momento o que significava cada palavra e caminho a ser tomado. Muitas vezes mediavam tais ações, poupando-me do estresse que, se antes eu não sentia, neste processo passei a sentir.

Isto foi uma regalia que a maioria das pessoas diagnosticadas com esclerose múltipla não possui, passando pelos diferentes processos de forma bem mais lenta e sofrida. Perdas entre os diversos procedimentos, sem apoio especializado, as pessoas enfrentam a escassez de informações sobre a doença e a falta de conhecimento médico, de forma que o próprio diagnóstico se torna difícil. A maior parte das pessoas não entende os sintomas e não sabe que médica procurar. Com todo o apoio que recebi, contudo, ainda foram precisos meses para que eu finalmente pudesse me apropriar dos termos médicos e jurídicos a ponto de ser capaz de usá-los. Ainda hoje, depois de consultar muitas médicas, pacientes, grupos de pessoas com esclerose múltipla e de usuárias do mesmo medicamento que eu, textos, vídeos, fotos, debates, palestras, sites etc., sigo buscando, sem

Fabiene Gama

muito sucesso, interlocuções na área da saúde capazes de me empoderar como uma paciente ativa.

Esta dificuldade está relacionada, em parte, ao fato de que as médicas acreditam que possuir um conhecimento especializado as torna mais aptas a decidirem os melhores encaminhamentos; mas também, em parte, por causa da “responsabilidade civil da médica”, que as torna legalmente responsáveis pelos tratamentos recomendados (Lamachia; Gonçalves, 2018).

Autocuidados e cuidados médicos

O diagnóstico da esclerose múltipla me levou a conhecer a história de Laura Pires (Pessoa, 2013), uma mulher diagnosticada com a doença há mais de dez anos, que buscou tratamento para a doença na medicina tradicional indiana, a Ayurveda. Tal medicina vê a doença como um desequilíbrio do corpo, que é pensado como um complexo corpo-mente-alma, e não como fruto de um órgão ou sistema defeituoso. E para reestabelecer a saúde – e não mitigar uma doença – de uma pessoa, uma médica indica uma série de tratamentos e(auto)cuidados diários voltados para aquela pessoa específica. São práticas de limpeza e nutrição (lavagem nasal, oleação corporal, yoga, pranayamas, meditação, alimentação etc.) feitas em relação com a natureza. Uma relação de continuidade com o ambiente, e não de oposição a ele ou dominação dele.

Fragilizada após o primeiro ano de tratamentos, procurei um terapeuta que me ajudou a adaptar minha rotina às práticas da Ayurveda. Tais cuidados trouxeram muito rapidamente impactos positivos à minha sensação de bem-estar, especialmente no que dizia respeito à fadiga que eu sentia. Mas eles eram desacreditados ou mesmo ignorados pela neurologista que me assistia. Enquanto eu buscava fortalecer meu corpo-mente, tornando-me agente do meu melhoramento, as médicas tendiam a dissociá-los, negando a minha capacidade de gerenciar minha doença.

Ainda que a Ayurveda tenha sido incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS desde o ano de 2017, ela ainda é pouco levada a sério entre a maior parte de profissionais da saúde, em especial neurologistas, que possuem relação íntima com a indústria farmacêutica¹⁰, e só veem um caminho para o tratamento de doenças crônicas neurológicas: os medicamentos. Com discursos assustadores, muitas vezes ameaçadores, como demonstrei anteriormente, muitas neurologistas que consultei defendiam que a única chance que eu teria de não ter perdas ou sequelas definitivas seria através de medicamentos alopáticos de uso contínuo. Questionando-me sobre a necessidade de tomar um medicamento que não me curaria e que poderia me causar efeitos colaterais seríssimos (bradicardia, infecções, carcinoma basocelular, edema macular, herpes zoster, entre outros), eu cogitei diversas vezes seguir sem medicação. Algo desaconselhado por todas as neurologistas que visitei, que se **recusavam** a acompanhar uma paciente não medicada.

10 Em diversas situações recebi amostras grátis de remédios para meus tratamentos.

Fabiene Gama



Herpes zoster: efeito colateral

Os conflitos entre essas duas formas de encontrar cuidados e olhar para doenças me levaram a compreender que, se as relações médicas-pacientes são construídas e não dadas, ainda há um hiato enorme no diálogo entre essas partes. Médicas dispostas a construir de forma compartilhada cuidados e tratamentos voltados para as necessidades de cada paciente são raras; ainda que os benefícios desses diálogos já tenham sido comprovados cientificamente (Charon, 2006), se quisermos utilizar esta expressão cara à medicina.

A prática médica poderia ser fortalecida pelas histórias das pacientes, que convivem diariamente com seus corpos, cuidados e doenças. Mas uma prática médica compartilhada implica dividir conhecimentos e responsabilidades, além do respeito às diferenças, algo pouco discutido na formação médica (Raimondi, 2019).

Ao me dedicar a construir um conhecimento a partir da autoetnografia, mas também um tratamento que me parecesse razoável para minha doença, busquei experiências de diversas mulheres, mães ou não, com a esclerose múltipla, dentro e fora do Brasil. As histórias aqui relatadas são minhas, mas foram escolhidas a partir desses diálogos e do reconhecimento que tais experiências foram e são também vividas por muitas outras pessoas, em especial mulheres, com esclerose múltipla. O relato em primeira pessoa, dessa forma, não nega uma experiência coletiva, mas me coloca como parte dela.

Um ponto que parece crucial no debate sobre a relação entre profissionais da saúde e pacientes com doenças crônicas, em especial com a esclerose múltipla, diz respeito à construção compartilhada do cuidado a longo prazo. Se é verdade que em um momento de urgência é importante termos protocolos a seguir, por segurança, é também importante compreender que, ao longo do tempo, parte importante do tratamento diz respeito à experiência de cada pessoa com a doença e também com os tratamentos. E se existem pessoas que preferem delegar a responsabilidade das escolhas a médicas, várias outras preferem construir com especialistas sua forma de lidar com as doenças. Assim, poderíamos investir em relações mais acolhedoras de experiências que por si só são traumáticas. E também pensar na acessibilidade de pacientes não apenas física, mas também

205

Fabiene Gama

emocional e intelectualmente, a fim de desenvolver tratamentos que sejam efetivamente cuidados, e não intervenções médicas (Ayres, 2004).

Mas estar aberta para construir encaminhamentos de forma compartilhada significa se lançar em direção ao imprevisível (Gama, 2016), algo que poucas pessoas estão dispostas a fazer, por tudo o que isto implica, especialmente em termos legais, nos quais médicas ainda são vistas como tutoras de suas pacientes. Neste sentido, autoetnografias no campo da saúde configuram ferramentas de grande importância na construção de debates no campo em que diferentes perspectivas podem ser confrontadas e avaliadas, tanto na academia quanto no campo das políticas públicas e mesmo de pacientes e do público em geral que eventualmente busquem mais informações, ou simplesmente informações mais acessíveis sobre os temas trabalhados. Como forma de divulgação científica, ela traz uma peculiaridade interessante: é capaz de divulgar conhecimentos mobilizando emoções nas leitoras a fim de engajá-las de forma afetiva (ou mesmo afetada) no tema abordado.

Recebido: 23/10/2019

Aprovado: 17/02/2020

Fabiene Gama

Referências

- ALMEIDA, Tania M. C. *A violência contra alunas: currículo oculto nos ambientes universitários*. In: BIDASECA, Karina (Org.). *Poéticas de los feminismos descoloniales desde el Sur*. Buenos Aires: Red de Pensamiento Decolonial (RPD), 2018. p. 205-229.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- BRILHANTE, Aline V. M.; MOREIRA, Claudio. *Formas, fôrmas e fragmentos: uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico*. Interface (Botucatu), v. 20, p. 1099-1113, 2016.
- CHARON, Rita. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- COSTA, José Carlos Pinto. *Para uma autoetnografia dos estados de vulnerabilidade: ensaio num caso de disfunção da tireoide*. Atas do 5º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa. Salamanca, Espanha, 2016.
- DINIZ, Debora. *O que é deficiência*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2012. (Coleção Primeiros Passos).
- ELLIS, Carolyn; BOCHNER, Arthur P. *Autoethnography, personal narrative, reflexivity*. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000. p. 733-768.
- FULLER, Angela. *Understanding participation of racial and ethnic groups in Multiple Sclerosis Clinical Trials*. Dissertação (Mestrado em Artes) – Departamento de Antropologia, San José State University, Califórnia, EUA, 2015.
- GAMA, Fabiene. *Etnografias, auto-representações, discursos e imagens: somando representações*. In: GONÇALVES, Marco Antônio; HEAD, Scott (Orgs.). *Devires imagéticos: representações/apresentações de si e do outro*. Rio de Janeiro: 7letras, 2009.
- GAMA, Fabiene. *Sobre emoções, imagens e os sentidos: estratégias para experimentar, documentar e expressar dados etnográficos*. Revista Brasileira de Sociologia da Emoção – RBSE, v. 15, p. 116-130, 2016.
- GONÇALVES, Marco Antônio Teixeira; MARQUES, Roberto; CARDOSO, Vania (Eds.). *Etnobiografia: subjetividade e etnografia*. Rio de Janeiro: 7letras, 2013.
- GRANT, Alec. *Inaugural Conference of British Autoethnography Keynote*. Autoethnography: threat and promise. Brighton Journal of Research in Health Sciences, v. 1, n. 1, 2014.
- GURAN, Milton. *Fotografar para descobrir, fotografar para contar*. Cadernos de Antropologia e Imagem, v. 10, n. 1, p. 155-165, 2000.
- LAMACHIA, Claudio; GONÇALVES, Sandra K. (Org.). *Direito Médico e da Saúde: o direito, a saúde e a justiça – cenários e desafios*. Brasília: OAB, Conselho Federal, 2018.
- MOTTA, Pedro M. R.; BARROS, Nelson F. *Resenha*. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 1339-1340, 2015.
- MURPHY, Robert F. *The body silent: the different world of the disabled*. New York: Norton, 1987.
- PESSOA, Marcus Fahr. *Em busca da cura*. Barueri: Casa da Palavra, 2013.
- RAIMONDI, Gustavo. *Corpos que (não) importam na prática médica: uma autoetnografia performática sobre o corpo gay na escola médica*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas,

Fabiene Gama

Campinas, 2019.

VERSIANI, Daniela G.C.B. 2005. *Autoetnografias: conceitos alternativos em construção*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.

WEBSTER, Barbara D. *All of a piece: a life with multiple sclerosis*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1998.

Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas

Contours of femininity: Reflections on the borders between the aesthetic and the reconstructive in breast plastic surgeries

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5882>

Marcelle Schmitt • Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

Doutoranda em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Desenvolveu a dissertação de mestrado intitulada *Da superfície à carne: as fronteiras entre estético e reparador na formação e atuação no campo da cirurgia plástica*. Integrante do Grupo de Pesquisa Ciências na Vida (CNPq/UFRGS).

ORCID: 0000-0002-0125-127X

marcelle.schmitt@gmail.com

Fabiola Rohden • Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social e do Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora do CNPq e do Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS/UFRGS). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Ciências na Vida (CNPq/UFRGS).

ORCID: 0000-0003-3355-6841

fabiola.rohden@gmail.com

Este artigo discute as fronteiras entre o estético e o reparador no contexto das cirurgias plásticas das mamas. Buscamos compreender como estes limites têm se conformado na prática destes procedimentos. Para tanto, partimos de discursos médicos acerca destas intervenções e apresentamos uma discussão mais geral a respeito destas fronteiras por meio de um breve histórico das cirurgias plásticas e do contexto brasileiro em relação à especialidade. O trabalho de campo envolveu a observação de eventos e a realização de entrevistas com profissionais desta área médica, cujos discursos são tomados enquanto prática e efeito do que é performado concretamente. A partir destes enunciados, observamos uma grande centralidade conferida aos seios no que diz respeito a uma diferenciação entre corpos masculinos e femininos e em relação a uma identidade e autoestima das mulheres. Ainda, a maternidade e a “função reprodutiva” são colocadas como uma justificativa para as cirurgias plásticas dos seios serem tomadas como reparadoras em sua maioria. Os limites entre estético e reparador são construídos e sustentados por uma gama muito diversa de contingências e em consonância com padrões de normalidade fortemente perpassados por nossas concepções de gênero, sexualidade, raça e classe que ganham formas particulares de operar no contexto brasileiro.

This article discusses borders between the aesthetic and the repairing in the context of breast plastic surgery. We seek to understand how these limits have been conformed in the practice of these procedures. To this end, we base our analysis on medical statements, and we present a more general discussion about these borders through a brief history of plastic surgery and the Brazilian context in relation to the specialty. Fieldwork involves observation of events and interviews with professionals in this medical field. In this context, statements are understood as practice and effect of what is concretely performed. From these, we observe a great centrality given to breasts regarding a differentiation between male and female bodies and in relation to women's identity and self-esteem. Still, motherhood and the “reproductive function” are seen as a justification for the plastic surgery of the breasts be mostly understood as repairing. The limits between aesthetic and reconstructive surgery are constructed and sustained by a very diverse series of contingencies and according patterns of normality strongly pervaded by our conceptions of gender, sexuality, race and class that that act in a particular way in the Brazilian context.

Plastic surgery. Aesthetic and reconstructive. Medicalization of the female body. Breasts.

Cirurgias plásticas. Estética e reparação. Medicalização do corpo feminino. Seios.

1. Introdução

(...) não tem como separar estética da reparação. Uma paciente com câncer de mama com 60 anos tirou a mama, tem que fazer a reconstrução, tem que colocar uma mama ali, a gente chama de reconstrutiva porque tu está reconstruindo uma função, que é a mama dela. Mas, objetivamente, o que tem de reconstrução naquilo ali? Que função que tu está reconstruindo naquela paciente? A função de amamentar? Bom, ela tem 65 anos, já tem três filhos, então não é de amamentar. A função sexual? Não, não é essa função. Tu tem 65, 70 anos, já tem três filhos, é viúva, o marido já faleceu. Parece mais reconstrutiva, mas tu vai reconstruir a mama dela por uma questão estética, pra ela viver a vida inteira com a mama, se olhar no espelho, pra ela conseguir botar uma roupa e se sentir bem, pra ela não ter que estar sempre colocando um enchimento. Então, teoricamente, se classificaria como cirurgia reconstrutiva. Mas, claramente, daqui a pouco ela tem um quê muito mais de estético do que reconstrutivo nessa paciente. Diferente de uma paciente de 20 anos, que sempre teve uma hipomastia, uma mama pequeninha, que se sente com menos confiança, daqui a pouco até mais triste, e tu vai colocar uma prótese. Tu só está trabalhando estética nela? Também tem a função reprodutiva. Ela vai ficar mais confiante e tudo. Então a cirurgia plástica tem essa zona cinzenta (...) (Davi, preceptor de residência e cirurgião plástico).

