



anuário antropológico

v. 47 • nº 2 • maio-agosto • 2022.2

**Dossiê “Etnografias do ‘desmonte do SUS’:
precarização de serviços e vulnerabilização de
sujeitos em contextos contemporâneos”**

PPGAS/UnB, 50 Anos

Etnografia das Instituições

SUS – Sistema Único de Saúde

Precariedade e Vulnerabilidade

Consumo

ISSN 2357-738X



anuário antropológico

v. 47 • nº 2 • maio/agosto • 2022.2

**Dossiê “Etnografias do ‘desmonte do SUS’:
precarização de serviços e vulnerabilização de
sujeitos em contextos contemporâneos”**

PPGAS/UnB, 50 Anos

Etnografia das Instituições

SUS – Sistema Único de Saúde

Precariedade e Vulnerabilidade

Consumo

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.

Equipe Editorial

Kelly Silva (Editora-Chefe)

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Alberto Fidalgo Castro (Editor Associado)

Departamento de Antropología Social y Psicología Social, Universidad Complutense de Madrid, España

Guilherme Moura Fagundes (Editor Associado)

High Meadows Environmental Institute, Brazil LAB Postdoctoral Research Associate, Princeton University

Henyo Trindade Barretto Filho (Editor Associado)

Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasil

Conselho Editorial

Andréa de Souza Lobo

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 Barretto 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*)

Cristina Sánchez-Carretero (*CSIC - Instituto de Ciencias del Patrimonio, Espanha*)

Francisco Ferrándiz Martín (*CSIC - Instituto de Lengua, Literatura y Antropología, Espanha*)

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

Laila Santanna

Pedro Joffily de Araújo

Diagramação

Áporo Editorial

Diagramação em Open Edition

Stefano Alfarelos

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. Adriana Vianna

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil

2. Ana Cláudia Rodrigues da Silva

Universidade Federal de Pernambuco – Brasil

3. André Pires

Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Brasil

4. Andressa Lewandowski

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Brasil

5. Andressa Morais Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Brasil

6. Bárbara Rossin

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil

7. Carlos Guilherme do Valle

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Brasil

8. Cristina Dias da Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora – Brasil

9. Denise Ferreira da Costa Cruz

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Brasil

10. Erick Araújo

Universidade Federal Fluminense – Brasil

11. Fabiene Gama

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

12. Felipe Magaldi

Universidad Nacional de Córdoba – Argentina

13. Jaciane Pimentel Milanezi Reinehr

Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – Brasil

14. Kelly Silva

Universidade de Brasília – Brasil

15. Marcello Cavalcanti Barra

Universidade de Brasília – Brasil

16. Maria Soledad Maroca de Castro

Universidade de Brasília – Brasil

17. Marina Fisher Nucci

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Brasil

18. Pedro Francisco Guedes do Nascimento

Universidade Federal da Paraíba – Brasil

19. Rachel Aisengart Menezes

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil

20. Rafael Antunes Almeida

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Brasil

21. Rozeli Maria Porto

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Brasil

22. Rui Harayama

Universidade Federal do Oeste do Pará – Brasil

23. Sônia Cristina Hamid

Instituto Federal de Brasília – Brasil

24. Soraya Fleischer

Universidade de Brasília – Brasil

25. Taniele Rui

Universidade Estadual de Campinas – Brasil

sumário

PPGAS 50 ANOS

Apresentação	09
<i>Comitê Editorial do Anuário Antropológico</i>	
Do mundo das mulheres à etnografia das instituições. Um traçado em retrospectiva	11
<i>Carla Costa Teixeira</i>	
From the world of women to the ethnography of institutions. A retrospective trace	36
<i>Carla Costa Teixeira</i>	
O memorial como o reverso do projeto: a trajetória acadêmica de Carla Costa Teixeira	63
<i>Ruben George Oliven</i>	
Percurso antropológico de Carla Costa Teixeira	67
<i>César Barreira</i>	

DOSSIÊ

Apresentação do Dossiê “Entre “precariedades”, “crises” e o “colapso”: perspectivas antropológicas sobre o “desmonte” do SUS”	74
<i>Lucas Freire e Rosana Castro</i>	
Duplamente letal: a destruição psíquica dos profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19	93
<i>João Balieiro Bardy</i>	
Doubly lethal: the psychological havoc of healthcare professionals during the covid-19 pandemic	113
<i>João Balieiro Bardy</i>	
Driblando o desmonte: um experimento etnográfico com agentes populares de saúde frente à pandemia de covid-19	132
<i>Stella Z. Paterniani</i>	
O tempo da medicina e o tempo da sobrevivência: as experiências de sofrimento de médicas e médicos cubanos	151
<i>Bruna Motta dos Santos</i>	
“A medicação eu consegui bem fácil. A maior dificuldade tem sido a internação”. Crise, suspeição e bioseguigualdades na (des)judicialização da saúde	169
<i>Leonardo do Amaral Pedrete</i>	

anúário antropológico

v. 47 • nº 1 • janeiro-abril • 2022.1

**Contraceção reversível de longa duração para mulheres em situação de vulnerabilidade”:
racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS)** **185**

Elaine Reis Brandão

A normalidade crítica do cotidiano diante do adoecimento e da morte **205**

Lucas Faial Soneghet

ARTIGOS

Consumo e moralidade em contextos de vulnerabilidade: histórias de mulheres **223**

Renata Menasche, Carmen Janaina Machado e Gabriela Richter Lamas

Stories of women on consumption and morality in contexts of vulnerability **244**

Renata Menasche, Carmen Janaina Machado e Gabriela Richter Lamas

**Futuro sem presente – Notas etnográficas sobre o Programa Criança Feliz no interior da
Paraíba** **263**

Amanda Gioriatti Lunkes

RESENHAS

POMPEIA, Caio. Formação política do agronegócio. São Paulo: Elefante, 2021. 392 p. **287**

Raisa Ramos de Pina

CRUZ, Ricardo Figueiró. Eu sou do Morro!. Guaíba: Palavreado, 2021. 216 p. **292**

Eduardo Cristiano Hass da Silva

table of contents

PPGAS 50 ANOS

Apresentação	09
<i>Comitê Editorial do Anuário Antropológico</i>	
From the world of women to the ethnography of institutions. A retrospective trace	11
<i>Carla Costa Teixeira</i>	
From the world of women to the ethnography of institutions. A retrospective trace (ENGLISH)	36
<i>Carla Costa Teixeira</i>	
The descriptive memorial as the reversal of the project: the academic trajectory of Carla Costa Teixeira	63
<i>Ruben George Oliven</i>	
Percurso antropológico de Carla Costa Teixeira	67
<i>César Barreira</i>	

SPECIAL ISSUE

“Between “precariousness”, “crises” and “collapse”: anthropological perspectives on the “dismantling” of the SUS”	74
<i>Lucas Freire e Rosana Castro</i>	
Doubly lethal: the psychological deterioration of healthcare professionals during the covid-19 pandemic	93
<i>João Balieiro Bardy</i>	
Doubly lethal: the psychological deterioration of healthcare professionals during the covid-19 pandemic (ENGLISH)	113
<i>João Balieiro Bardy</i>	
Dribbling the dismantle: an ethnographic experiment with popular health agents due to the covid-19 pandemic	132
<i>Stella Z. Paterniani</i>	
The time of medicine and the time of survival: the suffering experiences of cuban doctors	151
<i>Bruna Motta dos Santos</i>	

anúário antropológico

v. 47 • nº 1 • janeiro-abril • 2022.1

“I got the medication pretty easy. The biggest difficulty has been placement”: crisis, suspicion and bio-inequalities in the de-judicialization of health **169**

Leonardo do Amaral Pedrete

Long-acting reversible contraception for women “in a vulnerable situation”: institutional racism in the Brazilian Unified Health System (SUS) **185**

Elaine Reis Brandão

The critical normalcy of everyday life in the face of illness and death **205**

Lucas Faial Soneghet

ARTICLES

Stories of women on consumption and morality in contexts of vulnerability **223**

Renata Menasche, Carmen Janaina Machado e Gabriela Richter Lamas

Consumo e moralidade em contextos de vulnerabilidade: histórias de mulheres (ENGLISH) **244**

Renata Menasche, Carmen Janaina Machado e Gabriela Richter Lamas

Future without present – Ethnographic notes on the Criança Feliz Program in the interior of Paraíba **263**

Amanda Gioriatti Lunkes

REVIEWS

POMPEIA, Caio. Formação Política do Agronegócio. São Paulo: Elefante, 2021. 392 p. **287**

Raisa Ramos de Pina

CRUZ, Ricardo Figueiró. Eu sou do Morro!. Guaíba: Palavrado, 2021. **292**

Eduardo Cristiano Hass da Silva



PPGAS 50 anos

v. 47 • nº 2 • maio-agosto • 2022.2

Apresentação

Em 2022, o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília completa meio século de existência. Criado em 1972, como mestrado, sob a liderança de Roberto Cardoso de Oliveira, em 1981 ele passou a formar também doutores e doutoras.

A tônica de seus primórdios – protagonismo em novas áreas de estudo etnográfico, excelência na produção intelectual e cultivo de colaboração com centros de pesquisa nacionais e internacionais – segue marcando suas atividades de pesquisa e de ensino até o presente. Sob esta tônica e ao longo de quase cinco décadas, o corpo docente e as linhas de pesquisa do PPGAS/UnB variaram e se renovaram.

Com o objetivo de realizar um balanço crítico das principais contribuições do PPGAS/UnB à nossa disciplina, tal como percebidas por seus próprios agentes, o *Anuário Antropológico* publica, a partir deste número, a seção “PPGAS/UnB - 50 anos”. Dela farão parte artigos que sistematizam proposições teóricas, metodológicas e etnográficas elaboradas por seus professores e professoras, e seus respectivos grupos de pesquisa. Tais artigos são problematizados por comentaristas e comentadoras, a fim de tornar ainda mais densas as mediações analíticas necessárias para melhor expressar e conhecer os desafios que marcam a construção de saberes no país e no mundo contemporâneos.

Inauguramos esta seção com o artigo de Carla Costa Teixeira, que apresenta uma versão revista de memorial defendido para progressão à condição de professora titular. Seu artigo é comentado pelos colegas Ruben Oliven e César Barreira. Nos próximos números, seremos brindados e brindadas com artigos de Alcida Rita Ramos, Luís Roberto Cardoso de Oliveira, Marisa Peirano e demais colegas, cujas contribuições ao PPGAS e à antropologia são indisputáveis.

Certos do caráter edificador das críticas, esperamos que esta seção opere como um espaço de registro histórico e aprimoramento de alguns dos desafios que caracterizam nosso ofício no primeiro quartel deste século.

Comitê Editorial do Anuário Antropológico

Do mundo das mulheres à etnografia das instituições. Um traçado em retrospectiva

From the world of women to the ethnography of institutions. A retrospective trace

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9679>

Carla Costa Teixeira

Universidade de Brasília – Brasil

ORCID: 0000-0002-3792-9687

carla.c.teix@gmail.com

Professora titular do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, no qual é coordenadora do Laboratório de Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder (LEIPP). É pesquisadora do CNPq e líder do Grupo de Pesquisa do CNPq “Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder”, focalizando principalmente os seguintes temas: etnografia das instituições e da vida política, e políticas de governo com ênfase na participação social na saúde indígena.

Este artigo recupera o percurso profissional de sua autora e busca alinhavar, em torno do fio condutor da moralidade e dos valores na política, desdobramentos teóricos e metodológicos relevantes para o debate antropológico contemporâneo. Desta perspectiva, apresenta as investigações realizadas e suas conexões com publicações, cursos ministrados e orientações na graduação e pós-graduação, grupos e laboratórios de pesquisa, bem como redes nacionais e internacionais com as quais se articularam (e articulam). Como o título já sugere, parte de estudos sobre o movimento feminista, seguindo-se investigações em contextos institucionais diversos com a inclusão de instâncias de políticas de governo que se constituíram sob o princípio da cidadania participativa.

Valores; Congresso Nacional; Cidadania Participativa; Saúde Indígena; Etnografia das Instituições.

This article reconstructs the professional journey of its author and, taking morality and values in politics as its guiding thread, seeks to trace various theoretical and methodological developments relevant to contemporary anthropological debate. From this perspective, it presents the investigations undertaken during her career and their connections to publications, courses and supervisions at undergraduate and postgraduate level, research groups and laboratories, as well as national and international networks with which these were (and are) articulated. As the title suggests, it sets out from studies of the feminist movement, followed by investigations in diverse institutional contexts with the inclusion of government policy forums set up under the principle of participatory citizenship.

Values, national congress, participatory citizenship, indigenous health, ethnography of institutions

Carla Costa Teixeira

Certa vez li que a noção de projeto buscaria expressar o encontro da vontade com o processo (Pecaute 1990) e lembro que achei muito interessante por permitir inserir o indivíduo, com suas intenções e desejos, num movimento maior que lhe escapa diretamente, mas sobre o qual (se) precipita e pretende influir. Diferente de um sonho ou fantasia (Schutz 1967), o projeto implica preparo, planejamento e ações no mundo, com certa feliz navegação em um campo de possibilidades com espaços e ritmos complexos.