O trecho acima transcrito indica “a zona cinzenta” que caracteriza as fronteiras entre cirurgias estéticas e reparadoras, ao mesmo tempo em que demonstra as profundas marcas de gênero, sexualidade e geração que definem concepções, padrões e práticas de intervenção adotadas neste campo. Embora esta reflexão pudesse abarcar diferentes formas de investimento e transformação corporal, optamos aqui por analisar a centralidade dada aos seios. Partindo da compreensão de que os saberes sobre o corpo são construídos e sustentados por uma gama muito diversa de contingências sociais, políticas, econômicas e em consonância com padrões de normalidade fortemente perpassados por nossas concepções de gênero, sexualidade, raça¹ e classe, o objetivo deste artigo é compreender como os limites entre o estético ou cosmético e o reparador – tomado enquanto domínio da saúde – têm se conformado na prática das cirurgias plásticas das mamas a partir de discursos médicos acerca destas intervenções. Além disso, trazemos também uma discussão mais geral a respeito destas fronteiras por meio de um breve histórico das cirurgias plásticas e do contexto brasileiro em relação à especialidade, a fim de melhor situar nossas reflexões acerca da temática.

A linha que divide cirurgias plásticas estéticas de cirurgias plásticas reconstrutivas ou reparadoras, desde o início, é profundamente generificada (Haiken, 2000). Ao reparar corpos lesionados em combate no contexto da Primeira Guerra Mundial, alcançando grandes progressos no pós-guerra como uma subdisciplina cirúrgica, a cirurgia reconstrutiva era uma prática vinculada à figura de homens

1 Para Heyes (2009), todas as cirurgias plásticas seriam, em alguma medida, étnicas, já que se constroem a partir de padrões de beleza e normalidade amparados em faces e corpos caucasianos. Assim, todos os procedimentos cirúrgicos que se dedicam a um aprimoramento ou mesmo restauração corporal – no âmbito das cirurgias plásticas – auxiliariam na conformação de corpos cada vez mais próximos a um ideal que em muito se aproxima a uma estética branca e ocidental. Ao longo deste artigo não nos deteremos sobre esta temática de maneira mais aprofundada, mas consideramos indispensável ao menos citar tal discussão.

veteranos de guerra, merecedores, e que buscavam reaver a aparência normal de seus corpos. Diferentemente, a cirurgia estética ou cosmética tem sido mais amplamente atrelada a uma busca das mulheres em atingir ideais de beleza, no sentido de aprimoramento e melhoramento do corpo (Haiken, 2000).

Edmonds (2009), contudo, propõe que essas mesmas noções culturais de vaidade e feminilidade contribuíram para uma visão da cirurgia estética como uma prática de higiene ou autocuidado, de modo a embaralhar as fronteiras entre cura e cosmética, trazendo a beleza para cada vez próximo de uma dimensão integral da saúde. Com base nas abordagens de Haiken (2000), Naugler (2009a; 2009b), Gilman (2001), Edmonds (2009) e Jarrín (2017), voltamos nosso olhar não para as relações mais gerais entre e o consumo das cirurgias plásticas, sejam elas estéticas ou reparadoras, mas precisamente para como gênero e sexualidade atuam na conformação dos limites entre o domínio da saúde e da estética nos procedimentos relativos às mamas.

Este artigo tem como base a dissertação de mestrado intitulada *Da superfície à carne: as fronteiras entre estético e reparador na formação e atuação no campo da cirurgia plástica* (Schimitt, 2017), cujo objetivo mais abrangente era o de melhor compreender as fronteiras entre estética e reparação a partir de diferentes procedimentos. O trabalho de campo envolveu prioritariamente a observação de eventos e a realização de entrevistas com profissionais desta área médica. A pesquisa teve início em abril de 2016, quando soubemos, por indicação de uma colega, que haveria o Curso de Cirurgia Plástica Reconstrutiva organizado pela Liga de Cirurgia Plástica de uma conceituada universidade de Porto Alegre/RS na primeira semana do mês seguinte. Imaginamos que seria uma oportunidade de nos aproximarmos de discussões de cunho mais acadêmico e técnico acerca da especialidade médica, o que poderia auxiliar na compreensão mais situada de alguns temas que já vínhamos pesquisando. Assim, entre os meses de maio a novembro daquele mesmo ano, acompanhamos eventos promovidos por duas Ligas Universitárias de universidades localizadas na capital.

As Ligas Acadêmicas caracterizam-se por serem entidades compostas essencialmente por estudantes, têm como objetivo comum tratar de temas de uma dada especialidade da medicina, e baseiam-se nos arcabouços acadêmicos de ensino, pesquisa e extensão. Estes eventos, aulas e palestras ministradas por chefes de serviço, preceptoras(es) e cirurgiãs(ões) titulares, se referiam às mais variadas temáticas. Ao final dessas aulas, sempre que houve a oportunidade, conversamos rapidamente com médicos e médicas a fim de conhecê-los(as), explicar brevemente a pesquisa e convidá-los(as) para uma conversa mais aprofundada em outra oportunidade.

Foi então por meio dos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica que conhecemos boa parte das(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os), residentes e graduandas de medicina com as(os) quais realizamos as entrevistas que compõem este trabalho, bem como por indicação daquelas(es) que já haviam concedido outras entrevistas. Ao todo, participamos de cinco eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgias Plástica de duas universidades de Porto Alegre e entrevistamos 17 pro-

fissionais². Duas graduandas em medicina participantes das Ligas de Cirurgia Plástica, três cirurgiões chefes dos serviços de cirurgia plástica de hospitais de Porto Alegre, seis residentes em cirurgia plástica (quatro mulheres e dois homens), três preceptores de residências médicas, dois cirurgiões plásticos sem cargos de chefia e uma psiquiatra que estuda as relações entre bem-estar e cirurgias plásticas. Todos os entrevistados, com exceção de um cirurgião plástico, atuavam como profissionais do Sistema Único de Saúde, além de atenderem a partir de seus consultórios privados

Em termos de perspectiva teórico-metodológica, propomos uma abordagem dos discursos dos médicos e médicas entrevistados(as) como prática e efeito do que é performado concretamente, como o que é sugerido por Barad (2003). Antes de serem tratados enquanto meras enunciações que representam ou tratam sobre uma dada realidade, os discursos médicos são tomados, no âmbito deste artigo, enquanto práticas discursivo-materiais. Para tanto, partimos do que é sugerido pela autora (2003) no artigo *“Posthumanist performativity: toward an understanding of how matter comes to matter”*:

Discurso não é sinônimo de linguagem. O discurso não se refere a sistemas linguísticos, gramáticas, atos de fala ou conversas. Pensar no discurso como meras palavras faladas ou escritas, formando afirmações descritivas, é encenar o erro do pensamento representacionista. Discurso não é o que é dito; é o que constrange e capacita o que pode ser dito. As práticas discursivas definem o que conta como declarações significativas. Declarações não são meras declarações de consciência originária de um sujeito unificado; em vez disso, afirmações e assuntos emergem de um campo de possibilidades. Este campo de possibilidades não é estático ou singular, mas sim uma dinâmica e uma multiplicidade contingente (Barad, 2003, p. 819) (tradução nossa)³.

Para Barad (2003), é necessário que desloquemos o eixo de nossas discussões dos conceitos linguísticos para as práticas discursivas. Desse modo, inspirada pelas proposições do físico dinamarquês Niels Bohr (1885-1962), sugere que “conceitos” e “coisas” não possuem limites, propriedades ou significados separados de suas intra-ações. Estas últimas, diferentemente da noção de interação (*interaction*) que pressuporia as entidades enquanto preexistentes independentemente, figurariam uma modificação conceitual bastante densa. Seria por meio das intra-ações que os limites e as propriedades se determinariam e os conceitos incorporados se tornariam significativos.

Partimos então da compreensão de que, ao discorrermos acerca de expressões enunciativas referentes aos limites entre estético e reparador no contexto das cirurgias plásticas, estamos tratando de práticas discursivas que só se conformam a partir deste fenômeno em específico. Assim, o que é proferido por cirurgiãs(ões) plásticas(os), residentes e graduandas(os) abarca tanto o discurso quanto as práticas e as materialidades, de maneira que performa, de diferentes modos, os limites

2 Os nomes de todas(os) as(os) profissionais e estudantes entrevistadas(os) foram modificados, e a designação das universidades e hospitais não serão identificadas, a fim de preservar a confidencialidade dos dados.

3 Citação original: “Discourse is not a synonym for language. Discourse does not refer to linguistic or signifying systems, grammars, speech acts, or conversations. To think of discourse as mere spoken or written words forming descriptive statements is to enact the mistake of representationalist thinking. Discourse is not what is said; it is that which constrains and enables what can be said. Discursive practices define what counts as meaningful statements. Statements are not the mere utterances of originating consciousness of a unified subject; rather, statements and subjects emerge from a field of possibilities. This field of possibilities is not static or singular but rather is a dynamics and contingent multiplicity” (Barad, 2003, p. 819).

e as fronteiras que abordaremos no decorrer deste trabalho.

Na sequência, traremos os depoimentos dos(as) médicos(as) interlocutores(as) desta pesquisa, para, em seguida, apresentar argumentos que ajudam a problematizar a distinção entre estética e reparação.

2. Os seios como medida do feminino

Uma menina adolescente que não tem mama nenhuma e coloca uma prótese, floresce. Ou que tem uma mama muito assimétrica, muito caída, muito feia. Nunca teve um namorado na vida, daí ela faz a cirurgia e dois meses depois vem o pai dela agradecer. Quer dizer, é diferente de tirar uma vesícula ou operar um joelho, né?! Nesse sentido, tem uma abrangência muito maior em termos de uma pessoa se sentir poderosa. Às vezes tu pega uma estudante de direito (...) e tem aquele corpo pueril, aí tu coloca a prótese e ela vira “a” doutora advogada. Então a gente vê a transformação (Paulo, chefe de cirurgia plástica de um grande hospital e professor universitário).

No final do século XX, o Brasil ficou reconhecido pelo grande contingente de adolescentes que realizavam cirurgias plásticas de redução dos seios, a mamoplastia redutora (Yalom, 1997; Gilman, 2001). Este procedimento, muitas vezes dado como presente de aniversário de quinze anos para meninas de famílias de classe média, estaria de alguma forma associado à intenção de recuperar uma estética não racializada, já que os seios grandes seriam associados a mulheres negras de baixa renda. Seja para aumentar, seja para diminuir, as cirurgias plásticas realizadas nos seios parecem carregar consigo o propósito de normalizar o corpo levando em consideração não apenas idade, gênero e classe social, mas também aspectos relativos à raça e etnia. É possível dizer que “ser mulher” está fortemente relacionado ao seio, o qual deve se enquadrar dentro de um formato, cor, tamanho e firmeza. Nas palavras de Paulo, as próteses têm o poder de fazer uma adolescente com mamas pequenas “florescer”, no sentido de “desenvolvê-la”, torná-la o que, como mulher, ela deveria ser.

O papel dos seios nos contornos da feminilidade foi profundamente enfatizado em uma das aulas promovidas pela Liga de Cirurgia Plástica de um grande hospital de Porto Alegre, cujo tema era “Procedimentos estéticos da mama”. A despeito dessa designação, ao iniciar a sua explanação, Bruna, cirurgiã plástica recém-formada, apontou, assim como vários outros cirurgiões e cirurgiãs em diferentes ocasiões, a indissociabilidade da natureza reparadora e estética dos procedimentos, sobretudo no que diz respeito às cirurgias plásticas das mamas femininas. A impossibilidade de separação entre o domínio da saúde e da cosmética, segundo Bruna, se justifica pelo fato de os seios serem uma característica corporal que denota a feminilidade e a capacidade da mulher de nutrir possíveis descendentes.

Mesmo sendo, por vezes, referidas como procedimentos estéticos, as mamoplastias são reiteradamente legitimadas como um tratamento médico por meio de um argumento que engloba a centralidade dos seios não apenas para as mulheres,

mas também para o sucesso das relações que elas estabelecem com possíveis parceiros e filhos. Ao longo da aula, Bruna sugeriu que os procedimentos que envolvem as mamas afetam, de maneira intensa, a postura das pacientes que os realizam, explicando que isso se dá tanto em termos denotativos quanto conotativos, visto que é possível perceber modificações na posição da coluna dessas pacientes, assim como transformações nos comportamentos e atitudes relativas à interação social.

Após uma breve introdução sobre as técnicas cirúrgicas sobre as quais versaria ao decorrer da aula, a cirurgiã plástica mencionou alguns pontos relativos ao histórico das cirurgias mamárias⁴, bem como a variedade de substâncias utilizadas ao longo dos anos para o preenchimento das mamas – parafina, geleia de petróleo, cera de abelha, silicone líquido, hidrogel, bolas de vidro, borracha, marfim e esponjas de diferentes materiais. Segundo Bruna, atualmente, as próteses utilizadas pela grande maioria das marcas são de preenchimento mais coeso, de maneira que, mesmo que haja rompimento da cápsula, o conteúdo não se espalha para o restante do corpo, evitando possíveis complicações.

O interior da prótese é composto por um gel de silicone espesso e multidelaminado, e a superfície é texturizada, com o intuito de deslizar menos e contribuir para que o implante repouse sobre o local colocado originalmente. Além dos inúmeros tamanhos de próteses existentes – os formatos e perfis são variados: alto, superalto e anatômico –, elas podem ser colocadas em diferentes locais: subglandular (logo atrás das glândulas mamárias), submuscular (logo após o músculo peitoral) e no plano subfacial (entre a face do músculo peitoral e o músculo em si). Esta última técnica, apesar de nova, seria a que proporcionaria maior estabilidade à prótese.

A aula de Bruna nos levou a refletir sobre a imensa gama de tecnologias atualmente disponíveis para o aprimoramento dos seios femininos. Segundo a cirurgiã, há uma imensidão de estudos sobre quais seriam as melhores técnicas e materiais para se alcançar determinada forma das mamas. Ou seja, existe uma preocupação intensa dos profissionais e também da indústria em oferecer cada vez mais possibilidades que garantam às mulheres a adesão a esses procedimentos e um resultado cada vez mais próximo do que seria considerado o ideal. Neste contexto, apesar das mamoplastias de aumento serem em grande medida classificadas como estéticas, a justificativa da feminilidade abrandaria um estigma de futilidade ou insignificância muitas vezes conferido a elas.

Há inúmeros fatores que auxiliam na conformação destas cirurgias enquanto mais ou menos próximas de uma natureza reparadora, que se conformaria em relação a uma instituição de normalidade atrelada a essa parte do corpo. Dentre eles, o entendimento de que, na mulher, os seios devam ter um volume que a diferencia do corpo masculino. Assim, se o tamanho das mamas não condiz com a diferença esperada, certamente haveria uma indicação cirúrgica.

Se, no ano de 2018, a cirurgia plástica estética mais realizada por mulheres foi a mamoplastia de aumento, totalizando 1.841.098 procedimentos; entre os homens, a cirurgia mais popular foi a ginecomastia, também conhecida como

4 Dois fatos históricos foram lembrados de maneira mais aprofundada: 1) Timmie Jean Lindsey foi a primeira mulher a receber um implante de silicone, que, até então, só havia sido testado em animais. Operada por Frank Gerow e Thomas Cronin, em 1962, a cirurgia foi considerada um sucesso para os padrões da época. 2) O “Escândalo PIP”, ocorrido em 2010, em que a empresa fabricante de implantes Poly Implant Prothese (PIP) teve suas atividades suspensas na França por conta da descoberta de que as próteses fabricadas continham silicone industrial – não liberado para uso médico – em sua formulação. No ano seguinte, o caso obteve repercussão internacional por motivo do governo francês aconselhar uma cirurgia de remoção dos implantes para todas as mulheres que possuísem um exemplar da marca.

redução de mamas, 269.720 no total⁵. Isto é, o tamanho do seio parece ser um forte indicador corporal não apenas da feminilidade, mas também da masculinidade, constituindo-se como um poderoso demarcador corporal das diferenciações entre os gêneros. Segundo Antonio (2012), o procedimento que visa diminuir o volume mamário é revelador do fato de que uma mesma intervenção cirúrgica – redução das mamas – é alocada em categorias diferenciadas tanto por leigos(as) quanto por médicos(as), se operadas em homens ou mulheres. Ou seja, a redução do volume mamário em homens, na grande maioria dos casos, é tida como uma cirurgia plástica reparadora, ao mesmo tempo em que a diminuição das mamas em mulheres nem sempre é situada nessa mesma categoria, já que parece estar enredada em uma trama muito mais complexa de fatores como idade, raça, estado civil, entre outros, como já mencionados.

Segundo Edmonds (2017), no contexto brasileiro, para muitas mulheres, a cirurgia plástica é um passo natural, apenas mais uma intervenção médica, entre tantas outras pelas quais já se submeteram, a exemplo das cesarianas e ligaduras tubárias. Assim, procedimentos cirúrgicos invasivos são naturalizados como uma inevitável circunstância da vida das mulheres. Além disso, o autor observou a existência de um forte vínculo entre processos como dar à luz e amamentar e discursos que reiteram a necessidade de reparos corporais dos “danos” ocasionados por eles.

As cirurgias plásticas teriam como finalidade também reconstruir corpos modificados pela maternidade, e, por isso, passam a ser vistas enquanto autocuidado e preservação da saúde e higiene. Há séculos, a maternidade tem sido central nos discursos e práticas que vêm a definir os papéis possíveis para as mulheres em âmbitos público e privado. Atualmente, ela passa a justificar não apenas intervenções médicas a fim de preparar o corpo feminino para a gestação, nutrição e criação dos filhos, como também aquelas que objetivam sanar as mudanças corporais provocadas por elas.

Paulo, cirurgião plástico e professor universitário, também destacou a importância das cirurgias plásticas no processo de regate da autoestima após a maternidade. Nessa perspectiva, os seios aparecem como núcleo em volta do qual orbitam as preocupações de reparação e aprimoramento corporal dos corpos femininos:

(...) mesmo uma pessoa que não tenha uma grande deformidade no corpo, ou tenha, por exemplo, pouca mama. Ela vai comprar um biquíni no verão, baixa três prateleiras de biquíni na loja e não consegue achar nenhum bom, né?! A pessoa vai para casa cabisbaixa, não vai à praia. Então, de novo, além da autoestima, isso tira a capacidade funcional. A mãe tem dois, três filhos, tá com a barriga detonada, marido vai pra praia com as crianças e ela fica de maiô preto e uma canga cobrindo o corpo inteiro. Aí tem a capacidade funcional, autoestima e qualidade de vida (Paulo).

Além da maternidade, a compreensão de saúde que parece conglobar aspectos “psicológicos”, “sociais” e “biológicos” e que emerge como aquilo que explicaria

5 Fonte: International Survey on Aesthetic/Cosmetic Surgery. ISAPS 2018. Disponível em: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

a constituição de fronteiras tão instáveis no que tange a esses procedimentos se fez presente de forma densa nos enunciados médicos acerca desse tema. Como já mencionado anteriormente neste trabalho, autoestima, qualidade de vida e bem-estar parecem figurar como aquilo que cimentaria uma fusão entre estético e reparador. A noção de uma saúde integral, então, manifesta-se como ponto de encontro onde os discursos médicos se reúnem de maneira mais ou menos coesa. Ou seja, é a partir de um entendimento mais geral de que a saúde se trata de “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”⁶ (World Health Organization, 2014, p. 1) que se constroem boa parte dos enunciados a respeito da indissociabilidade entre estético e reparador. O que diz respeito a noções/práticas de normalidade, funcionalidade e proporcionalidade não apenas se relaciona de forma íntima ao que foi recentemente mencionado, como também se confunde e se entrelaça.

Bruna, Davi e Paulo não foram os únicos a enfatizar a estreita relação, ou até mesmo interdependência, das mamas com uma feminilidade esperada das mulheres. Ao tratar sobre a forma como as intervenções cirúrgicas se relacionam ao ganho em qualidade de vida, Vitor, chefe do Programa de Residência Médica de uma universidade da cidade de Porto Alegre, também sublinhou o forte vínculo entre os seios e uma identidade feminina:

A gente cansa de ver meninas que chegam assim, fechadas, tímidas porque não têm quase nada de seio e aquilo incomoda elas. Porque o seio tem uma representação muito importante na feminilidade. Para algumas pessoas não incomoda, para outras incomoda muito. Então a gente vê muito no pós-operatório a paciente chegar completamente diferente, se sentindo melhor. Tu vê que ela tá mais segura. Isso é totalmente impossível de rotular como estético, é muito mais do que deixar mais bonito, é muito mais do que isso (Vitor).

Se os limites entre estético e reparador se mostram diluídos no discurso do cirurgião, as reverberações destes procedimentos também. Ou seja, para Vitor, os impactos de uma cirurgia plástica não se concentram apenas em modificações corporais, mas são experienciados pelas pacientes também no nível da subjetividade. Assim, a própria separação entre mente e corpo é desestabilizada se forem levados em consideração os efeitos mais abrangentes desses procedimentos. A partir de noções como qualidade de vida, autoestima e bem-estar, é possível perceber que algumas das demarcações que estabelecem as diferenças entre o que seria da ordem material e imaterial acabam por se desfazer. É então a partir dessas categorias que são explicadas as repercussões mais extensivas e englobantes das cirurgias plásticas na vida dos indivíduos.

Conforme Gilman (2001), até o final da Segunda Guerra Mundial, os seios considerados demasiadamente pequenos não consistiam em um problema médico significativo, já que largamente se tinha como referência de modernidade mamas pequenas, em contraposição aos seios fartos – referência a um corpo primitivo e

6 Citação original: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, 2014, p. 1).

racializado. Após esse período, presenciamos o início de uma mudança que parece ainda hoje perdurar. Já na década de 1950, nos Estados Unidos, começa a haver um esforço conjunto no sentido de “curar” o que seria agora entendido enquanto doença: os seios muito pequenos, que causariam não apenas sofrimento psicológico, mas também físico. A discussão apresentada pelo autor em *Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery* (2001), se relaciona intimamente ao que boa parte dos profissionais entrevistados mencionaram: a importância medular dos seios na construção de uma dita “feminilidade”, que tem como consequência a produção de uma insatisfação aguda daquelas que fogem a um padrão mais geral esperado.

Dessa forma, os implantes passam a ser entendidos como a “cura” para doenças causadas pela infelicidade daquelas que não teriam os seios de acordo com tal modelo (Gilman, 2001). A premissa de que os seios constituem papel fundamental para o bem-estar psicológico das mulheres não é algo novo, mas parece ganhar ainda mais força nos discursos atuais acerca dos benefícios das cirurgias plásticas para a qualidade de vida e autoestima das mulheres. É necessário transparecer por fora a mulher que se é, verdadeiramente, por dentro.

Enrico, que além de ser preceptor do programa de residência médica em cirurgia plástica também exerce um cargo de destaque na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, quando questionado por nós sobre o que pensava a respeito da amplitude desses procedimentos e como eles se relacionavam às classificações de aprimoramento, por um lado, e de reparação da saúde por outro, apontou o seguinte:

Eu até já dei aula sobre isso, não existe limites entre o que é reparador e o que é estético. Vou te dar um exemplo: uma pessoa que não tem mama, perdeu uma mama por um câncer e foi mastectomizada e tirou uma mama. Ela precisava fazer uma reconstrução de mama. Isso, tu acha que é estético ou reparador? Reparador, porque ela não tem a mama e gostaria. Mas ela não tem nenhuma doença, ela tá bem, já fez a sua rádio, sua quimio, sua cirurgia. Ela tá tranquila, tá bem. Mas ela precisa fazer essa cirurgia, ela não precisaria pra vida dela, mas ela gostaria de fazer essa cirurgia do ponto de vista estético para aumentar a autoestima dela. (...) então, o limite entre a reparadora e a estética, não existe um divisor de águas nisso. O limite é impreciso (Enrico).

Tanto para Enrico como para Davi, cujo depoimento introduz este artigo, a diferença entre o que seria a reparação ou reconstrução do corpo, mais urgente e necessária para conferir ou devolver o estado normal de saúde, e a estética, mais prescindível e secundária, não se concentraria no procedimento em si – a colocação de próteses de silicone –, mas na paciente ou na conjunção de diferentes variáveis relativas àquele corpo, idade, estado civil – casada, viúva ou solteira –, maternidade. Ao levarmos a sério o que Davi e Enrico afirmam, de modo algum temos a intenção de relativizar as distâncias e diferenças entre o que seria do domínio da saúde e o que seria do domínio do embelezamento ou aprimoramento

corporal. Diferentemente, propomos que, no âmbito das cirurgias plásticas, e especificamente no campo estudado, os procedimentos, os profissionais e as pacientes, assim como aspectos econômicos, sociais e políticos mais amplos, moldam, na prática, através de diferentes negociações, os limites entre o estético e o reparador.

Ao analisar os discursos médicos sobre as cirurgias plásticas das mamas, sublinhamos alguns pontos que se destacaram e que parecem guiar boa parte das narrativas acerca dessa temática: 1) a centralidade dos seios para a identidade e autoestima feminina; 2) a “função reprodutiva” dos seios não se encerra na amamentação, mas vem antes desta, ao ter como objetivo atrair um possível parceiro; 3) os “danos” corporais produzidos pela maternidade são tidos como uma justificativa para as cirurgias plásticas dos seios serem tomadas como reparadoras, em sua maioria; 4) os seios, seu formato e tamanho, são centrais para uma diferenciação dos corpos masculinos e femininos. Em especial, esta última observação ganha sustentação a partir do trabalho de Liliane Brum Ribeiro (2006) a respeito das cirurgias plásticas enquanto um processo medicalizado de construção das diferenças de gênero.

Finalmente, se “o discurso não é o que é dito, mas o que constrange e capacita o que pode ser dito” e se “afirmações e assuntos emergem de um campo de possibilidades” que “não é estático ou singular, mas sim uma dinâmica e uma multiplicidade contingente” (Barad, 2003, p. 819), podemos tomar os argumentos médicos a respeito das fronteiras entre o estético e o reparador nas cirurgias das mamas como muito mais do que uma mera representação da realidade, abrindo-se espaço para a reivindicação destas “compreensões” de feminilidade, corpo e normalidade para o domínio da prática e daquilo que é aceito enquanto realidade legítima. O seio como âmago, centro ou coração do qual vertem as funções e competências do feminino, já há muito tempo, não é simples representação. Ele é também matéria plástica que assume diferentes realidades ao longo dos tempos e lugares, e toma forma a partir de intervenções, cirúrgicas e de outras naturezas, declarando ou silenciando possibilidades de existência das mulheres.

3. Entre a estética e a reparação: “uma zona cinzenta”

No século XVIII, o filósofo alemão Alexander Baumgarten utilizou o termo “Estética” para se referir à perfeição do conhecimento sensível, sublinhando assim uma separação entre o belo e o útil, e diferenciando-a da noção mais corrente inicialmente proposta por Platão, na qual o belo tinha como propósito guiar o homem para a perfeição moral. Hoje, todavia, assistimos a novas formas de entrelaçamento entre o belo, o bem e o útil diferentes daquelas propostas por Platão, mas talvez mais distantes ainda das premissas de Baumgarten. Quando tratamos de corpo, aprimoramentos, saúde e estética, especialmente no contexto brasileiro das cirurgias plásticas, parece haver um enredamento profundo que perpassa não somente os corpos em que são realizados os procedimentos, mas também os profissionais, a forma como se organiza a saúde pública, concepções acerca de funcionalidade, gênero, faixa etária, entre tantas outras.

As cirurgias plásticas são hoje largamente associadas a procedimentos de cunho estético e ao aprimoramento corporal, distanciando-se de uma compreensão de medicina que trata tão somente de enfermos e da preservação da vida. Contudo, historicamente essa especialidade médica está intimamente relacionada a uma medicina que poderia ser entendida enquanto “humanitária”. Em decorrência da epidemia de sífilis, os procedimentos que hoje conhecemos como cirurgias plásticas, segundo Gilman (2001), cresceram exponencialmente durante o final do século XVI. O objetivo dessas operações – chamadas de *chirurgia decoratoria* – era a reconstrução do nariz de sífilíticos a fim de tornar os danos decorrentes da doença menos visíveis.

É já nos séculos XIX e XX, com a Guerra da Criméia (1853-1856) e a Primeira (1914-1918) e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), que houve um grande incremento das técnicas relativas à cirurgia plástica. Devido ao imenso número de vítimas com rostos e corpos mutilados e queimados, os métodos de reconstrução passaram a ser cada vez mais individualizados. Desse modo, a especialidade começa a se afastar da fama que a associava apenas a males relacionados à sífilis e passa a representar uma área da medicina que trata daqueles que servem à nação, tornando-se, pouco a pouco, respeitável, em termos de profissão, pela sociedade.

Em meados do século XX começam a emergir os procedimentos entendidos como de cunho estético ou cosmético, o que produz uma remodelação do campo da cirurgia plástica (Davis, 1995). Se antes as cirurgias visavam preponderantemente mitigar deformidades decorrentes de doenças ou malformações, após a segunda metade do século passado, os procedimentos tornam-se uma forma, também, de aprimoramento estético. Ou seja, segundo Davis (1995), a partir daquele momento, corpos “saudáveis” passam também a ser matéria-prima para as cirurgias plásticas.

Contudo, se as cirurgias plásticas estéticas se configuram como procedimentos que visam aprimorar corpos não doentes, e as cirurgias reparadoras aquelas que se voltam a reconstituir a normalidade, funcionalidade e saúde, e se levamos em consideração aspectos sociais e psicológicos, tomando a saúde de maneira mais integral, boa parte das cirurgias plásticas, em certo sentido, podem também ser compreendidas enquanto reparadoras. Estamos, certamente, simplificando o argumento que subjaz a perspectiva mais geral que observamos ao longo da pesquisa. Mas, em boa medida, os discursos médicos a que tivemos acesso caminham na direção do exposto acima.