O memorial – origem deste artigo¹ - seria, em alguma medida, o oposto de um projeto: em vez de prospeção e antecipação de um futuro, implica a direção contrária. Uma espécie de, parafraseando Campos (1994), lanterna na popa em busca de atribuir sentido no passado ao que nem sempre guarda nexos de causalidade, mas sim de fortuidade. Ciente desta tensão, escolhi como subtítulo a qualificação de “um traçado”. Afinal, um traçado é sempre contingente, uma espécie de rascunho tracejado em meio a outros possíveis; sugere, ainda, deslocamentos incertos, desvios de rota, tentativas de vida, como se fossem esboços desenhados aos quais o sujeito confere novas formas ao longo do tempo.

É nesta zona de permeabilidade entre o indivíduo e o processo, a causalidade e o imponderável e, por fim, entre uma trajetória singular e um caminho socialmente compartilhado que procuro inscrever este artigo com ênfase nas reflexões que julgo contribuir para a antropologia – enquanto campo teórico-metodológico e em seus desdobramentos institucionais.

Tomando como referência o fio condutor da moralidade e dos valores na política, neste artigo abordarei a pesquisa sobre movimento feminista como um estilo de vida, realizada no Rio de Janeiro em final dos anos 1980. Num segundo momento, apresento minha entrada no Congresso Nacional que, coincidindo com a CPMI sobre o Orçamento, focalizou a categoria regimental “decoro parlamentar” acionada nos processos de cassação de mandato (1949-1994). O diálogo entre essa categoria, os escritos de Weber e a literatura sobre honra mediterrânea levaram-me a propor, naquele contexto, a honra como uma hierarquia de valores distintiva da vida política. A seguir contextualizo a proposição da linha de pesquisa “antropologia política da saúde” e seus principais desdobramentos nas reflexões sobre a relação entre políticas de governo e a produção do nojo nas ações em saúde e saneamento; e as investigações sobre o exercício da participação social dos indígenas, seus limites e possibilidades, nas políticas de saúde que lhes são específicas. Por fim, trago ponderações e apontamentos sobre a consolidação das investigações em contextos institucionais que deram origem ao Laboratório Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder (LEIPP, DAN, UnB), no qual várias investigações têm sido desenvolvidas, e as reflexões sobre as especificidades metodológicas de realizar pesquisa nesses contextos que puderam se adensar, articulando-se em rede na Associação Latino-Americana de Antropologia (ALA)².

Começando pelo começo...

Desde o início de meu percurso intelectual ainda na faculdade de História na

1 Refiro-me ao Memorial para progressão a professora titular, apresentado ao Departamento de Antropologia da UnB em 23 de setembro de 2020.

2 Refiro-me ao Grupo de Trabalho permanente na ALA denominado Antropologia do Estado e das Instituições, no qual desempenho, desde sua instituição em 2018, a coordenação nacional para o Brasil. Para maiores informações sobre sua composição e atividades realizadas, consultar <https://www.asociacionlatinoamericanaantropologia.net/index.php/2016-03-16-03-49-05>

Carla Costa Teixeira

PUC-RJ, a história das mentalidades e a leitura de Max Weber numa disciplina sobre o tempo³ me chamaram atenção, num momento em que o marxismo dominava as discussões. A preocupação com a dimensão moral e com a esfera dos valores na política que marcou toda a minha produção, vista em retrospectiva, parecia aí já se insinuar. Contudo, a dificuldade de fazer projeções de sobrevivência em uma carreira de investigação nos anos 1980 fez-me enveredar pela licenciatura, adiando a transformação desse interesse em projeto de pesquisa – o que se deu com o mestrado no Museu Nacional. Nesse momento, a antropologia entrou e veio lentamente a tomar conta da minha vida. Lá se vão mais de trinta anos...

No Museu integrei o projeto Estudo Comparativo de Estilos de Vida Metropolitanos, coordenado por Gilberto Velho, no qual desenvolvi a dissertação de mestrado sobre movimento feminista como modo de vida (Teixeira C. C., 1991). As indagações que orientaram a investigação, a meu ver, guardam ainda hoje certo frescor. Avalio assim porque, nos últimos anos, o feminismo se renovou com muitas jovens se afirmando como tal, um cenário muito diferente daquele que estudei no início dos anos 1990. No momento atual, não seria mais principalmente um olhar para trás de integrantes de uma rede feminista (Fórum Feminista do Rio de Janeiro) que em sua maioria tinham mais de 40 anos, mas de jovens envolvidas com a possibilidade de redimensionar projetos e sonhos, dificuldades e limites, mais ou menos compartilhados.

Foi justamente a apreensão dos limites expressos por algumas das mulheres do Fórum que me levou a perguntar: Qual o peso relativo dessa experiência na maneira como interpretam o mundo e nele se inserem, na forma como se conduzem em sua vida cotidiana: lazer, trabalhos, amizades, amores? Se por um lado, tal pergunta parece não trazer nenhuma novidade porque é conhecido e assumido que para o ideário feminista o pessoal é político; por outro, uma investigação acurada revelou o quanto tal ideário pode ser totalizador e homogeneizante ao olharmos o vetor contrário: o político traduzido para a vida pessoal sob o valor da “coerência”.

A maior parte das articulações feministas eram, quando da minha investigação, exclusivamente composta por mulheres: fóruns, associações, reuniões e oficinas, encontros nacionais e internacionais, articulações suprapartidárias (para candidatas mulheres), articulações internas a partidos políticos (só de mulheres) etc.⁴. Ser mulher e engajada na luta das mulheres parecia ser condição necessária e suficiente para se considerar e ser considerada feminista. Tal compreensão do campo, contudo, se mostrou precária quando uma mulher que trabalhava com mulheres vítimas de violência e frequentava o Fórum disse não ser feminista e tampouco ter simpatia pelas feministas. O clássico “como assim?” dos antropólogos aflorou! Depois de certa relutância, ela aceitou conversar comigo; e a compreensão dessa aparente contradição foi central para a construção do feminismo como um “mundo das mulheres”.

As declarações acerca da sua forma de encarar, política e afetivamente, as mulheres revelaram suas diferenças com relação às “feministas”. Havia optado politicamente pelas mulheres, mas não fizera o mesmo no que se refere ao conjunto de suas relações sociais. Muito pelo contrário, achava mais difícil lidar com

3 Trata-se da disciplina ofertada pelo historiador e antropólogo Ricardo Benzaquen no início dos anos 1980.

4 O estudo mais recente de Bonetti (2009) sobre o Fórum de Mulheres de Pernambuco indica padrão similar de exclusão dos homens.

Carla Costa Teixeira

as mulheres porque, em suas palavras, “essa educação que a gente recebe, tão perversa, faz com que as mulheres fiquem competitivas entre si” (Teixeira C. C., 1991, p. 127). De modo que, não participava da rede de sociabilidade composta predominantemente por mulheres entre as feministas do Fórum (como festas, viagens e encontros em bares) e também politicamente delas discordava. Em sua visão a militância feminista deveria ser uma luta conjunta de homens e mulheres, se opondo, assim, ao princípio de exclusão masculina que relegava aos homens o papel de aliados táticos.⁵ Dessa forma, percebi que havia uma experiência fundamental na pertença ao feminismo da qual ela se excluía: a adesão a um mundo de mulheres. A especificidade desse “mundo de mulheres” residiria no fato de requerer o privilégio do “feminino” nas múltiplas relações vividas cotidianamente: relações de trabalho, família, lazer, amizades e, para algumas, amores. Consistiria, portanto, numa opção, num “gosto” pelas mulheres a se traduzir na construção de relações de proximidade, identidade e solidariedade femininas como as relações legítimas entre mulheres e, mais, como as relações a serem buscadas nos diferentes níveis da realidade concreta.

No cerne dessa visão de mundo, encontrei forte ênfase na perspectiva de que as interações sociais são fundamentalmente escolhidas. Contudo, ao falarem dos homens, ouvi ponderações acerca das maiores dificuldades de com eles se relacionarem, indicando que o “mundo de mulheres” em que viviam não seria apenas fruto do exercício de uma vontade individual ou coletiva, mas também consequência de um distanciamento, por vezes, indesejado. De tal maneira que esse “mundo” extrapolava a associação política e podia assumir uma dimensão dramática na vida de algumas que, como a maioria das participantes do Fórum, não tinham orientação afetivo-sexual para mulheres. Uma impossibilidade relacional e afetiva que assim se expressou nas palavras de uma das entrevistadas: “Eu quero um país com homens sensíveis, pô será que a gente não consegue? (...) Outro dia a... estava dizendo: será que o destino do feminismo é a nossa solidão? Eu acho isso cruel demais! Eu não posso dar isso para minha filha, para minha neta, solidão como opção!” (Teixeira C. C. 1992).

As fronteiras simbólicas desse estilo de vida se delineavam, assim, por certo tom emocional expresso em afinidade moral interna e contraste com a sociedade englobante identificada como masculina (Becker 1977, Geertz 1978, Velho 1986). O debate antropológico e feminista sobre gênero se complexificou desde então⁶, mas na minha trajetória foi o lugar e a produção das emoções e dos valores ou moralidades na vida política que frutificou em outros universos empíricos. Sobretudo, deu origem a uma linha de investigação na qual vários estudantes desenvolveram suas pesquisas de graduação e pós-graduação no Departamento de Antropologia. Foram reflexões criativas sobre “mulheres que amam demais” (Alves 2002), a poluição das águas pela morte (Davison 2006), o artista como ator político (Teixeira L. G. 2006), dor e sofrimento na luta de familiares contra a violência policial (Lima 2006), a simbologia do riso como terapia (Zupiroli 2008), os manejos do sofrimento em um ex-leprosário (Faria 2009), a organização de vítimas de violência em Cauca (Oviedo Orsina 2014) e a produção de afetos como meio de resolução de conflito

5 Martha, pseudônimo que adotei para tentar preservar sua autonomia, entrara para o Fórum por meio de uma conhecida que o integrava, mas que, de certa maneira, compartilhava algumas de suas ideias como, por exemplo, a necessidade de incluir os homens na luta feminista.

6 Para as/os interessadas/os neste debate em sua diversidade sugiro as já clássicas reflexões sobre feministas e antropólogas de (Strathern 1987), bem como a diferença de argumentos entre (Simião 2006) e (Machado 2010) e a consulta aos periódicos especializados como o *Cadernos Pagu* <https://www.scielo.br/j/cpa/>

Carla Costa Teixeira

no Judiciário (Cunha 2020).

Ainda no âmbito dessa pesquisa sobre movimento feminista, observei que o elogio do indivíduo moderno (Dumont 1985), em sua autonomia e diferenciação (Simmel 1971), trouxe outros impasses para a tradução da bandeira feminista em uma forma de organização para a ação política. Buscando, por um lado, levar às últimas consequências a máxima democrática de que todas têm igual direito à palavra, o Fórum rejeitava qualquer hierarquia na sua organização formal (coordenadoras, diretoras etc.). As relações de poder se expressavam, no entanto, em uma combinação sutil de prestígio adquirido pelo caminho percorrido no feminismo (com destaque para as mais antigas, jocosamente denominadas “fósseis”) e pela capacidade de expressão argumentativa, ou seja, o domínio da palavra. Por outro lado, empenhadas em promover a igualdade na diferença, mas rejeitando o conflito e as formas tradicionais de sua resolução por decisão da maioria, postulavam que qualquer deliberação havia que ser tomada por consenso e, ainda, as deliberações poderiam ser questionadas por alguma das participantes que (ausente da reunião em que o posicionamento fora decidido) viesse a discordar quando de seu retorno. Assim, parecia predominar certa paralisia de pragmática política que era agravada ainda mais na medida em que essas mulheres também recusavam a alienação inerente à democracia representativa, ou seja, a delegação ao representante (Bourdieu 1989). Seu sucesso, portanto, residia na capacidade em conformar novas subjetividades femininas comprometidas com esses valores, mais do que em organização para a luta – embora também em alguns momentos lograssem fazê-lo. Afinal, esta foi a minha interpretação, buscavam conciliar o que parecia ser inconciliável: construir uma coletividade forte a partir de individualidades diferenciadas e igualmente fortes (Simmel 1971), rejeitando simultaneamente a hierarquia e o conflito como forma de encaminhar a celebrada diversidade – efeitos do cultivo do individualismo, da diversidade, da igualdade e da solidariedade (Teixeira C. C. 1992).

No momento em que realizei esta pesquisa, não existiam estudos com tal perspectiva⁷ e, considerando breve levantamento bibliográfico recente, avalio que, se os há, ainda hoje são poucos⁸. Tal contribuição para o campo de estudos sobre feminismos só foi possível, sem dúvida, pelo encontro entre um preparo antropológico particular (em fenomenologia do mundo social, interacionismo simbólico, indivíduo e sociedade, relações entre gêneros, releitura bourdieusiana de Marx e Weber) com a oportunidade de pesquisa propiciada pela minha trajetória anterior marcada por certos interesses e redes sociais. O diálogo específico com os estudos antropológicos da política se aprofundaria no doutorado, num movimento de ir e vir que traria outra rentabilidade aos referenciais anteriores a partir do novo campo em que me inseri: o Congresso Nacional.

Valores e política institucional moderna: do “decoro parlamentar” à “participação social”

No mesmo ano em que me mudei para Brasília, em 1991, fiz a seleção e fui aprovada no doutorado no Departamento de Antropologia da Universidade de Bra-

7 Exceção na época foi a dissertação de mestrado de Maria Filomena Gregori, defendida em 1988. Desenvolvida no grupo SOS-Mulher de São Paulo, aborda de uma perspectiva crítica e a partir de densa etnografia os efeitos de sua forma de organização, do atendimento prestado e das atitudes e valores das feministas que o compunham (Gregori 1992).