A definição de saúde promulgada pela OMS – “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (1946) – parece guiar o entendimento de cirurgiãs e cirurgiões plásticos acerca da temática e caracteriza-se como um dos eixos a partir do qual é possível traçar compreensões acerca dos limites entre reparador e estético. Tal concepção embasa grande parte dos entendimentos dos profissionais com quem conversamos em relação ao tópico, conglobando o que usualmente é entendido de maneira desassociada: o orgânico/físico, psicológico/subjetivo e o social.

Em relação a isso, é possível ainda observar que ideais como autoestima, qua-

lidade de vida e bem-estar emergem como possíveis integradores desses domínios da saúde, de modo que são cruciais para um entendimento mais situado acerca do tema. Sugerimos, na mesma linha do que é proposto por Edmonds (2010) e Jarrín (2017), que, no contexto brasileiro, uma noção de saúde como algo integral, qualidade de vida, autoestima e bem-estar, normalidade, proporcionalidade e funcionalidade, em boa medida, apontam para como o corpo “deveria ser”, relacionando-se de maneira muito específica a uma concepção mais geral de regularidade.

Para Edmonds (2009), a cirurgia plástica, principalmente no contexto brasileiro, é tida como uma forma de cura não para o corpo envelhecido ou feio, mas para uma mente em sofrimento. Sendo assim, pode facilmente transmutar-se em uma necessidade médica digna de fundos públicos, ou seja, ofertada pelo Sistema Único de Saúde. Conforme o autor, potenciais conflitos entre racionalidades médicas e estéticas foram parcialmente dissolvidos pela capacidade das cirurgias plásticas de curar, assim como pelas constantes redefinições do que significa saúde. Edmonds (2009) sugere que essa visão da cirurgia estética não é apenas discursiva, já que, ao ter acesso ao exercício clínico e às experiências de pacientes, observou que a beleza é também transformada em uma forma possível de saúde na prática. De modo muito semelhante à perspectiva do autor (2009), entendemos que o estético e o reparador não são apenas recortes discursivos, no sentido mais estrito do termo, mas se conformam na prática dos procedimentos, assim como a partir de enunciados, políticas, contingências econômicas, etc.

O Brasil tem se destacado já há algum tempo no campo das cirurgias plásticas, fato que se deve, em grande medida, a fatores como o alto número de cirurgiãs e cirurgiões plásticos no país, a figura icônica de Ivo Pitanguy – cirurgião plástico brasileiro conhecido mundialmente – e a oferta de cirurgias plásticas gratuitas via Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2018, foram realizadas 1.498.327 cirurgias estéticas ou cosméticas no país, superando em números os procedimentos de mesma natureza efetuados nos Estados Unidos, 1.492.383. E, do total de cirurgias plásticas realizadas no Brasil, 275.283 (18,4%) foram mamoplastias de aumento. Juntos, os dois países representam 28,4% do total dos procedimentos estéticos, cirúrgicos e não cirúrgicos, realizados no mundo.

Estes dados são relativos ao *survey* realizado anualmente pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (*Internacional Society of Aesthetic Plastic Surgery – ISAPS*), de modo que não apresenta dados sobre procedimentos de cunho reparador ou reconstrutivo. Diferentemente dos Estados Unidos, no Brasil não há uma separação institucional para os procedimentos, ou seja, há apenas a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, que agrega dados relativos tanto às cirurgias plásticas estéticas quanto às reparadoras. Apesar de não nos dedicarmos a discorrer de forma aprofundada sobre questões de natureza mais política e institucional ao longo deste texto, é importante sublinhar que essa não separação institucional parece estar fortemente relacionada à aproximação e, por vezes, a uma não divisão, entre aquilo é relativo ao cosmético e o que diz respeito à saúde.

Ao nos debruçarmos especificamente sobre como têm se conformado o estético e o reparador no contexto das cirurgias plásticas no Brasil, de alguma maneira,

mesmo que de forma transversal, estamos voltando nosso olhar também para as moralidades que auxiliam na conformação de quem tem acesso à saúde pública e de que forma ele ocorre. É necessário enfatizar que este artigo não trata direta ou especificamente dos procedimentos realizados no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, os discursos os quais analisamos provêm de profissionais que atuam, principalmente, na saúde pública. Isto é, suas concepções acerca de feminilidade, saúde e normalidade não apenas conferem o *status* de estético ou reparador para determinado procedimento, como também balizam o modo como os(as) pacientes têm acesso às cirurgias plásticas em questão e quais corpos são mais ou menos merecedores. É também importante salientar que as definições dos limites entre estético e reparador, para além de conformarem cirurgias como mais ou menos necessárias – baseados em padrões de gênero, normalidade e saúde – também auxiliam na constituição destes últimos ao hierarquizar, na prática, corpos e procedimentos.

Existem leis que garantem a oferta de cirurgias plásticas pelo Sistema Único de Saúde, a exemplo da Lei nº 9.797, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia reparadora da mama em casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, ou da Lei 13.239/15, que discorre sobre a oferta e a realização, no âmbito do SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher. Seja nos veículos de informação oficiais do governo, seja nos discursos médicos, continuamente se repete a máxima de que o Sistema de Saúde Público oferta somente cirurgias plásticas reparadoras. Entretanto, cabe perguntar o que configuraria o “reparador” neste contexto.

Conforme o Ministério da Saúde brasileiro, “diferentemente da cirurgia plástica estética, a cirurgia plástica reparadora tem como objetivo corrigir deformidades” e, assim, “as cirurgias plásticas reparadoras procuram aprimorar ou recuperar as funções, e ainda restabelecer a forma mais próxima possível do normal”⁷. Isto é, a reparação se constrói em relação a um ideal de normalidade, e, poderíamos dizer, de concepções sobre como o corpo *deveria ser*. A cirurgia plástica reparadora, neste contexto, também se conforma por meio da oposição à cirurgia estética, ou seja, é reparadora porque não é estética.

Em 16 de maio de 2001, através da Resolução nº 1.621/2001⁸, o Conselho Federal de Medicina se posicionou sobre a indivisibilidade da cirurgia plástica no país. Conforme o art. 1º, “a Cirurgia Plástica é especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente”. Ou seja, sugere-se que não há diferenciação explícita entre cirurgias plásticas estéticas e reparadoras. Ainda, o artigo 2º da mesma Resolução traz que “o tratamento pela Cirurgia Plástica constitui ato médico cuja finalidade é trazer benefício à saúde do paciente, seja física, psicológica ou social”. A Resolução considera que “(...) a Cirurgia Plástica visa tratar doenças e deformidades anatômicas, congênitas, adquiridas, traumáticas, degenerativas e oncológicas, bem como de suas consequências, objetivando beneficiar os pacientes visando seu equilíbrio biopsicossocial e consequente melhoria sobre a sua qualidade de vida”. Em síntese, tal regulamentação da especialidade nos sugere

7 Fonte: <https://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/cirurgia-plastica-reparadora>. Acesso em: 20 fev. 2020.

8 Fonte: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2001/1621>. Acesso em: 20 fev. 2020.

um caráter indivisível, bem como a sua íntima relação com um entendimento de saúde que abarca não apenas questões “físicas”, mas também aquelas de natureza “psicológica” e “social”.

Edmonds e Sanabria (2016), ao abordarem as cirurgias plásticas e terapias hormonais como práticas em que os domínios da saúde e do aprimoramento se confundem, sugerem que, no contexto brasileiro, estas tecnologias costumam ser apresentadas como uma maneira de gerenciar a saúde reprodutiva, sexual e psicológica das mulheres. Afirmam que “alguns médicos e pacientes brasileiros consideram essas duas terapias um meio cotidiano de cuidar-se, sugerindo que nem sempre elas são, localmente, consideradas uma prática de “melhoramento” (2016, p. 195). Os limites e tensões entre o que pode ser considerado como a busca por uma “vida saudável” ou por uma “vida aprimorada”, envolvendo recursos cirúrgicos e hormonais, têm merecido a atenção das(os) pesquisadoras(es) (Rohden, 2017). De qualquer forma, seja como aprimoramento ou como cuidado da saúde, as cirurgias plásticas têm sido amplamente estudadas enquanto práticas de normalização dos corpos, a partir de uma ótica foucaultiana.

Segundo Naugler (2009), qualquer decisão de alterar ou modificar o corpo é realizada em referência aos discursos normalizadores mais amplos de feminilidade e gênero. No entanto, o foco da crítica feminista nos procedimentos cosméticos, como o aumento dos seios, abafou uma possível discussão acerca das fronteiras entre o reparador e o estético. São nesses limites, segundo a autora, que se situam certas normas de gênero que nos possibilitam entender como e para quem são ofertados estes procedimentos e as políticas a eles subjacentes, já que a divisão conceitual entre estético e reparador é fundamentada na dinâmica de financiamento e acesso, o que se aplica especialmente no caso da saúde pública brasileira.

Ao tratar sobre as cirurgias de redução de mamas, Naugler (2009) apresenta reflexões sobre como vem se desenhando tais fronteiras e de que forma elas têm sido utilizadas; e também aponta a ausência, até então, de discussões que tratem deste tema através de uma perspectiva feminista. Uma vez que o “reparador” se caracteriza por procedimentos realizados em estruturas anormais do corpo, causadas por defeitos congênitos, traumas, tumores e outras doenças, e o estético pela remodelação de estruturas anatômicas saudáveis, cuja aparência está dentro de uma faixa de variação normal, ao tratar sobre tais limites estaríamos, de modo mais amplo, novamente na seara de discussões clássicas da antropologia, tais como “normal e patológico”, “saúde e doença”.

4. Estabilizações temporárias entre fronteiras: últimas considerações

Alguns estudos importantes têm destacado como, no século XVIII, os seios passaram a ser o centro de controvérsias sobre a humanidade e os sistemas políticos, além de serem relacionados à própria ideia de nação. Para Yalom (1997), foram as democracias ocidentais modernas que inventaram o seio político – especialmente representado pelo seio maternal, associado à regeneração familiar e social. Nesse período, havia um forte componente estético nos escritos médicos

sobre as mulheres. Ao tratarem acerca da beleza da mama na mesma medida em que sublinhavam a sua função nutritiva, os discursos apontavam para a íntima relação entre valores sociais e de saúde. Como epítome da “suavidade feminina”, os seios eram centrais para os médicos, que estavam especialmente preocupados com uma ética moral e com o papel ocupacional das mulheres na privacidade da família, que, por sua vez, estava fortemente associada à amamentação, em oposição à vida pública. Assim, os seios simbolizavam não apenas o vínculo entre mãe e filho, mas também a formação das famílias, já que sua estética suscitaria os desejos do homem pela mulher (Jordanova, 1989; Schienbinger, 1998).

A “função reprodutiva”, aludida por Davi ao enfatizar a importância da cirurgia plástica de colocação de próteses mamárias na jovem de 20 anos, rapidamente nos remete aos discursos médicos do século XVIII, em que o seio não é apenas crucial para construção de vínculo essencial entre mãe e filho, mas também tem papel central ao seduzir os homens, passo fundamental na construção das famílias. Se os limites entre estético e reparador perfazem uma zona cinzenta e de formas cambiantes, em contraste, a função das mamas femininas e sua estética parecem estar, ainda hoje, muito bem delimitadas. Elas apontam de forma firme, voluptuosa e certa para a reiteração de uma diferença tida como “natural” entre corpos masculinos e femininos, apesar de muitas vezes ser construída por procedimentos cirúrgicos.

Propomos, com base nos discursos médicos analisados, que uma mesma intervenção cirúrgica pode ser performada de múltiplos modos. Ou seja, materialmente ela assume diferentes variações que se relacionam entre si. Isto é, provisoriamente, podemos propor um entendimento das cirurgias plásticas como algo que extrapola uma mera modificação material do corpo que repercutiria na subjetividade daquela(e) que passa por esses procedimentos. Em vez disso, podemos compreender estas práticas como algo que performa uma realidade material do corpo enquanto múltipla. Nesse sentido, poderíamos nos engajar na tentativa de refletir sobre as cirurgias plásticas e certas padronizações corporais e estéticas em termos de materialização de investimentos ideológicos e não apenas como construção social.

Assim, os limites relativos às intervenções cirúrgicas – aqui entendidos também enquanto práticas discursivo-materiais (nos termos de Barad, 2003) – não são sedimentados. Eles podem não apenas ser desfeitos através de outras intervenções e relações, como também podem ganhar múltiplas formas no decorrer das associações que estabelecem. Ainda, a tentativa de um entendimento das fronteiras entre estético e reparador levando em consideração não apenas aquilo que é pronunciado pelas(os) cirurgiãs(ões) a respeito, mas também dados históricos e os próprios corpos em que estes procedimentos estão sendo performados, não apenas nos levou a uma compreensão mais situada destas fronteiras, como também sublinhou a inseparabilidade destas esferas na conformação do fenômeno das cirurgias plásticas no contexto brasileiro.

Os tópicos abordados neste artigo de formas diversas nos apresentam maneiras a partir das quais podemos produzir estabilizações provisórias acerca dos

limites entre estético e reparador. Apesar de tratarmos dessas fronteiras enquanto algo que se apresenta de maneira fluída e que se conforma a partir de contingências específicas, intentamos também produzir certas decantações a respeito desta temática a fim de refletir não apenas sobre a confusão destes limites, mas, sobretudo, sobre seu caráter produtivo.

Desse modo, gostaríamos de sublinhar alguns pontos que de certa forma sintetizam as discussões apresentadas neste artigo e que nos ajudam no entendimento de como vem sendo instituídas as fronteiras entre estético e reparador no que se refere à ênfase nos seios e à relação com o gênero. 1) Se formos partir de uma divisão mais tradicional, o caráter reparador parece estar atrelado a uma patologia anterior e, assim, a reparação se dá em razão do restabelecimento de certa função. As cirurgias estéticas, por outro lado, seriam aqueles procedimentos cujo objetivo é apenas aprimorar determinadas formas. Contudo, essa delimitação não é estável, já que, em determinados casos, o que confere o caráter reparador é a restauração de uma função, e em outros é o restabelecimento de uma forma objetivando uma maior harmonia e normalidade. 2) Os(as) profissionais são bastante enfáticos(as) ao dizer que aspectos “psicológicos”, “emocionais” e “sociais” podem ser profundamente alterados devido a cirurgias plásticas, de forma que categorias como *qualidade de vida e autoestima* passam a ser base explicativa para a conformação de certa fluidez das fronteiras entre estético e reparador. 3) Os seios aparecem como núcleo de uma “feminilidade” esperada do corpo das mulheres, como parte daquilo que as diferencia corporalmente dos homens. A função dessa parte do corpo, segundo os(as) médicos(as) entrevistados(as) – e mesmo aqueles do século XVIII mencionados – é o de estabelecer os vínculos maternos e afetivo-sexuais, dentro de uma lógica heteronormativa de família. 4) Essa funcionalidade dos seios, todavia, ganha forma a partir da idade e do estado civil da paciente, o que nos leva a refletir sobre os modos como uma mesma cirurgia plástica pode ser performada como reparadora ou estética, dependendo do caso. 5) No Brasil, segundo os estudos abordados neste artigo, há um enredamento profundo que perpassa não somente os corpos em que são realizados os procedimentos, mas também os profissionais, a forma como se organiza a saúde pública, concepções acerca de funcionalidade, gênero, faixa etária, entre tantas outras. As cirurgias plásticas, neste contexto, são entendidas como uma forma de cura não apenas para o corpo, mas também para uma mente em sofrimento.