8 Levantamento realizado no Scielo em 28/04/2020. Das 97 referências encontradas na WoS área temática Antropologia, nenhuma apresentava abordagem afim.

Carla Costa Teixeira

sília. Cheguei à capital decidida a pesquisar o Congresso Nacional, já que estaria tão próxima e tinha tão pouca familiaridade com esse mundo central à recente democracia que se instaurara em nosso país⁹.

Em meu primeiro projeto de pesquisa recuperei a conexão “gênero e política” e ganhei uma bolsa da Fundação Carlos Chagas para investigar a chamada “banca da feminina” na Câmara dos Deputados. Se esta foi uma oportunidade de explorar um universo de investigação cuja complexidade se anunciava muito distinta da pesquisa anterior no mestrado, por outro revelou-se pouco rentável analiticamente. A articulação de deputadas federais fora muito ativa no processo constituinte e ficara conhecida como “lobby do batom”, mas no início dos anos 1990 era politicamente inexpressiva.

O caminho foi, então, adotar um recorte amplo e aguardar o que o campo me reservaria, em especial, considerando a escassez de estudos antropológicos sobre este universo: havia apenas uma dissertação de antropologia sobre a Câmara dos Deputados naquela ocasião (Costa M. C. 1980). O exercício da representação parlamentar nas comissões permanentes da Câmara pareceu-me um guarda-chuva interessante para a construção de uma etnografia de sua vida institucional. Nessa oportunidade, já me beneficiava de discussões que viriam a dar origem ao Núcleo de Antropologia da Política em 1997 – em especial sobre rituais. O NuAP foi ambiente profícuo para trocas de experiência de pesquisa, compartilhamento de hipóteses interpretativas e, portanto, de grande aprendizado para todos que integravam essa rede que se articulava sob a coordenação de Moacir Palmeira (MN, UFRJ), Mariza Peirano (UnB) e César Barreira (UFC)¹⁰.

Nesse percurso, o campo reservava outra surpresa, obrigando-me a novamente redefinir o problema de investigação. Em 1993, ano em que mergulhava no dia a dia das comissões permanentes, foi instalada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para investigar denúncias de irregularidade na Comissão do Orçamento – conhecida como “CPI do Orçamento”. Essa CPI invadiu todos os espaços da Câmara, esvaziando-os de suas atividades rotineiras ao concentrar a atenção dentro e fora da instituição, com a quebra de 395 sigilos bancários, 267 sigilos fiscais, 43 sigilos telefônicos, com a tomada de 79 depoimentos em 111 reuniões e concluindo em 1994 com a proposta de cassação de mandato de 18 parlamentares por incompatibilidade com o decoro parlamentar e o envio de vários dossiês para que a Receita Federal e o Ministério Público dessem continuidade às investigações. Passei, então, a criar condições internas à instituição para acompanhar os trabalhos dos processos deflagrados pela CPI do Orçamento porque, se a princípio eu não estava interessada em eventos parlamentares midiáticos ou em corrupção, os parlamentares estavam e restava-me segui-los.

A categoria regimental “decoro parlamentar” em ação nos diferentes depoimentos e processos em curso trouxe à tona a dimensão dos valores na política institucional deste mundo político, de forma instigante. O decoro era afirmado por diferentes políticos a partir de uma relação considerada central não às instituições modernas, mas às sociedades tradicionais na literatura das ciências sociais: a dinâmica honra-vergonha (Pitt-Rivers, *Friendship and authority* 1971, Pitt-Rivers

9 Sem falar que um filho estava a caminho, o que, nos meus cálculos, dificultaria pesquisa de campo prolongada em locais distantes.

10 As publicações produzidas pelos pesquisadores do NuAP podem ser consultadas em <http://nuap.etc.br/> (Acesso em: 1º set 2021).

Carla Costa Teixeira

1977, Peristiany 1971). A compreensão da política nos termos de esfera de valor proposta por Weber tornou possível elaborar uma noção moderna de honra e pensar a ação política como ação interessada que não pode ser reduzida aos interesses de classe ou *status* – como o senso comum da sociedade e de parte dos cientistas sociais preconizam.

Comecei por considerar, acompanhando esse arguto intérprete do mundo ocidental moderno que foi Weber, que a existência da política enquanto esfera de valor em si, dotada de lógica própria e de critérios de conduta específicos é um fenômeno histórico recente. Faz parte de uma era que se instaurou com o “desencanto do mundo”, com a quebra do monopólio religioso na atribuição de significado à vida humana e a constituição de um pluralismo de valores quando a religião se torna *um* e não mais o valor último da vida. E o mais importante: a política logrou se consolidar como esfera de valor em si, através de um longo processo de expropriação dos instrumentos de poder “privados”; o que terminou por transformá-la em atividade institucional permanente de poucos: os políticos profissionais (Weber 1974, 112).

Nesse processo, os políticos se constituíram como tal ao lograrem ser reconhecidos como personificação de uma coletividade historicamente definida cujos membros os instituíram como líderes ou representantes e, portanto, portadores de autoridade. Justamente nesta distância estrutural e conexão necessária entre políticos profissionais e ocasionais residiria a possibilidade da constituição de uma honra que não se confunde com a noção moderna de dignidade. Se a dignidade moderna remete à existência de uma qualidade humana essencial (Humanidade, com maiúscula), a honra encontra o significado da realidade humana em sua singularidade e individualidade histórica (humanidades, no plural). A *condição de pertencer* – e não o individualismo moderno – mostrou-se, assim, intrínseca à vida política moderna. Um pertencer que, no contexto de redemocratização recente do início dos anos 1990, não admitia o elogio de relações de desigualdade ou exclusão hierárquica que, frequentemente, qualificam a dinâmica da honra e vergonha nas sociedades tradicionais¹¹.

O manejo do decoro parlamentar nos processos de perda de mandato agregou a essa reflexão que tal pertença implicaria em uma hierarquia de valores a orientar a totalidade das práticas, definindo assim o que pode ou não ser feito nos diferentes contextos de sua vida, pois o político profissional estaria permanentemente no desempenho dessa função, não tendo direito à separação entre vida privada e exercício do mandato. Desta perspectiva foi que interpretei a figura do decoro parlamentar como um instituto original da política brasileira que permite lidar de forma positiva com a continuidade entre as diferentes inserções sociais do político¹². Ao *institucionalizar* a honra como critério distintivo da política, a noção de decoro incorporou a vida pública e a vida privada, regulamentando-as, ignorou a segmentação de papéis sociais, integrando-os por englobamento à política e, desse modo, o decoro afirmou a autonomia da política em face do ambiente normativo abrangente. Afinal, a “personalidade política”, em elaboração ainda inspirada em Weber, seria indissociável da totalidade a que pertence e perante a qual responde;

11 Pesquisa recente de Maíra Moraes no Congresso Nacional sobre *fake news* aponta que a honra parlamentar nesse novo contexto guarda sentidos de distinção, aproximando-se de uma “democracia aristocrática” (Moraes 2021).

12 Embora a expressão “decoro parlamentar” seja utilizada em instituições legislativas de outras democracias representativas modernas, nesses contextos adquire sentidos marcadamente distintos aos da experiência brasileira.

Carla Costa Teixeira

um tipo de pertencimento que articula responsabilidade individual qualificada à identificação entre indivíduo e grupo social, produzindo a diversidade de políticos profissionais. Desta perspectiva, o decoro consistiria na representação e no discurso sobre o domínio privado dotados de legitimidade na esfera política; pois, neste caso específico, não se tratou de banir as relações pessoais da esfera pública – como o senso comum do combate à corrupção propõe ou supõe – mas, antes, de reincorporá-las e normatizá-las de modo distinto.

A investigação dos diferentes processos de cassação de mandato por incompatibilidade com o decoro parlamentar deu-me o caminho da comparação que orientou essas reflexões. Pude observar como foram em vão as tentativas de alegar não estar no exercício de mandato de Barreto Pinto (1949), a solicitação feita por Jabes Rabelo de suspensão de sua imunidade parlamentar para ser julgado no STF (1993), a retórica impessoal e legalista de Ibsen Pinheiro (1994) e também que o único processado a não perder o mandato foi aquele (Ricardo Fiúza, 1994) que encarnou em sua defesa o desempenho que a honra estipula. De modo que os mecanismos de produção da honra mudaram (a imprensa substituiu como corte de reputações as relações face a face das sociedades tradicionais), também os valores centrais agora eram outros (tendo sido a celebração da hierarquia e da distinção deslocada pelos ideais democráticos), mas permanecem a ênfase na imagem e na sua comunicabilidade, o elogio do predomínio das relações entre pessoas, da totalidade sobre o indivíduo, do reconhecimento do sujeito em sua integralidade na produção da personalidade e da vida política. Pode-se observar que, diferentemente da política feminista estudada anteriormente, aqui estamos no mundo dos rituais democráticos em que a expressão adequada dos valores é decisiva e não a subjetividade ou as intenções dos atores.

Além da pesquisa de campo no Congresso, meu doutorado foi marcado por apresentações dos seus resultados parciais em eventos científicos nos quais pude contar com contribuições inestimáveis de colegas, publicações de artigos que viriam posteriormente a contribuir para a escrita da tese (Teixeira C. C. 1996, 1996a), bem como pela atuação como professora substituta no Departamento de Antropologia da UnB durante o ano de 1995 e o verão de 1996. Em ambas as experiências, o fazer antropológico se revelava bastante colaborativo e longe das imagens do investigador solitário. Ainda continuaria pesquisando e publicando sobre decoro parlamentar, honra e relações de pertença na política por mais alguns anos (Teixeira C. C. 1998, 1999, 1999a, 2000a, 2002, 2004c, 2004a, 2004b, 2006), mantendo uma linha de pesquisa da qual resultaram e resultam várias orientações que em muito têm contribuído para a compreensão desse complexo universo da vida política em diferentes aspectos e momentos históricos: assessoria parlamentar (Santos 2004), relações entre Legislativo e Executivo na flexibilização da CLT (Clemente 2004), estratégias parlamentares para a lei orçamentária (Ferreira e Cruz 2008), o debate legislativo sobre o estatuto do desarmamento (Reis R. M. 2008), o aborto à luz dos direitos reprodutivos (Castro e Silva 2009) e a lei de biossegurança (Cesarino 2006), reflexões sobre conflito e carisma na política (Costa P. T. 2002), sobre a CPI da FUNAI e do INCRA (Dalla Costa 2019). Contudo, o início dos anos

Carla Costa Teixeira

2000 reservava outros desafios de investigação.

Poucos anos após ter ingressado, em dezembro de 1997, como professora adjunta no DAN/UnB, a perda de um querido colega repercutiu em minha trajetória de investigadora. Martin Novión faleceu em início de 2003 (Teixeira C. C. 2004), provocando um sentimento de nostalgia do ainda por viver e deixando repentinamente acéfala a equipe de antropologia de um projeto interdisciplinar de investigação sobre os impactos das ações de saneamento na saúde. Esse projeto era integrado por quatro equipes de duas universidades: Antropologia e Engenharia Civil (UnB) e Epidemiologia e Economia da Saúde (UFBA), além da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Nesse contexto, fui convidada pelo colega Ricardo Bernardes (ENC/UnB), que coordenava a equipe de Engenharia (com quem já tivera uma colaboração em pesquisa), para assumir a coordenação da equipe de Antropologia. Uma antropologia política da saúde começava a se desenhar e renderia muitos frutos.

Sob esse guarda-chuva desenvolvi inicialmente pesquisas sobre percepção e uso da água em comunidades rurais no sertão do Cariri cearense e no Maranhão, em uma experiência de pesquisa em equipe que marcaria minha trajetória para sempre. Carla Andrade, Jacques Novión, Luiz Cláudio Moraes e Anna Davison fizeram parte desta jornada. O tema da água se faria presente também em outra pesquisa interdisciplinar, mas agora dentro da própria UnB. Era o ano de 2005 e a reitoria, preocupada com o comprometimento de cerca de 30% de seu orçamento com pagamento de água e luz, resolveu criar uma comissão, coordenada pelo professor André Luiz Aquere (ENC/UnB), para investigar a situação, que também apostou na interface da engenharia com a antropologia para melhor compreender o problema do consumo da água no campus Darcy Ribeiro. Foi uma investigação que envolveu alunos de graduação das Ciências Sociais (doze) e da Engenharia Civil (nove) em equipes misturadas; e o local privilegiado para realizar as observações sobre o uso da água foram alguns banheiros do ICC, da FT e do Restaurante Universitário – observações tanto das condições materiais quanto das condutas nos banheiros¹³. As pesquisas sobre a água renderiam ainda participação em uma missão exploratória em Bissau (Guiné Bissau) a convite de Wilson Trajano Filho (DAN/UnB), que originou um seminário internacional sobre a água; e mais tarde a organização de um dossiê no Anuário Antropológico em parceria com Maria Manuel Quintela (ESEL; ICS/UL) (Teixeira e Quintela 2011). A criação do Laboratório de Antropologia, Saúde e Saneamento em 2004 (LASS/DAN/UnB) tornou-se espaço privilegiado de articulação de pesquisas e pesquisadores em diferentes momentos de sua formação para realização de seminários de pesquisa, publicações e para captação de recursos e estabelecimento de contatos interinstitucionais¹⁴.

Dessas experiências, algumas reflexões se desdobraram e foram se consolidando, sendo a mais inovadora a relativa à produção política do nojo. Na investigação no Cariri do Ceará, o nojo se expressou pelos usos indevidos da água do açude que abastecia o sistema de água tratada do município, o que, articulado com o forte gosto de cloro a ela atribuído, engendrou o não uso desta água para

13 Além de relatório de pesquisa (Aquere, Teixeira e Bernardes 2007) e artigo (Teixeira e Dias da Silva 2011), essa experiência foi registrada em um pequeno vídeo por mim gravado para a comemoração dos 60 anos da UnB e pode ser visto em UnB nos 60 anos de Brasília - Professora Carla Costa: Departamento de Antropologia - YouTube (Acesso em: 1º set. 2021).

14 O LASS existiu até 2013, quando foi transformado em Laboratório de Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder (LEIPP/DAN/UnB) devido às políticas de água e saneamento terem se tornado um dos eixos e não mais o foco das investigações em desenvolvimento pelos pesquisadores vinculados. No percurso de existência do LASS destaque: o projeto “Percepções e Usos da Água em Pequenas Comunidades: uma abordagem antropológica” (Edital Funasa 2003); a Oficina de Antropologia da Saúde (Convênio Xavante UnB/Funasa, realizada para equipe de saúde Xavante em 2006); o projeto: “Indigenous Sanitation and Health Policies: a comparative perspective between Brazil and Canada” (pesquisa exploratória em 2008 com recursos International Council of Canadian Studies-ICCS, Canadian Embassy; e em 2009-2010 na Simon Fraser University, CA com recursos CAPES).

Carla Costa Teixeira

beber e cozinhar – contrariando o que as políticas de saúde preconizam (Teixeira, Davison e Moura 2011). Na pesquisa dos banheiros da UnB, o nojo se manifestava a partir do desgaste das condições materiais aliado à desconfiança quanto ao uso feito pelos demais frequentadores dos banheiros, gerando atitudes que degradavam ainda mais as instalações num círculo vicioso: descargas acionadas com os pés, portas das cabines quando abertas também o eram com os pés, evitação de tocar as torneiras levando a não lavar as mãos. A questão, portanto, não era de desperdício mas de baixo consumo de água em função de classificações de “sujo” e “limpo” que não guardavam relação direta com os critérios sanitários, mas sim com as possibilidades de preservação dos limites do corpo e da própria individualidade naquele ambiente (Teixeira e Dias da Silva 2011). Assim como na comunidade do interior do Ceará, aqui as percepções dos chamados “usuários” não coincidiam com os padrões prescritos pelas políticas de governo: lá os critérios de potabilidade, cá os de higienização e de consumo. Tal investimento me permitiu, assim, considerar a dimensão valorativa e moral da política em sua capilaridade cotidiana, nas variadas conexões entre a ordem sociocultural e a ordem biológica vistas a partir das pessoas que em geral são o “público-alvo” das políticas.

Se a cotidianidade revelou-se o espaço e o tempo por excelência das construções e reelaborações, verbais e não verbais, dos significados que possibilitam e orientam as interações entre os diferentes sujeitos, os princípios e as estruturas que dão vida à administração pública ao longo do tempo, em suas continuidades e rupturas, mostraram-se fundamentais à compreensão dos conflitos e negociações que envolvem os diferentes sujeitos em interação quando as políticas de governo se desdobram no modo de vida. Assim, a simultaneidade das investigações na vida cotidiana e nos meandros das instituições administrativas foi, em um primeiro momento, estabelecida por meio da investigação do museu institucional e dos manuais da Funasa – fundação à época responsável pelas ações em saneamento e saúde dos povos indígenas (Teixeira C. C. 2008). E, posteriormente, por meio do acompanhamento das reuniões da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena de assessoria ao Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS). A ação política aqui se desdobra para além dos políticos profissionais, expressando-se em tecnologias de governo (Foucault 2008) e na administração como dominação cotidiana (Weber 1994).

A entrada especificamente nas políticas de saúde e saneamento indígena deu-se por meio das pesquisas com e sobre a Funasa que haviam se iniciado em 2002, mas também pela minha trajetória na Associação Brasileira de Antropologia. Na ABA fui tesoureira geral (2000-2002) e secretária geral (2004-2006), tendo nesta gestão também iniciado minha atuação como representante da ABA na CISI/CNS, onde estive nesta condição até 2008 e entre 2012 e 2014 – nos anos de 2008 a 2012 lá permaneci como especialista convidada. Nesse período busquei conciliar minha atuação institucional na CISI com reflexões sobre aquele espaço político. Expressando uma postura que marcou meu percurso como investigadora, sempre procurei conectar minhas pesquisas com o que, no jargão universitário, é chamado de “atividade de extensão”: atividades abertas ao público em geral, minicursos extramuros da universidade, apresentações em eventos ligados à formulação de

Carla Costa Teixeira

políticas (universitária e de governo) e junto a movimentos sociais.

Inicialmente, as reflexões sobre nojo e repulsa nas políticas de saúde e saneamento se articulariam com o manejo político da diversidade cultural que se fez mais visível no contexto indígena e me levariam a buscar suas raízes históricas, mais uma vez elegendo a comparação diacrônica como o eixo privilegiado em minha produção (Teixeira e Garnelo 2014). Foi assim que me dediquei aos manuais de formação de guardas sanitários e visitadoras sanitárias da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) – instituição que daria origem à Funasa em 1991, juntamente com a Sucam (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública) (Teixeira C. C. 2008). E pude compreender as conexões de continuidade e ruptura entre aqueles guardas sanitários dos anos 1940 e os agentes indígenas de saneamento dos anos 2000. A mais relevante é, sem dúvida, a que diz respeito às ênfases distintas no saneamento do ambiente ou no saneamento das pessoas. Se nos anos 1940 o manual priorizava as técnicas necessárias à construção de equipamentos sanitários, nos anos 2000 o foco está no ciclo de transmissão das diferentes doenças relacionadas à falta de saneamento e no comportamento higiênico considerado inadequado de crianças e adultos indígenas. Os desenhos que ilustram o manual do agente indígena de saneamento repetem exaustivamente imagens de indígenas defecando em lugares inadequados, em detrimento da apresentação de orientações técnicas para pequenas obras e para ações de manutenção de equipamentos de tratamento de água, lixo e esgoto a serem desenvolvidas nos territórios indígenas marcados pela quase ausência dessa infraestrutura.

21

Tendo feito esta observação, retornei às reflexões sobre repugnância e nojo a partir do ângulo de suas conexões físico-político-morais para avançar na compreensão do que significam politicamente ações estatais que enfatizam a falta de higiene pessoal em detrimento do saneamento do meio físico reconhecidamente precário, como nos territórios indígenas. Desta perspectiva, analisei que a repugnância está entre as emoções que se distinguem por afetar diretamente os sentidos, em particular visão, olfato e tato, tendo sua intensa fisicalidade o poder de evocar o universo das verdades biológicas indisputáveis. Assim, aqueles que nos provocam repugnância (o repugnante é sempre o outro) estariam além da diversidade fisicamente suportável, afinal: como podemos aceitar e conviver com alguém cuja aparência, modos corporais ou odor nossos próprios corpos não suportam? É neste sentido que repulsa, repugnância e nojo me pareceram indicar a fronteira da diferença tolerada, na medida em que expressariam sentimentos, emoções e sensações corporificados, formados em e formadores de relações sociais, cujos interlocutores devem necessariamente ser higienizados, domesticados em sua alteridade para continuidade da interação ou evitados e postos à parte (Teixeira C. C. 2012). Quando tais sentimentos e sensações vêm relacionados a políticas de governo para o combate de epidemias têm o potencial de atualizar estereótipos e preconceitos decisivos na definição de quem deve ser cuidado e quem se pode deixar morrer, como o contexto atual dramaticamente nos lembrou (Teixeira e Dias da Silva no prelo).

A investigação de políticas de saúde e preceitos higiênicos constituiu-se em

Carla Costa Teixeira

via de acesso privilegiada aos conflitos e consensos da política cotidiana por se tratar de políticas que têm sempre a retórica de estar sendo realizada em benefício do outro ou da coletividade (daí inclusive o uso frequente da expressão “beneficiário” para a população que é objeto dessas ações). E, deste modo, é eivada de práticas legitimadas por discursos da “benevolência” e da realização de “atos de humanidade” (Kelm 1998). A exploração tanto da dimensão simbólica quanto da dimensão organizacional destas políticas na vida diária permitiu compreender as interações entre elas bem como os mecanismos de tradução entre ambas. Tal abordagem se revelou analiticamente rentável também em outros contextos e políticas de governo (Silva 2008, Dias da Silva 2010, Pereira 2012, Chaves 2013, Godoy 2014, Alvarenga 2014).

Este tipo de análise, que articula documentos e pesquisa de campo, tem o mérito de possibilitar abordar mecanismos de exclusão e subordinação no cerne de políticas de governo democráticas que, como a política de saúde indígena, vêm sendo articuladas em prol da inclusão social e cívica, mas têm que lidar com a herança de um longo processo de colonização interna. Uma lembrança de que em configurações democráticas não é a violência física, mas a violência simbólica que se faz mais presente.

Tais elaborações sobre a violência simbólica foram amadurecidas na etnografia sobre a participação social na saúde indígena que realizei na CISI/CNS por quase dez anos. O mapeamento dos variados e complexos efeitos dessa participação requereu um olhar e uma escuta delicada para evitar reducionismos de diferentes matizes: instrumental, avaliativo ou normativo. A comparação com o contexto canadense, explorado em 2008 quando estive como *visiting scholar* na Simon Fraser University (BC), destacou a especificidade da atuação indígena em suas relações com o governo brasileiro para construção de sua autonomia. Há que se destacar que a escolha do contraponto comparativo já se fez baseada na antecipação de que o contraste envolvendo um ambiente político e legal que representa os povos indígenas como “nações”, tal como as First Nations no Canadá, com um ambiente em que os povos indígenas são constitucionalmente denominados “comunidades”, tal como no Brasil, potencializaria o mútuo estranhamento e, conseqüentemente, a construção de novas trilhas analíticas.

O escrutínio contextualizado da retórica da autonomia indígena nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e em contextos de interação entre indígenas e gestores que pude acompanhar ao longo desses anos revelou que se há uma categoria que parece suscitar unanimidade nas discussões entre os diferentes atores políticos no campo das políticas públicas brasileiras para a saúde indígena, esta categoria é a de autonomia. Tal empreendimento revelou a capacidade de transformação dos sentidos da autonomia em seus usos estratégicos, sua metamorfose enquanto arma política capaz de criar um campo comum de significado e, a partir deste, expressar e constituir relevâncias distintas e por vezes antagônicas no embate concreto. Três sentidos da autonomia me pareceram expressar de forma mais central as tendências da constituição dos indígenas como sujeito coletivo político nas políticas de saúde: autodeterminação, parti-

Carla Costa Teixeira

cipação e controle. Ainda, o manejo da autonomia em sua diversidade de compreensões contextualizadas permitiu ir além do mapeamento dos significados em jogo, apontando para deslizamentos relevantes na compreensão da atuação dos povos indígenas na construção da política pública de saúde no Brasil. É como se as estratégias indígenas se deslocassem ao longo de um contínuo assimétrico cujo polo subordinado fosse o da ação política pautada na autonomia como recusa da relação com os não-indígenas (autodeterminação), e o polo dominante, o da autonomia que afirmasse esta relação recolocada sob o “protagonismo indígena” (participação e controle). Em outras palavras, a autonomia como participação e controle refere-se à afirmação pelos indígenas da disposição para e da capacidade de ser parte de um processo decisório que lhes diz respeito prioritariamente, mas neles não se esgota. O predomínio deste polo expressaria uma consciência prática dos elos de interdependência nos quais os povos indígenas se inserem na sociedade nacional e da qual se sentem parte (Teixeira C. C. 2010).

Dando continuidade à investigação da participação indígena nas políticas de saúde em âmbito federal, refleti sobre os limites e possibilidades da chamada *democracia direta* nos espaços de participação social previstos nas instâncias estatais em nosso país (denominados na linguagem das políticas de governo de “controle social”). Quando falamos de controle social, estamos nos referindo aos diferentes mecanismos (conselhos, comissões e conferências) que até 2016 o governo brasileiro, em suas variadas composições políticas, havia criado para gerar o que atualmente é denominado na política de saúde “gestão estratégica e participativa”. Neste sentido, a autonomia dos povos indígenas nas políticas de saúde no Brasil, mas também em outras políticas setoriais, não passava pela construção de uma política de *self-government* ou de *self-administration* como observado no contexto canadense (Teixeira C. C. 2009, 2010, 2011). A atuação deu-se e com sucesso na ampliação de instâncias de participação e na ocupação de cargos técnicos e de assessoria à instituição responsável pela gestão da saúde e saneamento dos povos indígenas. Tal positividade, é fundamental observar, expressou-se também por meio da efetivação de políticas de saúde diferenciadas (em orientações políticas e estruturação político-administrativa) no âmbito do SUS; bem como por meio da função pedagógica que esta experiência propiciou (Teixeira, Simas e Aguilar 2013, Teixeira C. C. 2017). Refiro-me ao desenvolvimento de uma competência discursiva indígena nas negociações políticas com representantes de governo. Uma competência que tem se expressado na atuação das lideranças indígenas pela combinação: (i) do manejo das estatísticas, das normas legais e da experiência de vida nas aldeias com (ii) o conhecimento das possibilidades institucionais ao alcance do controle social; ambos confluindo para (iii) a construção de uma retórica sofisticada em que cidadania diferenciada, direitos humanos e biolegitimidade se apresentam hierarquizadas conforme o contexto (Teixeira e Dias da Silva 2015a). Com tais observações, quero enfatizar que a participação indígena no controle social é um instrumento para obtenção e efetivação de direitos na saúde, mas também, e não menos importante, um valor em si, na medida em que se constitui em um processo de aprendizado dos meandros da luta política na

sociedade nacional, bem como de progressivo reconhecimento dos povos e dos líderes indígenas como sujeitos políticos legítimos .