A discussão sobre reparação e estética não é, de maneira alguma, uma novidade apresentada por este trabalho. Várias(os) outras(os) autoras(es) se dedicaram a pensar esta divisão e a forma como ela viabiliza ou não o acesso gratuito a esses procedimentos, por exemplo. Este é, portanto, um objeto que perpassa já há algum tempo as reflexões acerca da temática mais geral das cirurgias plásticas. Se, por um lado, a confusão entre o estético e reparador tem sido abordada a fim de uma compreensão mais específica acerca tanto do sistema público de saúde em nosso país quanto no sentido de melhor compreender as justificativas que levam um procedimento a se localizar em um dos polos ou a se locomover entre

Marcelle Schimitt e Fabiola Rohden

eles; por outro, uma discussão que parte dos limites, do que eles produzem e das formas como conformam os próprios procedimentos e o que vêm a ser as cirurgias plásticas nos parece ainda ausente. Assim, enfatizamos novamente o caráter produtivo destas fronteiras como um caminho possível para um entendimento mais localizado da realidade particular do nosso país no que tange às cirurgias plásticas, ao fazer médico e aos corpos, profundamente marcados pelo gênero e outras diferenças, materializados por esses procedimentos.

Recebido: 13/11/2019

Aprovado: 24/03/2020

Referências

- ANTONIO, Andrea Tochio de. *O psicólogo com o bisturi na mão: um estudo antropológico da cirurgia plástica*. São Paulo: Annablume, 2012.
- BARAD, Karen. *Posthumanist performativity: toward an understanding of how matter comes to matter*. *Signs – Journal of Women in Culture and Society*, Chicago, v. 3, n. 28, p. 802-831, 2003.
- DAVIS, Kathy. *Reshaping the female body: the dilemma of cosmetic surgery*. New York: Routledge, 1995.
- EDMONDS, Alexander. *Learning to love yourself: esthetics, health, and therapeutics in Brazilian plastic surgery*. *Ethnos*, v. 74, n. 4, p. 465-489, 2009.
- EDMONDS, Alexander. *Pretty modern: beauty, sex and plastic surgery in Brazil*. Durham: Duke University Press, 2010.
- EDMONDS, Alexander; SANABRIA, Emilia. *Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 193-210, jan.-mar. 2016.
- GILMAN, Sander. *Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery*. Princeton: Princeton University Press, 2001.
- HAIKEN, Elizabeth. *The making of the modern face: cosmetic surgery*. *Social Research*, v. 67, n. 1, p. 81-97, jan.-fev. 2000.
- HEYES, Cressida J. *All cosmetic surgery is “ethnic”: Asian eyelids, feminist indignation, and the politics of whiteness*. In: HEYES, Cressida J.; JONES, Meredith (Eds.). *Cosmetic surgery: a feminist primer*. London: Routledge, 2009. p. 191-205.
- INTERNATIONAL SURVEY ON AESTHETIC/COSMETIC – ISAPS 2018. Disponível em: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- JARRÍN, Alvaro. *The biopolitics of beauty: cosmetic citizenship and affective capital in Brazil*. Oakland: University of California Press, 2017.
- JORDANOVA, Ludmilla. *Sexual visions: images of gender in science and medicine between the eighteenth and twentieth century*. Milwaukee, WI: The University of Wisconsin Press, 1989.
- NAUGLER, Diane. *Breast slang and the discourse of femininity*. *Atlantis – Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice*, v. 34, n. 1, p. 100-110, 2009b.
- NAUGLER, Diane. *Crossing the cosmetic/reconstructive divide: The instructive situation of breast reduction surgery*. *Cosmetic surgery: a feminist primer*. Surrey, England: Ashgate Publishing, 2009a. p. 225-238.
- ROHDEN, Fabíola. *Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento*. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 29-60, 2017.
- SCHIENBINGER, Londa. *Mamíferos, primatologia e sexologia*. In: PORTER, Roy; TEICH, Miculas (Orgs.). *Conhecimento sexual, ciência sexual: a história das atitudes em relação à sexualidade*. São Paulo: Ed. UNESP, 1998. p. 219-246.
- SCHIMITT, Marcelle. *Da superfície à carne: as fronteiras entre estético e reparador na formação e atuação no campo da cirurgia plástica*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. In: Basic

Marcelle Schimitt e Fabiola Rohden

documents. 48th. ed. Geneva: WHO Press, 2014. p. 1-19. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

YALOM, Marilyn. *História do seio*. Lisboa: Teorema, 1997. (Coleção Teorema Série Especial).



ensaio visual

v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

ensaio visual

No somos delincuentes: mobilizações de moradores em um bairro cigano na Catalunha

230

Nathalia Ferreira Gonçales

Imagens, ruínas e mundo por vir: deslocamento por lugares e corpos tikmũ,ũn

239

Douglas Ferreira Gadelha Campelo

No somos delincuentes: mobilizações de moradores em um bairro cigano na Catalunha

No somos delincuentes: mobilizations of residents in a Romani neighborhood in Catalonia

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5896>

Nathalia Ferreira Gonçalves • Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora vinculada ao Núcleo de Estudos em Corpos, Gêneros e Sexualidades (NuSex/Museu Nacional).

ORCID: 0000-0002-6934-849X
nathalia.goncales@hotmail.com

Este ensaio apresenta as mobilizações dos moradores de Font de la Pólvora, zona leste da cidade de Girona, comunidade da Catalunha, em decorrência dos sucessivos cortes de luz que estão acontecendo há alguns anos no bairro. A institucionalização dos processos de precarização desse território, marcado desde sua constituição por narrativas de marginalização e abandono, acentua uma política de escassez histórica do Estado em torno da população residente, majoritariamente de etnia cigana. Através de atos públicos, os moradores buscam contestar o imaginário de contravenção que persiste e atualiza as inscrições de vulnerabilidade presentes no cotidiano do bairro.

Catalunha. Mobilizações. Ciganidade.

This essay presents how the dwellers from Font de la Pólvora, in the east area of Girona city, in the Spanish community of Catalonia, have mobilized after successive power cuts that have been happening for some years in the neighborhood. This territory, marked from its emergence by narratives of marginalization and neglect, has been subject to increased precarity, in processes whose institutionalization accentuates a policy of historical scarcity of State presence around the local, mostly Romani population. Through public action, dwellers seek to contest the imaginary of contravention that persists and updates the inscriptions of vulnerability that are present in the neighborhood daily life.

Catalonia. Collective action. Romani-ness.

Este ensaio apresenta as mobilizações dos moradores de Font de la Pólvora em decorrência dos constantes cortes de luz que estão ocorrendo no bairro há alguns anos. Ruas estreitas, enormes muralhas e igrejas medievais compõem o clássico cartão-postal da cidade de Girona, situada a poucos quilômetros de Barcelona. Acompanhando o curso do mesmo rio que corta as casas coloridas do centro histórico, a paisagem vai gradualmente cedendo lugar a uma larga avenida que, combinada à modesta zona industrial da região, anuncia a dobra específica de territórios em processo contínuo de reinvenção e negociação. Font de la Pólvora, parte da zona leste de Girona, comunidade da Catalunha, é um bairro recente constituído majoritariamente por ciganos. Ali vivem cerca de 2 mil pessoas, configurando laços de famílias que se estruturam entre os apartamentos por proximidade. A organização espacial faz com que o bairro se separe do centro histórico por uma pequena montanha. Existe um único acesso através de uma ponte, o que limita radicalmente sua comunicação e integração com o resto da cidade. Nesse sentido, emerge a ideia leiga de que Font de la Pólvora constitui, simbólica e territorialmente, um gueto cujo projeto de precarização das vidas nesse marco perpassa narrativas estigmatizantes de delinquência, criminalidade e atividades feitas na chave do não-dito.

Resultado de um plano de urbanização que buscou erradicar o *barraquismo*¹ em Girona, o bairro foi construído na década de 1970, ainda sob regime franquista, para acomodar a onda migratória que chegou sobretudo da região sul da Espanha, onde as possibilidades de trabalho eram escassas e o tamanho da miséria recor-dava um prolongamento assombroso dos tempos de guerra. Como sintoma de um programa de atuação típico das políticas nacionais desenvolvimentistas que caracterizam os regimes ditatoriais, a economia catalã da época foi fortemente estimulada pela crescente industrialização local, atraindo um fluxo de população que buscava na cidade alguma perspectiva de melhoria nos arranjos da vida. Ir embora significava perder um pouco de si, deixar para trás a família, a casa, o povoado de origem, levar penosamente o indispensável e partir em busca do que seria uma aposta de futuro mais próspero.

Durante os doze meses de trabalho de campo, pude acompanhar diversos protestos e suas tramas políticas em decorrência dos sucessivos cortes de luz que estão acontecendo há alguns anos no bairro. A empresa contratada pela prefeitura atribui os cortes no setor leste da cidade às fraudes elétricas engendradas pelos próprios moradores que, segundo a companhia, estabelecem conexão clandestina com o serviço disponível. Tal ação produziria uma sobrecarga na fiação elétrica, gerando pane no sistema e falta de fornecimento para os apartamentos locais. No entanto, o sistema de rede instalado data do mesmo período de construção do bairro, não tendo sofrido nenhum tipo de revisão técnica ou atualização nos seus cabos de força. Através de declarações públicas dos representantes políticos elaboradas em reuniões, assembleias e coletivas de imprensa, é flagrante a constante tentativa de criminalização do bairro em sua totalidade, como se fosse possível instituir uma dimensão existencial propensa a condutas desviantes e práticas de infração que seriam a causa última da interrupção prolongada de energia. Ao

1 Em território espanhol, o termo *chabola* ou *barraca* é utilizado com ampla frequência para fazer referência a casas precárias e autofabricadas. Desta maneira, expressões como *chabolismo* ou *barraquismo*, que contextualmente podem designar um sentido injurioso, aparecem neste ensaio ora como menção a discursos institucionais, ora como representação performativa de espaços de vulnerabilidade.

longo dos problemas que emergem no cotidiano do bairro, estes modos de habitar a escassez vão conformando um campo de práticas e representações – presente tanto nas falas frequentes de pessoas do local como em diferentes instituições de governo – sobre inscrições de vulnerabilidade e reinvenções de possibilidades de vida às margens do Estado.

As fotografias que compõem esta publicação foram registradas durante o estágio doutoral no Departament d'Antropologia Social i Cultural da Universitat Autònoma de Barcelona com bolsa CAPES/PDSE, nos anos de 2018 e 2019. As condições de realização se deram a partir da minha inserção na recém-criada *Plataforma pela Dignidade de Font de la Pólvora*, associação composta por moradores e pessoas vinculadas a mobilizações sociais. Como parte do conselho administrativo encarregado pela fundação da *Plataforma*, participei ativamente na representação e organização das atividades desempenhadas pela entidade. Deste modo, a *Plataforma* emerge na intenção de marcar oposição pública às inúmeras tentativas de criminalização do bairro, sendo responsável por organizar a manifestação que vem a resultar neste ensaio visual. A função de retratar o ato partiu de um propósito coletivo do grupo na reivindicação e disputa por visibilidade a respeito das adversidades locais.

Tamanha institucionalização dos processos de precarização do bairro, marcado desde sua constituição por narrativas de marginalização e abandono, acentua uma política de escassez histórica do Estado espanhol e catalão em torno da população residente, majoritariamente de etnia cigana, e agrava o imaginário de contravenção sobre práticas e condutas inscritas naquele território. Neste sentido, as marcas de vulnerabilidade em Font de la Pólvora, materializadas pelos contínuos cortes no subministro de energia elétrica, configuram formas de violência repetidas no cotidiano do bairro. Através de mobilizações públicas, a *Plataforma* busca evidenciar uma gestão nefasta da empresa de energia contratada pela prefeitura da cidade. Na tentativa de contestar o caráter de gueto forjado por um modo de governança que constrói e mantém margens territoriais e corporais nas quais o próprio poder do Estado se (re)faz, os moradores levaram para as ruas de Girona cartazes com frases que ressoavam precisamente como um preâmbulo de incontáveis reparações: “nós não somos delinquentes”.

Recebido: 20/11/2019

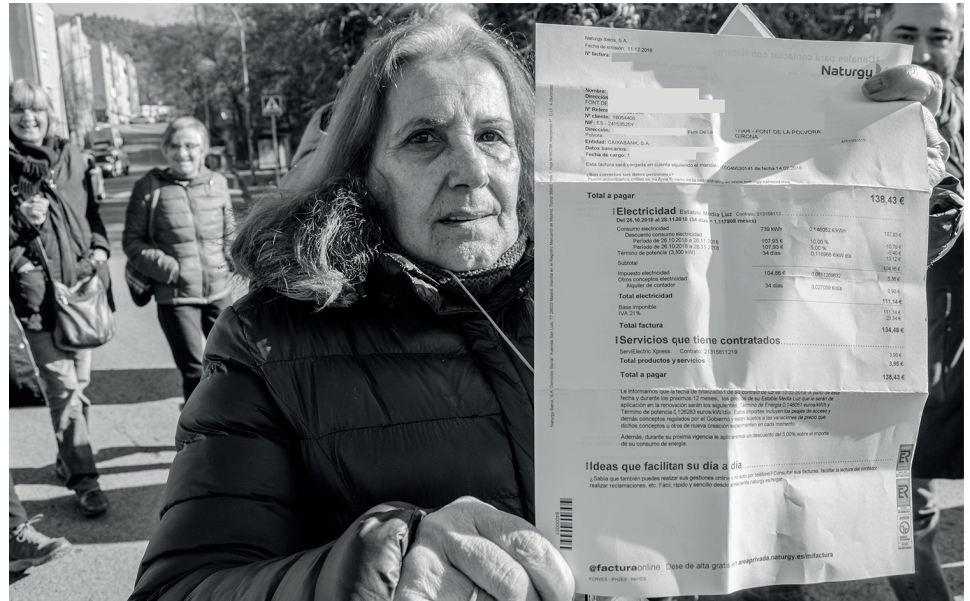
Aprovado: 04/03/2020



Os registros deste ensaio foram feitos no primeiro protesto organizado pela *Plataforma pela Dignidade de Font de la Pólvora*, associação composta por moradores e movimentos sociais com objetivo de denunciar os sucessivos cortes de luz no bairro. Em um dia de inverno, a manifestação saiu da *Font de la Pólvora* e avançou até a prefeitura de Girona, localizada no centro histórico da cidade.

Nathalia Ferreira Gonçalves

Fina levou para a rua sua conta de luz quitada dentro do prazo de vencimento, contrariando as sentenças culposas de empresários e políticos que responsabilizam o fracasso no fornecimento de energia à suposta fraude elétrica engendrada pelos moradores.