Contudo, as queixas de lideranças indígenas sobre a não efetivação das políticas e das negociações acordadas, aliadas às estatísticas de saúde dos povos indígenas que, embora tenham melhorado, permaneciam em um patamar bem inferior aos da sociedade abrangente, exigiram um olhar mais acurado para a experiência da participação social – e agora não apenas na saúde indígena, já que as queixas se verificaram também em outras instâncias de participação. A violência simbólica de deixar falar, negociar e não implementar revelou-se por meio da transformação do que é estruturante do jogo político em questão de caráter pessoal, ou seja, pela atribuição da causa desse processo aos gestores, que não respeitariam as deliberações dos conselhos e conferências. Assim, observa-se que o exercício da dominação cotidiana que é própria à burocracia (Weber 1994), quando suavizada em “gestão democrática”, passa a ser atribuída principalmente às qualidades morais ou interesses políticos e materiais daqueles que atuam na gestão; e que seriam responsáveis, portanto, por não efetivarem os princípios orientadores pactuados para a política de saúde indígena. Não é que as pessoas não importem no exercício das funções, sejam essas mais ou menos burocráticas ou políticas. O que merece destaque é que a ênfase nessa dimensão dificulta ver que é o próprio modelo de participação política, ainda incipiente, e suas condições institucionais que legitimam que os indígenas, já excluídos das instâncias formais de produção das leis e da distribuição de recursos e, não menos importante, das redes de relações pessoais que influenciam as autoridades em exercício, também o sejam da administração cotidiana que reproduz, acomoda e readéqua as relações de poder político e material dominante.

A violência simbólica seria, portanto, a forma gentil e invisível que se intensifica sempre que a aplicação direta da violência física ou econômica seja sancionada negativamente pelo grupo (Bourdieu 1989, 191-2). Numa espécie de alquimia social, a violência simbólica opera a fabricação da autoridade legítima por meio da ênfase em relações pessoais nas quais trabalho, tempo, atenção, cuidado, inclusão e participação política – ou quaisquer outras atitudes moralmente afinadas com o ambiente ou grupo – logrem gerar valores considerados superiores a ideias ordinárias e irreduzíveis à dimensão material do mundo. E, assim, tais práticas podem ser apreendidas como generosas, desvinculadas de interesses particulares e, sobretudo, comprometidas com ideais transcendentais (salvar vidas, fortalecer a democracia etc.) em uma configuração em que o confronto aberto deixa de ser gramatical. Em outras palavras, a reflexão (1) sobre em que termos se dá a definição das regras do jogo a ser jogado e do que pode ser dito e feito por quem e em que contextos político-institucionais; (2) sobre o lugar que o jogo participativo ocupa na hierarquia dos contextos político-institucionais, e os efeitos que estar nesse lugar produz, parece ser banida pela valorização do mecanismo da participação em si (tanto por indígenas quanto por autoridades) e pela personalização de seus eventuais insucessos (Teixeira e Dias da Silva, 2019). Tal reflexão foi possível pela articulação entre observações das relações vividas na atenção básica à saúde

Carla Costa Teixeira

indígena e a participação dos representantes indígenas nos espaços de controle social em Brasília. Em termos de inspiração teórica, foi fundamental reelaborar o conceito de violência como um tipo de relação em que está em disputa a legitimidade dos argumentos e das acusações manejadas pelos envolvidos e cuja atualização assume a forma de violência direta e/ou simbólica, a depender do contexto.

Olhando retrospectivamente, observo que grande parte das reflexões que desenvolvi ao longo da minha trajetória foram produzidas a várias mãos, em diálogo com alunos e alunas, em orientações, em reuniões de pesquisa, em pesquisas feitas em equipe, organização de coletâneas e em coautorias em artigos e capítulos de livro. Também as disciplinas que ministrei na graduação e no PPGAS/UnB foram sendo redirecionadas para acompanhar os interesses que se enredavam e desdobravam ao longo desse percurso de investigação¹⁵. Ao recuperar nas listas de oferta as disciplinas que se seguiram ao longo desses anos, percebo claramente os programas incorporarem meus novos problemas de pesquisa e inspirações teóricas: estudos antropológicos da vida política dentro e fora do Legislativo, políticas de saúde e saneamento (água), saúde indígena, cidadania e participação social, práticas estatais e tecnologias de governo, etnografia das instituições. O mesmo pude observar nos laboratórios e grupos de pesquisa que criei e nas orientações que assumi, tanto na graduação quanto no mestrado e no doutorado. Mais recentemente passei a orientar um número significativo de estudantes que combinavam seus campos de pesquisa com sua inserção profissional em instituições variadas: SESAI, FUNAI, INCRA, IPHAN¹⁶, entre outras. Uma vocação que o PPGAS/UnB um dia, quando da coordenação de Gustavo Lins Ribeiro, quis transformar em um mestrado profissional voltado para refletir sobre o Estado. Em meu percurso, contudo, consistiu em um desdobramento das investigações às quais passei a me dedicar em torno da etnografia das instituições e das práticas de poder e de meu retorno ao Congresso Nacional.

Reflexões finais: etnografia das instituições, mentiras e segredos na política

A produção bibliográfica que resultou das investigações aqui alinhavadas concentrou-se em universos empíricos institucionais do Estado e problemas teóricos que articulavam práticas de poder, valores, emoções e linguagem em ação. Uma articulação que foi, a partir do início dos anos 2010, adensada em reflexões sobre a especificidade de se pesquisar elites diversas e, em particular, as elites políticas e burocráticas. Neste encadeamento de traçados possíveis, deu-se o convite de técnicos de planejamento e pesquisa do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) para que eu ministrasse dois minicursos para eles: Metodologia e Técnicas de Pesquisa Qualitativa e Etnografia das Instituições (em 2011 e 2011/12 respectivamente). Tais experiências engendraram o interesse por parte de alguns pesquisadores do Ipea em realizar uma etnografia de seu próprio Instituto. Foram mais de dois anos de pesquisa, com uma equipe no Ipea-Brasília (sede) e outra no Ipea-Rio de Janeiro, resultando em artigos (Teixeira e Lobo 2018) (Nunes 2018), uma tese de doutorado (Nunes 2017) e um livro (Teixeira e Castilho 2020), várias apresentações em eventos

15 Em 1999, pouco depois que ingressara como professora permanente, o primeiro curso na pós-graduação foi sobre Simmel e Schutz – recuperando interesses que dominaram minhas preocupações antropológicas iniciais. Um curso que lembro com saudade e do qual resultou a publicação de uma coletânea com os trabalhos das alunas, dentre as quais várias hoje são minhas colegas de departamento: Andréa Lobo, Juliana Dias, Kelly Silva e Soraya Fleischer (Teixeira C. C. 2000). Esse curso teria outras versões e seria adaptado com sucesso também para a graduação.

16 A orientações concluídas com essa característica foram (Stibich 2019, Dalla Costa 2019, Reis R. A. 2015) e em andamentos são (Rabelo 2018, Dianovsky 2017, Tardelli 2018).

Carla Costa Teixeira

científicos dentro e fora do país – além do fortalecimento de uma rede de pesquisadores nacional e latino-americana¹⁷ que já vinha se atualizando em eventos, participação em bancas, coautoria de artigos, organização de coletâneas e que agora podia também se realizar em torno de projetos de pesquisa.

O desafio produtivo que enfrentamos se desenhava à medida que construíamos caminhos que articulavam criativamente: pesquisar entre pesquisadores, por meio de etnografia das interações face a face e dos documentos, em uma instituição que é parte da estrutura executiva do Estado, mas sem poder de decisão política e administrativa, e na qual há um elogio da autonomia, da diferença e da diversidade intelectual como virtudes, mas em permanente tensão com o exercício de produzir conhecimento para “assessorar o Estado” – foi o que chamamos de pesquisa como função de Estado (Teixeira e Lobo 2018). Pudemos, assim, sistematizar e avançar em conexões teórico-metodológicas já esboçadas, mas agora renovadas a partir das especificidades desse campo de pesquisa¹⁸.

Nesse percurso, rastreamos as linhas de força da produção abarcada pelo guarda-chuva “etnografia das instituições e das organizações dentro e fora do Brasil” e apontamos ênfases distintas segundo os contextos nacionais (anglo-saxões, francês, português e brasileiro). Sobretudo, aí observamos o predomínio da etnografia de organizações em detrimento da etnografia dos processos de institucionalização. Procuramos, então, articular essas duas dimensões em um vai-e-vem entre observações, conversas e entrevistas em campo e pesquisa de documentos e memórias a fim de: (1) compreender a configuração contemporânea da instituição (organização, relações, formas de trabalho, produção, valores); mas também (2) os marcos do processo de construção dessa instituição (que nasce junto com o regime militar), tendo em consideração os diferentes momentos em que esses registros foram feitos (para quem falavam, quais os valores em vigor, intencionalidades em disputa, mas também as condições materiais e de poder do espaço social em que se inseriam).

Assim, seguimos a metáfora de que o Ipea seria um *think tank* – explicitada pelos nossos interlocutores e por seus fundadores em registros memorialistas – e logramos qualificar o Ipea como uma instituição *em devenir*. Mapeamos que o trânsito e a movimentação dos ipeanos se davam de forma complexa em meio a organizações diversas que, só para efeito de clareza, foram classificadas em campos sociais – com ênfase nos campos da política e da produção de conhecimento. Tal enquadramento nos permitiu compreender que a especificidade do Ipea seria justamente gozar de ambos os reconhecimentos: é parte das redes políticas e das acadêmicas; e manobra mediações distintas para se inserir em cada uma delas, afastando-se momentaneamente da outra. Sua força parecia advir não de uma “cultura organizacional” coesa ou de uma unidade moral, mas sim do manejo das diferenças por meio do elogio à diversidade e da habilidade em não transformar tensão em confronto ou embate direto, possibilitando que criassem conexões diversas por meio de linguagens científicas e políticas¹⁹. E, por essa dinâmica, se alternassem nas instituições centrais do governo executivo de acordo com as afinidades dos diferentes pesquisadores com a política de governo em tela. De tal

17 Destaco a formação do Grupo de Trabalho permanente “Antropologia do Estado e das Instituições”, que congrega instituições argentinas, mexicanas, colombianas e brasileiras, no qual exerço a direção para o Brasil. Ver <https://www.asociacion-latinoamericanadeantropologia.net/index.php/2016-03-16-03-49-05>

18 Esse empreendimento foi compartilhado com Andréa Lobo (DAN/UnB) e Sérgio Castilho (ICS/UFF), que coordenaram as equipes locais em Brasília e Rio de Janeiro que precisavam por mim ser articuladas como coordenadora geral do projeto – sem os quais essa investigação não teria sido possível.

19 Em pesquisa recente, Márcio Queiroz investigou a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) em São Paulo e, sob inspirações de nossas reflexões sobre o Ipea, pode reconhecer posicionamento similar desta instituição nas fronteiras internas da estrutura estatal (Queiroz 2021)

Carla Costa Teixeira

forma que as relações de poder interna e externa à instituição se expressaram intrínsecas à noção de *ethos*: uma teia de significados tecida desigualmente ao longo do tempo, apenas provisoriamente estabilizada e sempre disputável.

A partir da consideração das relações de poder e da temporalidade na noção de *ethos*, pôde-se avançar na elaboração de alguns marcos indicativos dos processos de institucionalização (enquanto cognição, moralidade e prática): uma versão compartilhada sobre a história de construção da organização (“mitos racionalizados” de origem e de percurso); certa forma de definir o mundo (normas, valores, relações, mas também, sua produção de modelos, estatísticas, indicadores etc.) que é tomada como a própria realidade; conformidade entre demandas de eficiência técnica e eficácia simbólica (entre meios e finalidades); e, por fim, sua resiliência a desafios instrumentais, ou seja, a análises que busquem desautorizá-la a partir de argumentos que se baseiam no modo de fazer e nas técnicas.

O passo seguinte foi construir um projeto de investigação sobre o processo de institucionalização não de uma organização, mas de um campo de conhecimento: a antropologia em Portugal²⁰. Uma escolha que teve como comparação implícita a antropologia no Brasil, por um lado, no lugar que a antropologia ocupou na chamada CPI da Funai e do Incra e que tive a possibilidade de acompanhar como diretora regional da ABA e como orientadora (Dalla Costa 2019); e, por outro, nas reflexões provocadas pela ABA sobre o campo da antropologia brasileira (Trajano Filho e Lins Ribeiro 2004, Teixeira e Dias da Silva 2015, Teixeira C. C. 2018, 2018a).

Os primeiros esforços de organização e interpretação do material produzido têm se desenvolvido no sentido de contribuir para a compreensão do processo de institucionalização recente da antropologia em Portugal a partir da atuação da Associação Portuguesa de Antropologia (APA) e em torno da mesma: os seus congressos, as suas redes e articulações. Toma-se por base pesquisa documental nos arquivos da Associação situados no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e no seu Website, entrevistas a antropólogos de diferentes gerações e com afiliações institucionais diversas, levantamento dos registos dos congressos da APA (e participação observante nos congressos de 2013 e 2019), bem como levantamento bibliográfico sobre a antropologia feita em Portugal. Com esse objetivo, esbocei uma sinopse da forma como antropólogas e antropólogos portugueses contam a história da disciplina (marcos, tensões e relação com a construção de Portugal como nação-império), para então situar a APA enquanto coprodutora desse percurso (Teixeira C. C. 2021).

Contudo ao mesmo tempo em que enveredava pela etnografia das instituições nos termos acima descritos (de organizações e de processos de institucionalização), voltei-me a refletir sobre a especificidade de pesquisar os políticos²¹. O retorno aos cadernos de campo da pesquisa do início dos anos 1990 tinha como foco, inicialmente, pensar as dificuldades de acesso aos parlamentares e a alguns espaços do Congresso Nacional. Um itinerário que me levou a refletir não sobre as barreiras físicas, mas sobre as dificuldades do próprio antropólogo em compreender o ponto de vista nativo quando os “nativos” são moralmente abjetos – como os políticos que estudara. O que se desdobrou, por sua vez, em ponde-

20 Essa pesquisa realizei como investigadora visitante no Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, durante o ano de 2019 – tendo para tal recebido uma bolsa CNPq.

21 Agradeço o convite feito por Antonio Carlos de Souza Lima (MN/UFRJ) para apresentar tais considerações na Mesa “Fazendo Estado: reflexões antropológicas sobre processos de formação estatal” na IX Reunião de Antropologia do Mercosul em 2011.

Carla Costa Teixeira

rações mais gerais sobre o fazer pesquisa de campo com um tipo de sujeito que socialmente se antecipa que irá mentir, dissimular e omitir na interlocução com o pesquisador e com seus pares em espaços abertos ao escrutínio do antropólogo (Teixeira C. C., 2014).

Neste horizonte *propus*, no que concerne à primeira reflexão, considerar que o que antes era interpretado como uma dificuldade advinda do sujeito e do ambiente institucional investigado poderia ser resultado da interação de mútua rejeição entre pesquisador e pesquisado. No sentido de que com relação a certas elites, diferente do que fazemos com os chamados subalternos, podemos nos sentir desobrigados de entender a recusa a serem pesquisadas e também de empreendermos esforços para tornar a pesquisa interessante nos seus termos. Quanto à segunda ponderação, procurei levar a sério, nesse regresso ao parlamento, as inspiradoras elaborações de Simmel (1964) sobre o segredo e a mentira, nas quais afirma que: “As estruturas sociais variam profundamente de acordo com a medida de mentira que nelas operam”; bem como as reflexões de Weber (1999) e Arendt (2006) sobre as relações entre verdade e política. Não imaginava nesse momento o quanto o futuro próximo nos reservaria sobre produção de segredos, mentiras e verdades na política, o que se tornou mais visível a partir das eleições de 2014 e do processo de impeachment de Dilma Roussef em 2016.

Foi justamente o processo de impeachment de 2016 que me trouxe de volta à investigação no Congresso Nacional, o lugar onde começara minha trajetória em Brasília, mas agora com essas novas preocupações. O exercício reflexivo inicial deste retorno tomou o que havia apreendido sobre a categoria de decoro nos processos de cassação de mandato parlamentar como parâmetro para compreender a especificidade da categoria de crime de responsabilidade acionada nos processos de impeachment em nosso país – engendrando um segundo movimento comparativo entre os impeachments de Collor de Melo e de Dilma Roussef²².

Em um segundo momento, a conclusão do processo, em agosto de 2016, possibilitou a leitura cuidadosa dos diversos documentos neste produzidos, dos registros impressos e audiovisuais e da cobertura jornalística; e o adensamento da percepção de que em situações de crise como um impeachment, portas se fecham e poucos querem falar (quando o fazem, em geral, a entrevista rende pouco). O que me levou a postular como mais produtiva certa abordagem transversal ao evento, no caso, via o embate documental por meio de documentos políticos (textos da acusação e da defesa, depoimentos, relatórios etc.) e por documentos considerados técnicos (do TCU, MPF e da consultoria do Senado). Uma proposição que trazia implícita a afirmação de que o método de observação participante não era o mais adequado para muitos contextos contemporâneos. Somava-me, assim, a vários antropólogos e antropólogas que vinham refletindo nesta direção, mas trazia uma elaboração própria a partir da situação de pesquisa em que me inseria com a seguinte indagação: quais as condições de possibilidade de produção de verdade num processo de impeachment?

Sob tal enquadramento, compreendi que, diferente dos processos por decoro parlamentar que são exclusivamente políticos, o processo de impeachment parece

22 Tal argumento interpretativo resultou em uma apresentação no Fórum “Entre o Legislativo e o Judiciário – a política brasileira em debate”, organizado pela direção da ABA na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, ainda durante o processo de impeachment em 2016.

Carla Costa Teixeira

engendrar uma armadilha na medida que se baseia em uma categoria de crime (o de responsabilidade), mas é julgado e jogado por políticos dentro do Senado Federal, transformado temporariamente em tribunal de um tipo particular: um *tribunal político*. Nestes casos, a dimensão legal e factual na produção de provas, embora não possa estar ausente, revelou-se sempre englobada pela dinâmica política da persuasão. Pôde-se observar, ainda, que a produção de verdade, seja em termos factuais ou jurídico-processuais, parecia de difícil alcance nesse tipo de processo quando, como no caso de 2016, nada se configurava como parâmetro compartilhado ao embate de opiniões: nem fatos, nem normas e a produção do consenso político estava contida por regras (as jurídicas) que lhes são estranhas. Tal composição de dispositivos políticos e jurídicos mostrou, assim, sua dimensão paradoxal quando não se logrou fabricar uma concordância sobre as condições, as formas e as regras de produção da verdade sobre os crimes de responsabilidade cometidos pela presidente. Nem tampouco se conseguiu obter sucesso pela arte de persuadir que distingue a construção retórica da verdade tão cara à vida política – diferente do que havia ocorrido no processo de Collor de Melo em 1991.

Não houve, em 2016, uma versão ou interpretação concertada pelos políticos, como parlamentares considerados portadores do direito de dizer a verdade por terem sido eleitos e, portanto, representarem e expressarem a vontade da maioria da sociedade (ela própria profundamente dividida); nem arranjos formais ou jurídicos do processo nos quais procedimentos, testemunhos e pareceres técnicos obtivessem reconhecimento de todos na construção factual. Nesta lacuna, que se deu em conteúdo e forma e na relação entre ambos, o tecido social e o mundo comum se esgarçaram e o julgamento político-jurídico se apresentou como inconsistente para muitos, inclusive, para os que votaram a favor do impeachment, mas assumiram ter assim agido por razões de governabilidade do país e não pela existência de crime de responsabilidade.

Esse processo também possibilitou compreender, discordando dos que privilegiam os “bastidores do poder” na compreensão da política, como num estado democrático de direito o embate público é fundamental. Ser capaz de criar politicamente uma variedade de documentos, trazer à luz ou enterrar relatórios (através de documentos técnicos com conclusões opostas) e produzir registros abundantes (escritos e audiovisuais) sobre rituais legais de tomada de decisão podem ter efeitos decisivos em um mundo herdeiro da modernidade onde ver é saber e, como bem lembraram os Comaroff (2003), no qual a eficácia e a influência na política residem principalmente no controle da capacidade de revelar e ocultar, fazer a “realidade” aparecer e desaparecer.

Com relação à dimensão teórico-metodológica, destaco ainda as considerações sobre o valor da antropologia e da etnografia nas quais argumentamos que este reside em sua ambição de explorar os processos que constituem e transformam mundos particulares, que dão forma, reciprocamente, aos sujeitos, aos objetos e aos ambientes que permitem que certas coisas sejam ditas e feitas. Para tanto há que fazer o esforço de reunir fragmentos de eventos e preencher lacunas (silêncios, omissões, segredos, acusações de mentira etc.) para compreender

Carla Costa Teixeira

como determinados desfechos são produzidos e que desafios colocam ao fazer antropológico – com observação participante ou não. Sem dúvida, muitas decisões e negociações ocorreram a portas fechadas. No entanto, seria errado concluir que esse era o lugar do poder. As manifestações de poder nos debates parlamentares representam e constituem simultaneamente a luta entre forças políticas que se atualizam em vários espaços; e em cada um deles, a luta se apresenta de uma maneira diferente.

Desta perspectiva, argumentamos que foi em virtude da forma como as disputas em torno do impeachment da presidente foram política e publicamente construídas dentro e fora do parlamento (embora este tenha sido o foco), que Dilma Rousseff se tornou agente de um crime de responsabilidade e perdeu o mandato ao longo desse processo. As regras do impeachment e as definições legais do crime de responsabilidade podem ter fornecido os termos retóricos e o enquadramento nos quais se argumentava a favor e contra, mas a *verdade* do crime se deu com esses significantes em ação num campo de produção simbólica e prática material permeado pelo poder de modos complexos. O que se observou, então, foi a fabricação de arranjos políticos metamorfoseados em evidências factuais históricas (Teixeira, Cruvinel e Fernandes 2020). Foi a disputa de interesses de diversos tipos que constituiu esse desfecho no qual fatos e opiniões foram borrados em sua distinção, mas não pelos manejos da ambiguidade da linguagem – como no caso das “bravatas” do deputado federal Sérgio Naya (Teixeira C. C. 2001). Estavam em confronto práticas e valores políticos, econômicos e ético-morais e cabe aqui uma lembrança: as relações teóricas com o valor a que me referi ao falar inicialmente da teoria de valor em Weber pressupõem que o confronto de valores não pode ser resolvido por meios científicos. Compreender esse processo, que agora vem a meu ver equivocadamente sendo chamado de “pós-verdade”, é o desafio a que me proponho nos próximos anos, em articulação com a institucionalização do falseamento dos fatos e da mentira na política. Um processo histórico, afinal, do qual fazemos parte e, infelizmente, não apenas como observadores ou sujeitos aos seus efeitos, mas também como agentes: ao apontarmos para as relações de poder na construção da verdade nas ciências contribuimos, inadvertidamente, para torná-la mais disputável em termos que nem de longe conseguimos antecipar. Reinscrevermo-nos neste processo é parte das condições para compreendermos esse mundo que eticamente rejeitamos, mas que historicamente integramos e ajudamos a criar. Um movimento cujo caminho talvez passe, essa é a minha aposta, por reelaborar a textura da *experiência* de construção dos fatos em termos que sua realidade empírica e material seja tão fundamental quanto os valores e poderes em disputa; buscando reunir assim o que a modernidade e a pós-modernidade, cada uma a seu modo, separaram.

Recebido em 14/09/2021

Aprovado para publicação em 26/11/2021 pela editora Kelly Silva

Carla Costa Teixeira

Referências

- Alvarenga, M. J. 2014. *Prevenção e promoção à saúde: por dentro da rotina de atendimento do Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Alves, A. 2002. *Mulheres que amam demais: por uma antropologia do amor*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Brasília, Antropologia.
- Aquere, A. L., C. C. Teixeira, e R. Bernardes. 2007. *Usos e percepções da água na Universidade de Brasília*. Brasília: mimeo.
- Arendt, H. 2006. *Between past and future*. New York: Penguin Books.
- Becker, H. 1977. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bonetti, A. 2009. Etnografia, gênero e poder: antropologia feminista em ação. *Mediações* 14(2): 105–22.
- Bourdieu, P. 1989. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.
- Campos, R. 1994. *A lanterna na popa: memórias*. Rio de Janeiro: Topbooks.
- Castro e Silva, R. M. 2009. *O direito à vida vs o direito de decidir: reflexões sobre o debate legislativo de aborto à luz dos direitos reprodutivos*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Cesarino, L. M. 2006. “Acendendo as luzes da ciência para iluminar o caminho do progresso”: ensaio de antropologia simétrica da Lei de Biossegurança brasileira. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Chaves, L. L. 2013. *Loucura e experiência: seguindo os loucos de rua e suas relevâncias*. Tese Doutorado, Universidade de Brasília, Antropologia.
- Clemente, R. 2004. *Executivo e Legislativo: a flexibilização da CLT*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Comaroff, J., e J. Comaroff. 2003. “Transparency fictions; or, the conspiracies of a liberal imagination: an afterword”. In *Transparency and conspiracy. Ethnographies of suspicion in the New World Order*, eds. H. G. West, e T. Sanders. London: Duke University Press.
- Costa, M. C. 1980. *Os caminhos da casa*. Dissertação de mestrado, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Costa, P. T. 2002. *Política aqui é quente! Tempos de conflito em Laranjal-MG*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Cunha, R. R. 2020. *O emaranhamento de destinos no tratamento de conflitos: a Constelação Familiar no Judiciário brasileiro*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Dalla Costa, J. M. 2019. *O “agir temerário, fraudulento e tirânico”: a antropologia e os antropólogos segundo a CPI da Funai e do Incra (2015-2017)*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Davison, A. 2006. *Morte como fator poluidor: o caso de Granjeiro, CE*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Dianovsky, D. 2017-atual. *Fazer antropologia ao fabricar o estado: conhecimento especializado e prática estatal na política de patrimônio cultural no Brasil e no México*. Projeto de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Dias da Silva, C. 2010. *Cotidiano, saúde e política. Uma etnografia dos profissionais da saúde indígena*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Carla Costa Teixeira