O Plano Parcial de Font de la Pólvora foi aprovado em fevereiro de 1972. No texto do projeto fazia constar a urgência que as obras requeriam, com a finalidade de conseguir a definitiva erradicação do *barraquismo*. Como as autoridades se encarregariam de repetir durante os anos que duraram sua construção, o bairro colocaria um fim efetivo às *chabolas* de Girona. Font de la Pólvora foi um território planejado para ser habitado por um excedente de migrantes, quase todos ciganos. Durante a manifestação, moradores sinalizaram com indignação as políticas assimétricas de gestão da cidade e sua população: “Nunca nos dão atenção porque somos ciganos”.



Em relação à execução dos prédios, Font de la Pólvara apresentou graves deficiências desde o início das locações. Após uma exaustiva cruzada burocrática que outorgou acesso aos apartamentos, os moradores se encontraram diante de residências de baixa qualidade. Além das reduzidas dimensões para famílias numerosas, os blocos de concreto logo apresentaram goteiras e umidade em seu interior. Igualmente houve diversas reclamações sobre problemas relacionados às precárias instalações elétricas. Nos cartazes e palavras de ordem presentes na manifestação, moradores atribuíram os cortes sofridos à antiguidade da rede e solicitaram em caráter de emergência a substituição da fiação elétrica no bairro.

Nathalia Ferreira Gonçalves



De maneira incontestável, o bairro inaugurado não dispunha de todos os benefícios previstos. O afã especulativo das grandes empreiteiras, aliado à política higienista de limpeza da cidade e contenção das massas migrantes concentradas em zonas de barracas, levantou um polígono residencial composto por apartamentos extremamente malfeitos, com escassez de serviços básicos para uma população que viria a habitar o que foi denominado em seguida como *chabolismo* vertical. As narrativas de marginalização e delinquência ainda persistem e atualizam os processos de precarização no bairro.

236



Nathalia Ferreira Gonçalves



Essas pequenas passagens documentadas nas escrituras de construção dos blocos habitacionais emergem como um prelúdio das adversidades que pude acompanhar durante minha permanência no bairro. A despeito do passar dos anos, é contundente o modo como a administração pública, frente aos problemas estruturais e à ineficiência na gestão dos apartamentos de habitação popular, segue culpabilizando os moradores no que seria um uso pessoal inadequado na manutenção dos imóveis.

237





As consequências desta política de administração desastrosa, tramada na desatenção em relação a todas as transformações que acontecem no local, fortalecem ainda mais a ideia estigmatizante de que Font de la Pólvora conforma um gueto apartado do restante de Girona. Na intenção de marcar oposição pública às inúmeras tentativas de criminalização, os moradores seguem denunciando a empresa de energia contratada pela prefeitura da cidade. A perspectiva de protesto na forma de associações e mobilizações caminha junto com pequenas agências cotidianas elaboradas em meio aos sucessivos cortes de luz. A narrativa de vizinhas que puxam cabos de uma casa a outra durante as interrupções localizadas e, desta maneira, transferem eletricidade através de uma comunicação improvisada entre as janelas, permite elaborar outras possibilidades de habitar as tramas relacionais da vida no bairro.

Imagens, ruínas e mundo por vir: deslocamento por lugares e corpos tikmũ,ũn

*Images, ruins and becoming world:
displacement across tikmũ,ũn places and bodies*

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5902>

Douglas Ferreira Gadelha Campelo • Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil

Pós-doutorando no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista CAPES/PNPD.

ORCID: 0000-0002-9836-7331

dfgcampelo@gmail.com

Neste ensaio fotográfico procuro percorrer, em conjunto com caçadores *tikmũ,ũn*, imagens que anunciam historicidades através dos corpos e dos lugares fotografados. As imagens buscam adentrar no emaranhado de capim e em pequenos cursos de água onde pessoas *tikmũ,ũn*, comumente chamadas pelo etnônimo Maxakali, seguem com as linhas das suas vidas no nordeste mineiro, quase na fronteira com o sul da Bahia.

Fotografia. Etnografia. Territorialidade. Ethnohistória. Tikmũ,ũn.

In this photographic essay, along with *tikmũ,ũn* hunters, I intend to go through images which announce various historicities by means of the photographed bodies and places. Those images pervade the tangled grass and short watercourses where *tikmũ,ũn* people lead their lives in the northeast part of Minas Gerais, close to southern Bahia state border. In the past, farms were built, and colônia-grass were grown there, in *tikmũ,ũn* territory.

Photography. Territoriality. Ethnohistory. Tikmũ,ũn.

As fotos escolhidas para compor este ensaio¹ fotográfico foram capturadas próximo ao término de um trabalho de campo que realizei ao longo de 14 meses, entre os anos de 2014 e 2016, em diferentes aldeias tikhmũ,ũn, nas zonas limítrofes entre o sul da Bahia e o nordeste de Minas Gerais². Atualmente, pessoas tikhmũ,ũn – mais conhecidas pelo etnônimo Maxakali – somam algo em torno de 2.200 pessoas. As aldeias tikhmũ,ũn localizadas na Terra Indígena Maxakali situam-se em duas localidades, Água Boa e Pradinho. Elas estão vinculadas, respectivamente, aos municípios de Santa Helena de Minas e Bertópolis, no estado de Minas Gerais. Além da Terra Indígena, após um intenso conflito envolvendo praticamente toda a população tikhmũ,ũn entre os anos de 2004 e 2005, uma parcela da população tikhmũ,ũn vive atualmente em duas reservas indígenas, Aldeia Verde e Aldeia Cachoeirinha, situadas nas proximidades do município de Teófilo Otoni.

Como tantos outros, esses indígenas vivem em um regime de confinamento territorial. Habitando em uma terra totalmente devastada e estilhaçada, que não lhes garante sua soberania alimentar, vivem uma situação de profunda dependência de recursos governamentais. Apesar disso, o que pretendo demonstrar neste ensaio fotográfico é que, embora as forças coloniais tentassem impor a eles um confinamento territorial, isso nunca os impediu de viver um outro território existencial³.

De certa forma, as fotos apresentadas aqui foram as poucas que me atrevi a fazer. Minha câmera, uma Fuji FinePix S4080, na maior parte do tempo, circulava nas mãos dos adolescentes da aldeia, que faziam fotos e as apagavam de maneira quase compulsiva. Creio que as fotos deste ensaio se aproximam dos períodos em que senti maior imersão em campo, nos quais os temas e as questões da pesquisa se aproximavam de um delineamento mais definido. Aos poucos percebia que meu interesse se aproximava das histórias que emanavam dos lugares habitados por pessoas tikhmũ,ũn⁴. Assim, vivendo em uma terra tomada por capim-colônia, me perguntava quais as histórias podiam emanar dali. O que os entrelaçamentos da malha composta por pessoas tikhmũ,ũn, fazendeiros, comerciantes, capim, vacas, bois e espíritos teriam a nos revelar sobre esse contexto etnográfico?

As imagens que se seguem tentam adentrar na densidade dessa malha entrelaçada à beira do córrego Umburanas. Ali, os corpos tikhmũ,ũn se deslocam em meio a uma terra “branquificada”, como nos lembra Tomé Maxakali, transformada ao longo do século XX em pasto e fazenda⁵. Uma terra que anteriormente era uma densa, complexa e rica mata Atlântica transformou-se em um tedioso deserto verde formado de capim-colônia e algumas poucas áreas de mata. Esse processo de “branquificação” da terra foi amplamente incentivado pelos arrendamentos de terra, promovidos pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e Fundação Nacional do Índio (Funai), ao longo do século XX, em conluio com fazendeiros e políticos locais⁶.

Nessa terra, pessoas tikhmũ,ũn construíram – e constroem – seus corpos resistindo como podem. As caçadas às capivaras são frequentemente realizadas por caçadores tikhmũ,ũn como forma de fazer oferendas sacrificiais aos yãmĩxop (coletivo de povos-espírito), que vêm até as aldeias cantar, dançar, caçar, brincar, banquetear, fazer sexo, casar e curar. No passado, enquanto suas terras eram tomadas por fazendeiros, os caçadores tikhmũ,ũn, em conjunto com os yãmĩxop, caçavam

1 Este ensaio é o resultado de uma pesquisa de doutorado concluída (Cf. Campelo, 2018) e de um estágio de pós-doutorado em andamento. Agradeço à CAPES pela bolsa ao longo do doutorado e à bolsa que recebi para estágio de pós-doutorado. Agradeço ainda os(as) pareceristas, cujas sugestões procurei incorporar o máximo que pude neste ensaio.

2 Cf. Campelo (2018).

3 Sobre a noção de território existencial, ver Glowackzewski (2008; 2015) e Guatari (2012).

4 Tenho optado utilizar a expressão *pessoas tikhmũ,ũn*, ou simplesmente *tikhmũ,ũn*, ao invés do etnônimo *Maxakali* ou do binômio *tikhmũ,ũn/ maxakali*. Utilizo *tikhmũ,ũn* como um conceito, uma noção de pessoa que está em constante elaboração por parte de seus agentes. Discuto de maneira mais detalhada essa escolha em Campelo (2018).

5 Para o conceito de embranquecimento das terras tikhmũ,ũn, cf. Berbert e Campelo (2018).

6 Cf. Rubinger (1980) e Berbert e Campelo (2018).

Douglas Ferreira Gadelha Campelo

as vacas, que eram distribuídas ritualmente nas aldeias. Através da circulação da carne de caça, bem como da circulação dos cantos dos *yãmĩyxop*, é que se faz e se constrói a pessoa e o corpo *tikmũ,ũn*. A pessoa *tikmũ,ũn* deve, ao longo da sua vida, fazer circular em seu corpo e nos dos demais os cantos dos *yãmĩyxop*⁷. Por isso, é importantíssimo o engajamento quando os *yãmĩyxop* estão presentes nas aldeias. As fotos abaixo adentram um pouco nesse universo.

Sob tal ângulo, este ensaio fotográfico se aproxima de duas perspectivas. Na primeira parte do ensaio, procuro adentrar nos emaranhados de capim, rios, fazendas por meio de cenas de caça a capivara⁸. Quando vemos as ruínas das fazendas e do antigo Posto Indígena Mariano de Oliveira, bem como o mar de capim, nos aproximamos de testemunhas materiais de uma historicidade que emana daquele lugar. Estas sequências de fotos aconteceram em momentos de muita saturação de luz. Diante de tais condições, me pareceu mais simples realizá-las em preto e branco. No entanto, as fotos em preto e branco funcionam neste ensaio como uma performance para dar contorno a esse território morto, que passa por um “embranquecimento”. Ao mesmo tempo, contudo, mesmo diante desse cenário distópico, pessoas *tikmũ,ũn* tentam produzir um *devir tikmũ,ũn* nestes lugares⁹.

A segunda parte do ensaio trata dos momentos posteriores à circulação da carne de caça no interior das relações *tikmũ,ũn*. As fotos se aproximam do momento em que ocorre a festa do coletivo de espíritos-anta (*ãmãxuxop*), que trazem danças e cantos do ponto de vista de antas, veados, capivaras e vacas. Estes conjuntos de espíritos dançam com as mulheres *tikmũ,ũn*. Elas, por sua vez, ensaiam formas de armadilha-captura destes seres, transmutando olhares e perspectivas¹⁰. Geralmente, estes períodos ocorrem ao final da tarde ou no início da manhã, o que me facilitou – e muito – fazer fotos coloridas. Há neste ensaio, portanto, uma sobreposição ontológica de um mundo morto, em ruínas – fruto da colonização das terras *tikmũ,ũn* pelos brancos – e, de outro lado, um mundo por vir – fruto da agência *tikmũ,ũn* na sua terra. Esse mundo por vir é um mundo depois da morte. Um mundo que *devir yãmĩyxop*.

7 Sobre a relação entre a noção de corpo e a circulação de cantos na pessoa *tikmũ,ũn*, ver Álvares (1992) e Campelo (2018).

8 Convido o leitor a assistir ao filme *Caçando capivara*, do realizador Marilton Maxakali.

9 O termo *devir tikmũ,ũn* foi cunhado por Romero (2015) em sua dissertação de mestrado.

10 Para uma análise da interação entre *yãmĩyxop* e mulheres *tikmũ,ũn*, cf. Campelo (2009; 2015) e Pires Rosse (2007).

Recebido: 23/01/2019

Aprovado: 07/11/2019



Deslocamento de caçadores até as proximidades do córrego Umburanas para a caça de capivaras – Terra Indígena Maxakali, Pradinho, setembro de 2015

Douglas Ferreira Gadelha Campelo



Antiga fazenda no interior da Terra Indígena Maxakali (Pradinho, setembro de 2015) e ruínas do Posto Indígena Mariano de Oliveira na Terra Indígena Maxakali (Água Boa, setembro de 2014)



Caçadores tikmũ,ũn observando capivaras – Terra Indígena
Maxakali, Pradinho, setembro de 2015



Atrás dos rastros de capivaras – Terra Indígena Maxakali,
Pradinho, setembro de 2015



Caçador tikmũ,ũn aguardando capivaras
descerem ao córrego Umburanas – Terra
Indígena Maxakali, Pradinho, setembro de 2015

Itamar Maxakali a espera de movimentação de
capivaras rio abaixo – Terra Indígena Maxakali,
Pradinho, setembro de 2015

246





Caçador Maxakali no interior de matagal, nas proximidades do córrego Umburanas –Terra Indígena Maxakali, Pradinho, setembro de 2015



Crânio e couro de capivara –Terra Indígena Maxakali, Pradinho, setembro de 2015



Caçadores tikmũ, ãn retornam para suas casas – Terra Indígena
Maxakali, Pradinho, setembro de 2015



Partilha da carne de caça a ser distribuída na festa das antas (ãmãxuxop) na aldeia Novila – Terra Indígena Maxakali, Pradinho, setembro de 2015



ãmãxux dançando no pátio da aldeia Novila – Terra Indígena
Maxakali, Pradinho, setembro de 2015



Aproximação feminina das ãmãxuxxop na aldeia Novila – Terra Indígena Maxakali, Pradinho, setembro de 2015



Observação feminina do deslocamento das ãmãxuxop na aldeia
Novila – Terra Indígena Maxakali, Pradinho, setembro de 2015



Dança-captura das ãmãxuxxop na aldeia Novila – Terra Indígena
Maxakali, Pradinho, setembro de 2015