- Dumont, L. 1985. *O individualismo*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Faria, A. R. 2009. *Hanseníase, experiências de sofrimento e vida cotidiana num ex-lepro-sário*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ferreira e Cruz, D. 2008. *Antigas práticas com novas regras: estratégias parlamentares na elaboração das emendas da Bancada de São Paulo ao Projeto de Lei Orçamentária Anual para 2008 sob a vigência da Res. 01, 2006, CN*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Foucault, M. 2008. *Segurança, território, população*. Curso dado no College de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes.
- Geertz, C. 1978. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Godoy, S. 2014. *Reconstruindo subjetividades: a dinâmica de tratamento de uma Comunidade Terapêutica do Distrito Federal*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Gregori, M. F. 1992. *Cenas e queixas. Um estudo sobre mulheres, relações violentas e práticas feministas*. São Paulo: Paz e Terra; ANPOCS.
- Kelm, M.-E. 1998. *Colonizing Bodies. Aboriginal health and healing in British Columbia -1900-1950*. Vancouver: UBC Press.
- Lima, T. E. 2006. *A terra já não suporta mais tanto sangue. Sobre a dor e a luta de familiares de vítimas de violência policial do Estado do Espírito Santo*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Machado, L. Z. 2010. *Feminismo em movimento*. São Paulo: Francis.
- Moraes, M. M. 2021. *Fake news: polissemias e polivalências no poder legislativo brasileiro*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Nunes, B. T. 2017. *Ipea: dos alinhamentos tecnocráticos à produção de conhecimentos para a sociedade*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Nunes, B. T. 2018. "Ipea e alinhamentos tecnocráticos: do planejamento à assessoria". *R@U: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCAR* 10: 105-27.
- Oviedo Orsina, C. A. 2014. *Cabildo indígena e construção do Estado-Nação. Etnografia do processo organizativo de vítimas da violência em Cauca, Colômbia*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Pecaut, D. 1990. *Os intelectuais e a política no Brasil*. São Paulo: Ática.
- Pereira, D. N. 2012. *Vínculos e estatizações nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Peristiany, J. G. 1971. *Honra e vergonha: valores da sociedade mediterrânea*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pitt-Rivers, J. 1971. "Friendship and authority". In *The people of the Sierra*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pitt-Rivers, J. 1977. "The anthropology of honour". In *The fate of Shechem or the politics of sex*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Queiroz, M. d. 2021. "Governador, somos especialistas na eficiência do Estado": um olhar sobre o (des)fazer Estado a partir da trajetória da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) e da luta contra sua extinção. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rabelo, M. C. 2018-Atual. *Gestão democrática escolar na produção institucional da escola pública*. Projeto de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Carla Costa Teixeira

- Reis, R. A. 2015. *Nós, os outros e os “parentes”: política e povos indígenas no contexto de implantação da Hidrelétrica de Belo Monte*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Reis, R. M. 2008. *A discussão do Estatuto do Desarmamento (PL 1555/2003) na Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime da Câmara dos Deputados*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Santos, I. 2004. *Assessoria parlamentar: uma etnografia do convívio entre o Executivo e o Legislativo*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Schutz, A. 1967. *The phenomenology of the social world*. Evanston: Northwestern University Press.
- Silva, R. L. 2008. *O corpo em movimento: sobre a apropriação médica dos quadros de intersexo*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Simião, D. S. 2006. “Representando corpo e violência: a invenção da ‘violência doméstica’ em Timor-Leste”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 21: 133–45.
- Simmel, G. 1964. *The sociology of Georg Simmel*. New York: The Free Press.
- Simmel, G. 1971. *On individuality and social forms*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stibich, I. A. 2019. *Esforços para a implantação de uma “nova política indigenista” pelas gestões petistas (2003-2016): etnografia de um processo com foco na Fundação Nacional do Índio (Funai)*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Strathern, M. 1987. “An awkward relationship: the case of feminism and anthropology”. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 12(2): 276–92.
- Tardelli, G. 2018-atual. “É um fogo no céu”: uma análise das políticas públicas de saúde durante a pandemia da Covid-19 para o povo indígena Warao em situação de refúgio. Projeto de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Teixeira, C. C. 1991. *O mundo das mulheres. Uma investigação sobre o movimento feminista no Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional, Rio de Janeiro.
- Teixeira, C. C. 1991. *O mundo das mulheres: uma investigação sobre o movimento feminista no Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Teixeira, C. C. 1992. “Mundo das mulheres: relação política e cotidiano entre as feministas do Rio de Janeiro”. *Antropologia Social. Comunicações do PPGAS*, 67–81.
- Teixeira, C. C. 1996. “Decoro parlamentar: legitimidade da esfera privada no mundo público?”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 30: 110–27.
- Teixeira, C. C. 1996a. “Corrupção legislativa: impasses no contexto norte-americano”. *Anuário Antropológico* 95: 305–12.
- Teixeira, C. C. 1998. *A honra da política. Decoro parlamentar e cassação de mandato no Congresso Nacional (1949-1994)*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 1999. *Honra moderna e política em Max Weber*. *Mana* 5: 109–30.
- Teixeira, C. C. 1999a. “Decoro e Imunidade Parlamentar. As relações entre os domínios político e jurídico”. *Anuário Antropológico* 22(1): 139–60.
- Teixeira, C. C., ed. 2000. *Georg Simmel, Alfred Schutz e a Antropologia. Em busca da experiência mundana e seus significados*. Brasília: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 2000a. “A honra moderna em Max Weber”. *In A atualidade de Max Weber*, ed. J. Souza, 355–72. Brasília: EdUnB.

Carla Costa Teixeira

- Teixeira, C. C. 2001. "Das Bravatas. Mentira ritual e retórica da desculpa na cassação de Sérgio Naya". In *O dito e o feito. Ensaios em Antropologia dos Rituais*, eds. M. Peirano, 113–32. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 2002. "Retórica de queixas e acusações na derrota eleitoral: o caso Cristovam Buarque no Distrito Federal". In *Como se fazem eleições no Brasil*, eds. B. Heredia, C. C. Teixeira, e I. Barreira, 39–61. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 2004. "Martin Alberto Ibañez-Novion (1943-2003)". *Anuário Antropológico* 2(3): 435–40.
- Teixeira, C. C. 2004. "Pesquisadores, parceiros e mediadores políticos". *Anuário Antropológico* 2002(3): 351–74.
- Teixeira, C. C. 2004a. "The price of honor. Press versus Congress in the rethoric of Brazilian politics". *Public Culture* 16: 31–46.
- Teixeira, C. C. 2004b. "Decoro Parlamentar. Entre agressões morais e indisciplinas estratégicas". In *Espaços e tempos da política*, eds. C. C. Teixeira, e C. Chaves, 123–43. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 2006. "Um evento crítico: o debate da nova lei de imprensa no Brasil". In *Política no Brasil: visões de antropólogos*, eds. M. Palmeira, e C. Barreira, 419–44. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 2008. "Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu". *Etnográfica* 12(2): 32–51.
- Teixeira, C. C. 2008. "Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias". *Ciência & Saúde Coletiva* 13(3): 965–74.
- Teixeira, C. C. 2009. "Políticas de saúde indígena no Brasil em perspectiva". In *Problemas Sociais para Sociedade Plurais: Políticas Indigenistas, Sociais e de Desenvolvimento em Perspectiva Comparada*, eds. C. T. Silva, A. C. Souza Lima, e S. Baines, 129–46. São Paulo: AnnaBlume.
- Teixeira, C. C. 2010. "Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando?". *Anuário Antropológico* 35(1): 99–128.
- Teixeira, C. C. 2011. "Water supply on indigenous territories: policies and politics in Brazil". In *Crisis on tap: seeking solutions for safe water for indigenous peoples*, eds. J. Reading, e A. Mazumder, 1–6. Victoria: Centre for Aboriginal Health Research; University of Victoria.
- Teixeira, C. C. 2012. "A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira". *Revista de Antropologia* 55(2): 1–37.
- Teixeira, C. C. 2014. "Pesquisando instâncias estatais: reflexões sobre o segredo e a mentira". In *Antropologia das práticas do poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*, eds. S. R. Castilho, A. C. Souza Lima, e C. C. Teixeira, 33–46. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Teixeira, C. C. 2017. "Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?". *Amazônica: Revista de Antropologia* 9(2): 716–33.
- Teixeira, C. C. 2018. "Antropologia e saúde indígena – 60 anos da ABA". In *A antropologia e a esfera pública no Brasil. Perspectivas e prospectivas sobre a ABA no seu 60º aniversário*, orgs. A. C. Souza Lima et al., 107–20. Rio de Janeiro: ABA e-books; e-papers.
- Teixeira, C. C. 2018a. "Egressos dos mestrados em Antropologia no Brasil (2004-2012)". In *O campo da Antropologia no Brasil. Retrospectiva, alcances e desafios*, eds. D. S. Simião, e B. Feldman-Bianco, 205–29. Rio de Janeiro: ABA Publicações.

Carla Costa Teixeira

- Teixeira, C. C. 2021. “Da desconstrução da dualidade nação-império à reafirmação da antropologia em Portugal: história e desafios contemporâneos da Associação Portuguesa de Antropologia (APA)”. *Berose – International Encyclopaedia of the Histories of Anthropology*. <https://www.berose.fr/article2484.html?lang=fr>
- Teixeira, C. C., e S. Castilho. 2020. *IPEA – Etnografia de uma instituição: entre pessoas e documentos*. Brasília: ABA publicações; AFIPEA.
- Teixeira, C. C., e C. Dias da Silva. 2011. “Uma crítica à noção de desperdício: sobre os usos da água em banheiros públicos”. *Tempus. Actas de Saúde Coletiva* 5(2): 217–34.
- Teixeira, C. C., e C. Dias da Silva. 2015. “Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação”. *Déjà Lu* 3: 35–57.
- Teixeira, C. C., e C. Dias da Silva. 2015. “The construction of citizenship and the field of indigenous health: a critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity”. *Vibrant* 12(1): 351–84.
- Teixeira, C. C., e C. Dias da Silva. 2019. “Indigenous health in Brazil: reflections on forms of violence”. *Vibrant* 16: 1–22.
- Teixeira, C. C., e C. Dias da Silva. (no prelo). “Mensagens aos parentes da APIB: as lutas indígenas em meio à pandemia da covid-19”. In *Saúde Indígena em Tempos de Pandemia: Movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil*, orgs. C. C. Teixeira, C. Dias da Silva, e L. Garnelo.
- Teixeira, C. C., e L. Garnelo, eds. 2014. *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Teixeira, C. C., e A. Lobo. 2018. “Pesquisa como função de Estado? Reflexões etnográficas sobre uma instituição in between”. *Mana* 24(2): 235–77.
- Teixeira, C. C., e M. M. Quintela, eds. 2011. “Antropologia e água: perspectivas plurais”. *Anuário Antropológico* 36(2): 9–22.
- Teixeira, C. C., L. Cruvinel, e R. Fernandes. 2020. “Notes on lies, secrets, and truths in the Brazilian Congress: the 2016 process of impeachment”. *Current Anthropology* 61(5): 545–62.
- Teixeira, C. C., A. Davison, e L. C. Moura. 2011. “Relevâncias da experiências e critérios de potabilidade: conflito de interpretações sobre a água ‘boa’ em uma localidade do Cariri”. *Anuário Antropológico* 36(2): 55–81.
- Teixeira, C. C., D. Simas, e N. Aguilar. 2013. “Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta”. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* 7(4): 97–115.
- Teixeira, L. G. 2006. *Só os encontros vão salvar: uma visão do artista como ator político*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.
- Trajan Filho, W., e G. L. Ribeiro, eds. 2004. *O campo da Antropologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Velho, G. 1986. *Subjetividade e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Weber, M. 1974. *Ensaio de Sociologia*, eds. H. Gerth, e C. Wright Mills. Rio de Janeiro: Zahar.
- Weber, M. 1994. *Economia e sociedade*, v. 1. Brasília: EdUnB.
- Weber, M. 1999. *Ciência e política*. Duas vocações. São Paulo: Cultrix.
- Zupiroli, D. B. 2008. *Sorrisos possíveis: analisando a simbologia do riso em meio ao ambiente hospitalar*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília.

From the world of women to the ethnography of institutions. A retrospective trace

Do mundo das mulheres à etnografia das instituições. Um traçado em retrospectiva

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9684>

Carla Costa Teixeira

Universidade de Brasília – Brasil

ORCID: 0000-0002-3792-9687

carla.c.teix@gmail.com

Carla Costa Teixeira is a full professor at the Department of Anthropology of the University of Brasilia, where she coordinates the Laboratory of Ethnography of Institutions and Power Practices (LEIPP). She is a CNPq researcher and leader of the CNPq Research Group “Ethnography of Institutions and Power Practices”, focusing mainly on the following themes: ethnography of institutions and political life, and government policies with emphasis on social participation in indigenous health.

This article reconstructs the professional journey of its author and, taking morality and values in politics as its guiding thread, seeks to trace various theoretical and methodological developments relevant to the contemporary anthropological debate. From this perspective, it presents the investigations undertaken during her career and their connections to publications, courses, and supervisions at undergraduate and postgraduate levels, research groups and laboratories, as well as national and international networks with which these were (and are) articulated. As the title suggests, it sets out from studies of the feminist movement, followed by investigations in diverse institutional contexts with the inclusion of government policy forums set up under the principle of participatory citizenship.

Values; National Congress; Participatory Citizenship; Indigenous Health; Ethnography of Institutions.