Ãmãxuxop – coletivo-anta - Terra Indígena
Maxakali, Pradinho, setembro de 2015

Referências

- ÁLVARES, Myriam Martins. *Yãmiy, os espíritos do canto: a construção da pessoa na sociedade maxakali*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Campinas, Campinas, 1992.
- BERBERT, Paula; CAMPELO, Douglas Ferreira Gadelha Campelo. Embranquecer as terras, disciplinar os corpos: notas sobre a política indigenista junto aos Tikmũ,ũn_Maxakali entre 1940 e 1988. *Espaço Ameríndio*, v. 12, n. 2, p. 129-179, 2018.
- CAMPELO, Douglas Ferreira Gadelha. *Ritual e Cosmologia Maxakali: uma etnografia da relação entre os espíritos-gaviões e os humanos*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- CAMPELO, Douglas Ferreira Gadelha. En torno a una estética perspectivista de la predación: ensayo etnográfico sobre la relación entre los pueblos tikmu,un/maxakali y los espíritus águilas. In: BRABEC DE MORI, Bernd; GARCIA, Miguel A.; LEWY, Matthias (Eds.). *Sudamérica y sus mundos audibles: cosmologías y prácticas sonoras de los pueblos indígenas*. v. 1. 8. ed. Berlin: Gebr. Mann Verlag, 2015. p. 1-272.
- CAMPELO, Douglas Ferreira Gadelha. *Das partes da mulher de barro: a circulação de povos, cantos e lugares na pessoa tikmũ,ũn*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.
- GLOWCZEWSKI, Bárbara. *Guatari et l'Anthropologie: aborigènes et territoires existentiel*. *Multitudes*, v. 3, n. 34, p. 84-94, 2008.
- GLOWCZEWSKI, Bárbara. *Devires totêmicos: cosmopolítica do sonho*. São Paulo: N-1, 2015.
- GUATTARI, Félix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, 2012.
- PIRES ROSSE, Eduardo. *A explosão de Xunim*. Dissertação (Mestrado em Etnomusicologia) – Universidade PARIS 8, Paris, 2007.
- ROMERO, Roberto. *A Errática tikmũ'ũn_maxakali: imagens da Guerra contra o Estado*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Rio de Janeiro, 2015.
- RUBINGER, Marcos Magalhães. Situação atual no Médio Jequitinhonha. In: RUBINGER, Marcos Magalhães; AMORIM, Maria Stella de; MARCATO, Maria Stella de (Ed.). *Índios Maxakali: resistência ou morte*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980. p. 9-124.



resenhas

v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

resenhas

***De peito aberto.* Diretora: Graziela Mantoanelli. Produtor: Leonardo Brant. Produtora: Deusdará. São Paulo. 2019. 80 min.** 259

Rosamaria Carneiro Giatti e Raquel Braga

ARAGÃO, Luiz Tarlei de. *Coronéis, Candangos e Doutores. Por uma Antropologia dos valores aplicada ao caso brasileiro.* Luiz Eduardo de Abreu (Org.). Curitiba: Appris, 2018. 265

Gabriel Omar Alvarez

***De peito aberto. Diretora: Graziela Mantoanelli.
Produtor: Leonardo Brant. Produtora: Deusdará.
São Paulo. 2019. 80 min.***

Rosamaria Carneiro • Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília – Brasil

Doutora em Ciências Sociais pela Unicamp. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados nas Américas, ambos da Universidade de Brasília. Pesquisadora na área de gênero, sexualidade, saúde e maternidades.

ORCID: 0000-0002-1271-7645

rosacarneiro@unb.br

Raquel Braga • Departamento de Estudos Latino-Americanos, Universidade de Brasília – Brasil

Mestranda em Ciências Sociais no Departamento de Estudos Latino-Americanos da Universidade de Brasília. Faz pesquisa sobre os temas da maternidades, amamentação e feminismo.

ORCID: 0000-0002-0771-8352

raquelvieiracb@gmail.com

“É um alimento que não vem de uma caixinha, não vem de uma garrafinha. Ele vem de uma pessoa”. De uma pessoa para outra pessoa. *De peito aberto*, documentário de Graziela Mantoanelli (2019), nos insere na vida social da lactação em tempos contemporâneos. Parte do leite materno não somente como o veículo de relações sociais, mas também como condutor de reflexões sobre corpos femininos, medicina e biopolítica e, ao assim se roteirizar, faz desse líquido um alinhavo potente a ser investigado pela antropologia.

O desejo de dirigir um filme sobre a amamentação brotou da história pessoal da diretora, que teve dificuldades para amamentar sua primeira filha. Para a construção de seu enredo, foram acompanhadas seis mulheres de São Paulo, desde o parto até o pós-parto, durante seis meses de filmagem. Foram geradas mais de 200 horas de material bruto, e o filme foi produzido com financiamento coletivo de mais de 700 mulheres benfeitoras. Vale dizer que desde sua idealização, captação de recursos, filmagens e edição se passaram quase cinco anos.

Essas estórias se sobrepõem na película, não tendo um começo, meio e um fim. Vamos e voltamos com as personagens. Essa estratégia de direção e filmagem torna o filme dinâmico e instigante. As mulheres são diferentes entre si e também em suas estórias de lactação ou de *vida láctea*, como cunhado pela antropóloga espanhola e especialista do tema Estér Masso (2015). Na tela nos vemos diante de mulheres urbanas, de camadas médias e de periferia; entre mulheres negras e brancas; que vivem em casas grandes, mas também num quarto com banheiro. Temos mulheres casadas, heterossexuais e mães solo, mas também bissexuais em relacionamentos abertos. Mulheres que têm suas mães por perto e outras que não as têm mais. A diretora tenta assim contemplar a diversidade social em meio a uma suposta igualdade fisiológica, na presença do que as espanholas têm chamado de um corpo que é *teta*, alimento e resistência em tempos de aleitamento artificial e, por isso, espaço de/e *lactivismo* (Masso, 2015).

As narrativas aparecem entrecortadas por vinhetas em tons de azul e amarelo pastel, com animações que versam sobre os temas e os sentimentos que circulam no filme, todas ornamentadas pela mesma canção de fundo. Se as mulheres são diferentes entre si, todas têm em comum as dificuldades da amamentação. Entre uma estória e outra, circulam também as falas de profissionais de saúde e especialistas no assunto. Entre eles, o pediatra espanhol Carlos Gonzalez e Daniel Becker, um pediatra brasileiro bastante reconhecido por sua defesa de uma criação mais natural. Defendem-se os benefícios fisiológicos da amamentação, tais como: saúde bucal e do maxilar; desenvolvimento da fala; redução de obesidade, diabetes e doenças respiratórias para o bebê e, para a mãe, redução do câncer de mama, miomas uterinos, diabetes e doenças da tireoide. Mas também a dimensão social do aleitar, quando as mães negras cobram o direito de amamentar os seus filhos e não os dos outros e quando Alexandre Coimbra do Amaral, psicólogo do circuito da parentalidade positiva no Brasil, sustenta que amamentar é “um ato sistêmico” – que só acontece a partir de uma rede de pessoas.

Uma rede que torna possível ao peito dar de comer. Um rede de pessoas conectadas à mãe e ao bebê, como o pai e as avós/avôs que cuidam da casa e cuidam

da mãe, tanto física quanto emocionalmente, para que essa possa se dedicar ao bebê. Uma rede da qual participa também o Estado, que apoia o amamentar por meio de licenças do trabalho, informações e políticas públicas em prol do aleitamento. Uma rede composta também de profissionais de saúde que podem ajudar nas dificuldades iniciais, como bancos de leite, médicas, enfermeiras e técnicas de enfermagem. E uma rede também composta por tantas outras mulheres que fazem circular informações sobre o aleitar nas redes sociais e acolhem as mães em suas mazelas nesse processo. Por tudo isso, vê-se a vida social do leite que, ao final, chega ao bebê e como essa vida é composta de diversas pessoas que circundam a mãe e o bebê, sendo, portanto, uma amamentação sistêmica. Ou não.

Em uma cena, uma mulher sai para trabalhar e deixa o bebê com o pai, invertendo estereótipos de gênero. Em outra, essa mesma mulher aparece se arrumando à noite para ir em um baile de formatura, enquanto a prima, que fica em sua casa, oferece o peito ao seu bebê, pondo abaixo o tabu da amamentação cruzada. Com ambas nos colocamos diante dos arranjos tecidos nas camadas populares para que as crianças sejam alimentadas. Depois nos deparamos com o cotidiano de uma mãe solo, a contrapelo da ideia da amamentação como algo sistêmico e sim solitário e uma quase em depressão, por passar o dia sozinha com o bebê e não conseguir amamentá-lo.

Quando as câmeras nos levam para o interior de um apartamento luxuoso, nos vemos diante de uma relação entre mãe e filha bastante confusa. A mulher mais velha – mãe e avó - controla o cotidiano do recém-nascido e inclusive suas mamadas. Se relações entre mães e filhas podem ser tensas e diferentes, podem também ensinar saudosismo, já que uma das mulheres, bastante solitária e triste, aparece chorando e lamentando não ter a companhia de sua mãe.

De peito aberto nos coloca, por tudo isso, diante da socialidade da amamentação, de corpos socialmente diversos, do controle estatal e da articulação entre Estado e medicina (Foucault, 1993). Nessas tramas, figuram mulheres, frágeis e fortes a um só tempo, que estão a exigir o reconhecimento desse trabalho, mas que também sofrem quando não conseguem amamentar. Há assim uma onda de ativismo político em prol do aleitamento, para além de seus benefícios físicos. Mas também uma certa normatividade para que se amamente, o que tem provocado também adoecimento e exclusão social, à medida que “a natureza mata” ou também pode matar (Robayo, 2014).

Em alguma medida, a obra nos insere na ideia do *lactivismo* espanhol, um movimento de mulheres que parte da premissa de que os bebês e as mães são beneficiados fisicamente com amamentação (primeiro nível); em seguida suas famílias nucleares e estendidas (segundo nível); e por último, a sociedade em geral (terceiro nível) (Masso, 2015). Parte da premissa de que “*el lactivismo pugna por transformar el mundo desde el cuerpo y desde la intervención ciudadana, sin solución de continuidad entre esas esferas tan clásicamente separadas de ‘naturaleza’ y ‘cultura’*” (Masso, 2015, p. 253).

Se assumirmos que nutrir um bebê é uma responsabilidade individual (majoritariamente feminina), deixamos de olhar para o fenômeno como questão social,

de saúde pública e de direitos humanos fundamentais, que certamente é. A amamentação é uma relação, um relacionamento, um diálogo íntimo e assim deve também ser vista como ato político. No filme, esse pessoal parece ser político, e o assunto ser uma questão de Saúde Pública, posto que envolve direitos trabalhistas, lutas feministas, direitos humanos, resistência ao modelo capitalista de esgotamento de recursos etc.

Esses pontos têm sido debatidos e sustentados na universidade, no interior dos feminismos e na sociedade civil espanhola. No Brasil, no entanto, esse movimento ainda parece engatinhar. Primeiro porque, desde os anos de 1980, vivemos sob a cultura do leite artificial, com forte apelo da indústria farmacêutica e de alimentos junto aos médicos e, por tabela, das mães. Essa cultura não desapareceu por completo. Bem ao contrário. Para além disso, carregamos dificuldades estruturais, de ordem econômica e social, que impedem que muitas mulheres brasileiras amamentem e/ou se mobilizem por isso, tais como: jornadas de trabalho, tempo de deslocamento, ausência de creches e famílias monoparentais chefiadas por mulheres que precisam deixar suas casas para obterem o sustento. De outro lado, também o próprio feminismo aqui negou e ainda nega a amamentação como algo político e libertário, já que – bem ao contrário – a vê como limitação de movimentação e expropriação do corpo da mulher. Enfim, as preocupações das muitas das mulheres brasileiras são urgências para sobrevivência. *De peito aberto* inova então em temas pouco explorados e ofuscados na realidade brasileira: o desejo de amamentar que as mulheres carregam; a desigualdade racial e econômica que compõe sua prática; as ações médicas que as desencorajam; o pessimismo social com relação ao corpo feminino; o descompromisso com a saúde do bebê e da mãe; e a inobservância aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

262

Por fim, vale ressaltar que o filme explora a diversidade de mulheres e suas histórias, mas ainda assim não aborda outros tantos universos, como, por exemplo, a amamentação em casos de cesarianas, desejadas ou indesejadas; das mães soropositivas; de gestações gemelares; de mães que vivem uma perda gestacional; de crianças doentes; de crianças deficientes; e em casos de mortes maternas, entre tantos outros. Espaços ainda a serem pensados pelo cinema mas também pela antropologia.

Sendo assim, se o documentário importa por essas todas razões – sociais, epistemológicas e políticas –, para a Antropologia desponta como material fértil de problematização de ideias de parentesco, ancorados e sustentados pela transmissão do leite; de noções de corpo feminino como potência e/ou como falibilidade, quando não/se estabelece o aleitamento; de ideias de natureza/cultura, quando aleitar parece ser natural e inato, mas se desenha como algo com vida social; da leitura interseccional como olhar que compreende um ato fisiológico atravessado pela raça, classe e sexualidade.

A lactação pode interessar para a antropologia pensar modelos de Estado, de história, de políticas de saúde e de leituras de corpo e pessoa. *De peito aberto* nos brinda ainda com o debate sobre intergeracionalidade, ciclos de vida e práticas de cuidado; bem como sobre as relações sociais tecidas contemporaneamente

Rosamaria Carneiro e Raquel Braga

sobre medicina e governos – todos temas e assuntos abordados pela antropologia atual. E por último, ao desalojar das mulheres a responsabilidade de amamentar –pautando a noção de rede ou sistema nesse processo –, nos projeta para comensalidade e os seus tabus. Enfim, por tudo isso, o documentário pode interessar às antropólogas e aos antropólogos atraídos pela vida social dos atos, objetos e relações, sobretudo, a partir das relações de gênero, e instigá-los.

Recebido: 06/03/2020

Aprovado: 25/03/2020

Referências

MASSO, Ester. Por una etnografía lactivista: la dignidad lactante a través de deseos y políticas. *Revista de Antropología Iberoamericana*, v. 2, n. 10, p. 231-257, 2015.

ROBAYO, Margarita Garcia Leite. Nota sobre uma cruzada pessoal. *Revista Piauí*, n. 98, 2014. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/leite/>. Acesso em: 17 nov. 2019.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. 46-56.

Aragão, Luiz Tarlei de. *Coronéis, candangos e doutores: por uma antropologia dos valores aplicada ao caso brasileiro*. Luiz Eduardo de Abreu (Org.). Curitiba: Appris, 2018.

Gabriel Omar Alvarez • Universidade Federal de Goiás – Brasil

Professor com graduação em Antropologia na Universidad Nacional de La Plata, Argentina (1991), mestrado (1995) e doutorado em Antropologia pela Universidade de Brasília (2000). Pós-doutorados no PPGAS/DAN/UnB (2003-2007), PPGAS/UFSC (2015), CIESAS (2016). Professor Associado na Universidade Federal de Goiás desde 2009.

ORCID: 0000-0003-3216-9428
gabriel.o.alvarez@gmail.com

Lembro-me de Tarlei, na beira do Lago Paranoá, bebendo vinho francês escutando fado, e contando suas lembranças da França, anedotas que envolviam Marcel Mauss e Louis Dumont. Seus relatos, como seus textos, entrelaçam sua infância em Mato Grosso, seu exílio na França e sua radicação no Sertão. Lembro-me do ruído de Tarlei na sua máquina de escrever antes do sol raiar. Os escritos das caixas de Tarlei, compilados por Luiz Eduardo de Abreu são como um bom vinho, pleno de sabores.

Merecida homenagem a Luiz Tarlei de Aragão, o livro *Coronéis, Candangos e Doutores*, reúne os escritos do professor, cuidadosamente revisados e editados por seu discípulo Luiz E. Abreu. Este livro reúne os escritos de Tarlei ao longo de sua carreira acadêmica. Alguns dos mesmos já foram publicados em periódicos, outros permaneceram inéditos e foram cuidadosamente trabalhados e comentados por Luiz Abreu.

O livro é prefaciado por Abreu, a partir de um estudo sobre a obra reunida em caixas de escritos deixada pelo professor depois do seu falecimento no ano de 2004. Esse estudo, intitulado “O xadrez e o pôquer”, sistematiza e interrelaciona os trabalhos cuidadosamente comentados com um estilo que remete aos escritos de Marcel Mauss.

Tarlei foi um de nossos professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social na Universidade de Brasília na década de 1990. Nesse departamento, cada professor fazia parte de uma linhagem que remetia a seu orientador. Tarlei tinha sido orientando de Louis Dumont. O título que dá nome ao prefácio remete ao episódio em que Tarlei convenceu Dumont a aceitar sua orientação com o argumento, um tanto surreal, que encaixa com a tradição francesa: “M. Dumont, eu já sei jogar xadrez, eu quero aprender a jogar pôquer” (Abreu, 2018, p. XVIII). No mesmo estilo, como organizador do livro e hoje professor do mesmo departamento na UnB, Luiz Eduardo de Abreu se mostrou um exímio enxadrista ao organizar os textos e comentar a oposição entre estes jogos, mas deixou passar um detalhe nessa comparação. No xadrez, ambos os competidores começam com o mesmo tipo e número de peças, no pôquer os participantes começam a partida com baralhos estritamente diferentes e sem saber quais são os dos outros oponentes. O pôquer depende da sorte e da habilidade do jogador para poder blefar, quase como no conceito de *virtú*, de Maquiavel.

Quais eram as cartas que Tarlei tinha na mão ao longo da sua vida acadêmica? Quais os conceitos que ele nos ensinou no seminário sobre o Sertão, (ofertado como *Tópicos Especiais* no PPGAS/DAN/UNB em 1993 e 1994), do qual participavam também as professoras Mireya Suarez e Janaina Amado, oferecido durante dois semestres? Em suma, quais são os conceitos-chave que apresentam estes *écrits* agora reunidos em livro?

Sem dúvida, um dos conceitos-chave é a categoria de “hierarquia” de L. Dumont. O conceito de hierarquia nos remete às sociedades holísticas, aquelas nas quais a pessoa é parte de um grupo. Seu estudo clássico focou na civilização indiana. No caso indiano, a pessoa é membro de uma casta; e as castas são, em relação às outras, castas superiores e inferiores (Dumont, 1992). Esta lógica nos remete,

em parte, ao trabalho de Evans-Pritchard sobre a organização Nuer, no qual uma identidade engloba as outras (Dumont, 1960). Na tradição ocidental, a pessoa se constrói como indivíduo ao longo de um processo histórico que remonta ao Iluminismo (Dumont, 1992; 2000).

No seu trabalho de doutorado, resumido num dos artigos que abrem a coletânea, Tarlei aplica de forma magistral o conceito de “hierarquia” para a cidade de St. Quentin em Yvelines, na França, na qual as antigas aldeias camponesas foram cercadas por novos prédios residenciais. Mesmo considerando o poder aquisitivo dos novos moradores nos bairros construídos recentemente, a identidade da cidade passava pelos camponeses que, em matéria de identidade (e acesso aos políticos), aparecem como o termo englobante da equação.

Outro corolário desta abordagem da *École de France* é trabalhar em nível de tradições culturais. Uma antropologia que não se esgota no trabalho de campo empírico e leva em conta os valores, desenvolvidos pelas civilizações. Dumont trabalhou coma civilização indiana, não um estudo de comunidade ou uma etnografia numa aldeia. Nesse sentido, Tarlei tentou pensar o Brasil e, mais especificamente, o Sertão como parte de uma civilização mediterrânea imposta pela colonização lusitana, e um tempo ibérico, que combina memória, expectativa e intuição.

Ao trabalhar o parentesco, Tarlei não recorreu aos sistemas de primos, como na tradição americana, nem ao parentesco como critério de pertencimento, como na tradição britânica, nem às teorias do intercâmbio restrito e intercâmbio generalizado, com o estruturalismo de Lévi-Strauss. Ele explorou o parentesco a partir da aplicação da teoria do valor. Em alguns dos textos, ele explora a aplicação da honra como valor da tradição lusitana, para focalizar na figura da mãe como personagem central tanto das famílias urbanas estruturadas, como nas famílias do sertão, matrifocais. Esta figura da mãe, em oposição às prostitutas (desonra), tem seu desdobramento analítico (quase psicanalítico) quando aborda a experiência da maternidade desdobrada dos filhos das elites, com uma mãe branca, distante, e um ama de leite negra, próxima que transmite sentimentos, jeitos e que em oportunidades foi submetida à iniciação sexual dos meninos da família. Qual o efeito na psique desses brasileiros? Qual os efeitos nessa ama de leite que foi separada dos seus filhos e sua família? O quanto isto reflete o caráter nacional brasileiro, suas elites carentes, sua população negra estuprada?

Durante o tempo em que esteve radicado em Brasília, o grande tema de Tarlei foi o *sertão*, inclusive nos seus escritos sobre Brasília. O sertão é uma categoria central para entender o Brasil e a sociabilidade em Brasília. Sertão tão presente no pensamento social brasileiro, na literatura e nas crônicas, escorregadio no plano etnográfico. O sertão sempre fica lá para a frente.

No pensamento social, o sertão se apresenta como oposição do litoral escravocrata, do senhor de engenho no Nordeste, dos barões do café no Sul, das elites burocráticas de Rio de Janeiro. Um estado dependente das exportações de açúcar e café que intenta se reinventar olhando para o interior, para a fronteira. O litoral da decadência, por contraste com um interior, sertão, puro, austero e livre que prometia fundar um novo Brasil, simbolizado na criação de Brasília.

O sertão, povoado por bandeiras, como quixotes mediterrâneos que marchavam à procura de ouro e diamantes, deixando pequenos povoados no seu rastro. Uma civilização errante, ancorada em fazendas de pecuária extensivas, povoadas por austeros coronéis e peões. Uma população por séculos esquecida pelo estado. Um parentesco ancorado em famílias matrifocais, com pais trabalhando em fazendas longínquas, onde o parentesco obrigatório se articulava com o compadrio, eletivo. Um sertão como fronteira do Brasil e enquanto fronteira constitutiva da nação. Sertão de rebeliões, como Canudo, Contestado e tantos movimentos messiânicos. Um sertão que tem que ser conquistado e civilizado, processo este simbolizado na construção de Brasília.

Brasília monumental construída no cerrado, desmanchando o sertão. A nova capital com uma arquitetura planejada para modelar uma sociabilidade. A tradição mediterrânica e o sertão emergem na modernidade de Brasília e sua sociabilidade organizada a partir das categorias de *coronéis, doutores e candangos*. Uma Brasília que ainda sofre a disjunção entre propriedade e posse, que remete às sesmarias e política colonial portuguesa. Uma Brasília que como cidade nova e com alta rotação de população se apresentava como uma cidade sem parentes afins, sem sogras nem avós.

Um sertão que desmancha com as políticas de modernização, as mudanças produtivas e a violenta urbanização. No seu empenho etnográfico, Tarlei chegou a adquirir uma fazenda em Buritis, cidade do norte-mineiro, próxima a Brasília, estabelecer relações de compadrio com peões e sitiantes, participar do sistema de festas nas folias. Seus relatos do sertão e de sua fazenda estão carregados de poética afetiva, que mostra que o doutor não pode se transformar em coronel, mas pode se transformar em poeta.

Recebido: 21/02/2020

Aprovado: 23/03/2020

Gabriel Omar Alvarez

Referências

- DUMONT, Louis. *Ensaio sobre o individualismo: uma perspectiva antropológica sobre a ideologia moderna*. Lisboa: Dom Quixote, 1992.
- DUMONT, Louis. *Homo Aequalis: gênese e plenitude da ideologia econômica*. Bauru: EDUSC, 2000.
- DUMONT, Louis. *Homo Hierarquicus: o sistema das castas e suas implicações*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.
- DUMONT, Louis. Introduction to the Nuer. In: PRITCHARD, Evans. *The Nuer: a description of the modes of livelihood and political institution of a nilotic people*. Oxford: Oxford University Press, 1960.

O *Anuário Antropológico* aceita textos e ensaios inéditos em português, inglês, francês ou espanhol, sob a forma de artigos, entrevistas, conferências, ensaios visuais e bibliográficos e resenhas de livros e filmes recentes. As contribuições serão recebidas em fluxo contínuo e a pertinência para publicação será avaliada pela Equipe Editorial e por pareceristas *ad hoc* em regime de duplo anonimato.

1. Artigo (até 8.000 palavras, incluindo notas, excluindo bibliografia): Deve vir acompanhado de: a) resumo; b) título; c) até cinco palavras-chave no idioma original e em inglês.

2. Ensaio bibliográfico (até 5.000 palavras, incluindo notas, excluindo bibliografia): deve vir acompanhado de: a) resumo; b) título; c) até cinco palavras-chave no idioma original e em inglês.

3. Ensaio visual (de 6 a 18 imagens com texto de apresentação, créditos e legendas): o formato deve combinar textos e imagens relacionadas a processos de pesquisa, ensino ou extensão. As imagens podem ser fotos, desenhos, ilustrações, colagens ou pinturas. É necessária uma autorização de uso das imagens. O ensaio deve conter o texto de apresentação (com até 3.000 cce), as legendas (com no máximo 400 cce) e os créditos das imagens (autoria, local e ano de produção). O texto de apresentação deve estar em Word e situar o contexto e o processo técnico e metodológico de produção do ensaio. As imagens devem ser enviadas em formato .jpg, .gif ou .png, com 1.2M e 300dpi, nomeadas sequencialmente de acordo com a ordem de exposição da seguinte forma: sobrenome_nome da autora_01 etc. A autora deve também enviar uma proposta de layout de apresentação do ensaio.

4. Resenha de livro ou filme (até 1.500 palavras, excluindo bibliografia): deve conter a referência completa do livro ou filme resenhado. O livro e filme deve ser recente, com até três anos de publicação (nacional) e até cinco anos (internacional). A resenha não deve receber título nem conter notas. As referências bibliográficas devem ser reduzidas ao mínimo e virem ao final. Além de apresentar a obra, a resenha deve trazer também um ponto de vista crítico.

5. Entrevista (até 6.000 palavras, excluindo bibliografia): deve ser inédita, dando destaque a importantes debates da Antropologia contemporânea, e contar com um claro fio condutor, por exemplo, o tema de pesquisa atual da entrevistada, a relação entre biografia e carreira na Antropologia, o lançamento de seu novo livro, inovações no ensino de antropologia, o amadurecimento de um conceito etc. A entrevistada pode ser brasileira ou não, a condução pode ser feita por uma ou mais entrevistadoras.

6. Conferência (até 6.000 palavras, excluindo bibliografia): Pode ter sido proferida na abertura ou encerramento de seminários e/ou congressos no Brasil ou no exterior. Deve lançar ideias novas, apontar para caminhos criativos e insuspeitos, problematizar e desnaturalizar questões, envolver e provocar a audiência. Pode guardar um tom um pouco mais oralizado.

7. Dossiê (composto por 5 a 8 textos): As organizadoras devem enviar uma proposta do dossiê, contendo título e escopo (até 500 palavras), que será analisada e aprovada pela Equipe Editorial. Os textos serão triados pelas organizadoras do dossiê e, em seguida, avaliados por pareceristas *ad hoc*.

Todos os textos, ensaios e propostas de dossiê devem estar formatados em fonte Calibri tamanho 12 e espaçamento de entrelinha 1.5. As notas devem ser de rodapé, em fonte Calibri tamanho 10 e espaçamento de entrelinha 1.0. Os resumos devem ter até 1.430 cce e a minibiografia de cada autora, até 350 cce. Todo material deve ser submetido sem a identificação da autora; as autocitações e referências à obra da mesma devem ser substituídas simplesmente pela palavra AUTORA. Uma vez publicado, o texto poderá ser auto-arquivado (em sítios eletrônicos pessoais, em repositórios institucionais etc.) em sua versão integral como arquivo PDF a partir do momento em que estiver publicado no sítio eletrônico do periódico. Todos os textos estão sob a licença do *Creative Commons*.

Todo material deve ser enviado pelo e-mail do *Anuário Antropológico*:

revista.anuario.antropologico@gmail.com

neste número:

CONFERÊNCIA

Tênuos direitos: sexualidade, contracepção e gênero no Brasil

Elaine Brandão

DOSSIÊ

Apresentação: Práticas, políticas e discursos no campo da saúde mental

Ana Paula Müller de Andrade, Érica Quinaglia Silva, Fernanda Martinhago e Marcelo Rossal

Mulheres perigosas: a dualidade desviante das loucas infratoras

Érica Quinaglia Silva, Beatriz Figueiredo Levy e Flávia Siqueira Corrêa Zell

Por dentro do Hospital Colônia Santana/SC: rastreando mulheres internadas nas décadas de 1940 e 1950

Sônia Weidner Maluf, Mirella Alves de Brito, Inaê label Barbosa e Camila Dias

A vida social de moradores permanentes de um Hospital psiquiátrico

Sabrina Sarto

Poder, discursos e práticas políticas: processos de mediação em um Centro de Atenção Psicossocial em Araraquara

Luiz Ricardo Prado

O Hotel da Loucura: etnografia de uma política pública de saúde mental no município do Rio de Janeiro

Felipe Magaldi

Agenciamentos sociais e ações do Estado: Parada do Orgulho Louco no Brasil

Ana Paula Müller de Andrade

ARTIGOS

Aquém do transe e da possessão: A noção de irradiação nos estudos das religiões de matriz africana

Cecilia Mello

Evidências, experiências e endemias: Fatos científicos nas políticas de combate à hanseníase

Claudia Fonseca

A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla

Fabiene Gama

Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas

Marcelle Schmitt e Fabiola Rohden

ENSAIO VISUAL

No somos delincuentes: Inscrições de vulnerabilidade em um bairro cigano na Catalunha

Nathalia Ferreira Gonçalves

Imagens, ruínas e mundo por vir: deslocamento por lugares e corpos tikmũ,ũn

Douglas Ferreira Gadelha Campelo

RESENHAS

De peito aberto. Diretora: Graziela Mantoanelli.

Produtor: Leonardo Brant. Produtora:

Deusdará. São Paulo. 2019. 80 min.

Rosamaria Carneiro Giatti e Raquel Braga

ARAGÃO, Luiz Tarlei de. *Coronéis, Candangos e Doutores. Por uma Antropologia dos valores aplicada ao caso brasileiro*. Luiz Eduardo de Abreu (Org.). Curitiba: Appris, 2018.

Gabriel Omar Alvarez