Este artigo recupera o percurso profissional de sua autora e busca alinhar, em torno do fio condutor da moralidade e dos valores na política, desdobramentos teóricos e metodológicos relevantes para o debate antropológico contemporâneo. Desta perspectiva, apresenta as investigações realizadas e suas conexões com publicações, cursos ministrados e orientações na graduação e pós-graduação, grupos e laboratórios de pesquisa, bem como redes nacionais e internacionais com as quais se articularam (e se articulam). Como o título já sugere, parte de estudos sobre o movimento feminista, seguindo-se investigações em contextos institucionais diversos com a inclusão de instâncias de políticas de governo que se constituíram sob o princípio da cidadania participativa.

Valores; Congresso Nacional; Cidadania Participativa; Saúde Indígena; Etnografia das Instituições.

Carla Costa Teixeira

I once read that the notion of a project seeks to express the encounter between wish and process (Pecaut 1990) and remember being intrigued by this idea since it allowed the individual, with all their intentions and desires, to be situated within a larger movement that escapes them directly but affects them and which they aim to influence in turn. Unlike a dream or fantasy (Schutz 1967), the project implies preparation, planning and actions in the world, involving a certain felicitous navigation within a realm of possibilities with complex spaces and rhythms.

The *memorial* – from which the present article originated¹ – would be, to some extent, the opposite of a project: rather than prospection and anticipation of a future, it implies the opposite direction. Paraphrasing Campos (1994), a kind of lantern on the prow in search of the attribution of meaning in the past to what does not always harbour connections of causality but those of fortuity. Aware of this tension, I chose as a subtitle the qualification of a “trace”. After all, a trace is always contingent, a kind of outline sketched amid other possibilities; it also suggests uncertain displacements, route deviations, life attempts, as though they were sketches to which the subject confers new forms over time.

It is this zone of permeability between the individual and the process, between causality and the imponderable, and, finally, between a singular trajectory and a socially shared path in which I seek to inscribe this article, emphasizing reflections that I believe contribute to anthropology as a theoretical-methodological field and to its institutional ramifications.

Taking morality and values in politics as a guiding thread, I open this article by discussing my research on the feminist movement as a lifestyle, conducted in Rio de Janeiro at the end of the 1980s. Next, I present my entry into the National Congress, which, coinciding with the CPMI (Joint Parliamentary Commission of Inquiry) on the Budget, focused on the regulatory category of parliamentary decorum used in the proceedings for removing elected politicians from office (1949-1994). The dialogue between this category, the writings of Max Weber and the literature on Mediterranean honour led me to propose honour, in this context, as a hierarchy of values distinctive to political life. I then contextualize the proposal of the line of anthropological research on health policy and its main repercussions for reflections on the relationship between government policies and the production of disgust in health and sanitary actions, before moving on to my investigations into the social participation of indigenous peoples, its limitations and possibilities, in health policies targeted specifically at this population. Finally, I make a series of points and ponderations on the consolidation of the investigations in institutional contexts that gave rise to the Laboratory of Institutions and Power Practices' Ethnography (LEIPP, DAN, UnB) where various investigations have been developed and deepened concerning the methodological specificities of conducting research in these contexts, articulated in a network linked to the Latin American Anthropology Association (ALA)².

To begin at the beginning...

1 Here I refer to the *memorial* (application) for promotion to full professorship, presented at the UnB Anthropology Department on 23 September 2020.

2 I refer to the permanent Workgroup at the ALA called Anthropology of the State and Institutions, on which I have been national coordinator for Brazil since its creation in 2018. For more information on its composition and the activities undertaken, consult <https://www.asociacionlatinoamericanaantropologia.net/index.php/2016-03-16-03-49-05>

Carla Costa Teixeira

Since the outset of my intellectual journey, back at the History Faculty of PUC-RJ, the history of mentalities and the reading of Max Weber in a course on time³ drew my attention at a moment when Marxism was dominating the discussions. A concern with the moral dimension and the sphere of values in politics, which, in retrospect, marked my entire intellectual production, seemed to already be making itself felt. However, the difficulty of imagining reasonable prospects for making a livelihood pursuing a research career in the 1980s led me to embark on a teaching degree, postponing the transformation of my interest into a research project – which eventually occurred with my master’s degree at the Museu Nacional. At that time, anthropology entered and slowly took control of my life. It has now been more than thirty years...

At the Museu Nacional, I joined the Comparative Metropolitan Lifestyles Study, a project coordinated by Gilberto Velho, where I worked on a master’s dissertation on the feminist movement as a way of life (C. C. Teixeira 1991). The questions that guided the investigation, in my view, still retain a certain freshness today. I come to this conclusion because over recent years feminism has experienced something of a revival with many young women declaring themselves to be feminists, a situation quite different from the one I studied at the start of the 1990s. At the present moment, it would not primarily be the retrospective views of members of a feminist network (the Feminist Forum of Rio de Janeiro) most of whom were aged over forty, but young women involved in the possibility of redimensioning more or less shared projects and dreams, difficulties and limitations.

It was precisely the apprehension of limitations expressed by some of the women from the Forum that led me to ask: what is the relative impact of this experience on the way in which they interpret the world and on how they situate themselves within it, on the form in which they lead their everyday life: leisure, work, friendship, love? While this question may not seem to add anything new, since it is well-known and accepted that in feminist ideology the personal is political, a more detailed investigation showed just how far this ideology might be totalizing and homogenizing when we look at the opposite vector: the political translated into personal life under the value of “coherence”.

Most feminist articulations were, at the time of my investigation, exclusively composed of women: forums, associations, meetings and workshops, national and international conferences, multiparty campaigns (for women candidates), articulations within political parties (involving women only), and so on⁴. Being a woman and engaged in the fight of women appeared to be the necessary and sufficient condition for considering oneself and being considered a feminist. This understanding of the field, however, proved precarious when a woman who worked with women victims of violence and who frequented the Forum stated that she was neither a feminist nor had much liking for feminists. The classic “what do you mean?” of the anthropologists burst to the surface! After a certain reluctance, she agreed to talk to me, and the understanding of this apparent contradiction was central to the construction of feminism as a “world of women”.

Her declared form of seeing women politically and affectively revealed her

3 This was a course given by the historian and anthropologist Ricardo Benzaquen at the start of the 1980s.

4 The more recent study by Bonetti (2009) on the Pernambuco Women’s Forum indicates a similar pattern of excluding men.

Carla Costa Teixeira

differences in relation to the “feminists”. Politically she had opted for women but had not done so in terms of her social relations as a whole. Much the opposite: she found it harder to deal with women because, in her words, “this education that we receive is so perverse that it makes women compete with each another” (C. C. Teixeira 1991, 127). As a result, she did not participate in the network of sociability composed predominantly by women among the Forum’s feminists (like parties, trips and get-togethers in bars) and also disagreed with them politically. Her view was that feminist militancy should be a joint struggle of men and women, thus opposing the principle of male exclusion that relegated men to the role of tacit allies⁵. Consequently, I perceived that there was a fundamental experience in belonging to feminism from which she excluded herself: the adhesion to a group of women. The specificity of this “world of women” resided in the fact of demanding that the “feminine” was privileged in the multiple relations lived everyday: work relations, family, leisure, friendships and, for some women, love. It comprised, therefore, an option, a “liking” for women to be translated into the building of relations of female proximity, identity and solidarity as legitimate relations between women and, moreover, as relations to be actively sought at the distinct levels of concrete reality.

At the core of this worldview, I encountered a strong emphasis on the view that social interactions are basically chosen. However, when speaking about men, I heard women reflect on the greater difficulties of forming relationships with them, suggesting that the “world of women” in which they lived was not just the outcome of the exercise of an individual or collective desire but also the consequence of a sometimes undesired distancing. In such a way, in fact, that this “world” extended beyond political association and could assume a dramatic dimension in the life of some women who, like the majority of the Forum’s participations, did not have an affective-sexual orientation towards women. A relational and affective impossibility was expressed in the words of one of the interviewees as follows: “I want a country with sensitive men, heavens, can’t we manage that? [...] Just the other day... I was saying: will the fate of feminism be our solitude? I think that would be far too cruel! I can’t give that to my daughter, my granddaughter, solitude as [the only] option!” (C. C. Teixeira 1992).

The symbolic frontiers of this lifestyle were delineated, then, by a certain emotional tone, expressed in an internal and moral affinity, set in contrast to the surrounding society, identified as masculine (Becker 1977) (Geertz 1978) (Velho 1986). The anthropological and feminist debate on gender has become more complicated since then⁶, but in my intellectual trajectory, it was the place and production of the emotions and also of values or moralities in political life that bore fruit in other empirical universes. Above all, it gave rise to a line of investigation in which various students developed their undergraduate and postgraduate studies in the Department of Anthropology. There were creative reflections on “women who love too much” (Alves 2002), the pollution of drinking water by dead bodies (Davison 2006), the artist as a political actor (L. G. Teixeira 2006), pain and suffering in the fight of family members against police violence (Lima 2006), the

5 Martha, a pseudonym I adopted to preserve her anonymity, joined the Forum via an acquaintance who was a member but who shared some of her ideas, such as the need to include men in the feminist struggle.

6 For those interested in the diversity of this debate, I suggest the now classic reflections on feminists and women anthropologists by (Strathern 1987), as well as the difference in arguments between (Simião 2006) and (Machado 2010) and the consultation of specialized periodicals like *Cadernos Pagu* (<https://www.scielo.br/j/cpa/>).

Carla Costa Teixeira

symbolism of laughter as therapy (Zupiroli 2008), a former leper's management of suffering (Faria 2009), the organisation of victims of violence in Cauca (Oviedo Orsina 2014), and the production of affects as a means of conflict resolution in the judiciary (Cunha 2020).

Still in the context of this research on the feminist movement, I observed that the extolling of the modern individual (Dumont 1985), projected in terms of autonomy and differentiation (Simmel 1971), generated other impasses when any attempt was made to translate the feminist cause into a form of organisation for political action. Seeking to realize to the full the democratic maxim that all women have an equal right to speak and be heard, the Forum rejected any hierarchy in its formal organisation (coordinators, directors and so on). Power relations were expressed, however, in a subtle combination of the prestige acquired by a member's historical trajectory in feminism (with an emphasis on the older women, jokingly called "fossils") and her capacity for argumentative expression – in other words, the ability to speak well. On other hand, striving to promote equality in difference, but rejecting conflict and traditional forms of resolving disputes by majority decision, they posited that any decision had to be taken by consensus and, furthermore, that deliberations could be questioned by any of the participants who, absent from the meeting where the position had been decided, disagreed when she returned. Thus, a certain paralysis of political pragmatics appeared to reign, further exacerbated by the fact that the women also rejected the alienation intrinsic to representative democracy – that is, delegation to a representative (Bourdieu 1989). The Forum's success, therefore, resided in the capacity to shape new feminine subjectivities committed to these values rather than organisation towards the struggle – although at some moments this was also achieved. Ultimately – this was my interpretation – they sought to reconcile what appeared to be irreconcilable: construct a strong collectivity based on differentiated and equally strong individualities (Simmel 1971), simultaneously rejecting hierarchy and conflict as forms of advancing the celebrated diversity – effects of the cultivation of individualism, diversity, equality and solidarity (C. C. Teixeira 1992).

When I conducted the research, no studies could be found that explored the topic from this perspective⁷ and, briefly surveying the recent bibliography, I conclude that if any such works exist today, they remain few in number⁸. This contribution to the field of studies of feminisms was undoubtedly only possible due to the encounter between a particular anthropological training (in a phenomenology of the social world, symbolic interactionism, individual and society, gender relations, and Bourdieu's rereading of Marx and Weber) with the research opportunity provided by my own prior trajectory marked by certain interests and social networks. The specific dialogue with anthropological studies of politics would be deepened in my doctorate, in a to-and-fro that would yield another contribution to the earlier references, setting out from the new field in which I became immersed: Brazil's National Congress.

7 One exception at the time was the master's dissertation by Maria Filomena Gregori, completed in 1988. Developed in the SOS-São Paulo Woman group and based on a dense ethnography, it adopts a critical approach to the effects of its form of organisation, the attention provided, and the attitudes and values of the feminists that belonged to it (Gregori 1992).

8 Survey conducted on the Scielo platform on 28/04/2020. None of the ninety-seven references found in the WoS thematic area of Anthropology presented a similar approach.

Carla Costa Teixeira

Values and modern institutional politics: from “parliamentary decorum” to “social participation”

The same year that I moved to Brasília, in 1991, I applied and was accepted onto the Ph.D. course at the Department of Anthropology of the University of Brasília. I arrived in the capital determined to research the National Congress, given that it was nearby and so few studies existed on this world, central to the democracy that had recently become (re)established in our country⁹.

In my first research project, I returned to the connection between gender and politics and won a scholarship from the Carlos Chagas Foundation to investigate the so-called “female caucus” in the Chamber of Deputies. While this was an opportunity to explore a research universe whose complexity promised to be quite different to my previous research at master’s level, it proved to be less profitable analytically. The articulation of women federal deputies had been highly active during the constituent process and had become dubbed the “lipstick lobby”, but at the start of the 1990s, it was politically inexpressive.

The way forward, then, was to adopt a broader area of inquiry and wait to see what the field held in store for me, especially given the scarcity of anthropological studies on this microcosm: at that time there was just one anthropological dissertation on the Chamber of Deputies (M. C. Costa 1980). The exercise of parliamentary representation on the Chamber’s standing committees appeared to be an interesting umbrella theme for the construction of an ethnography of its institutional life. This opportunity allowed me to benefit from the discussions that had given rise to the Anthropology of Politics Nucleus (*Núcleo de Antropologia da Política*: NuAP) in 1997 – especially those on rituals. NuAP was a fertile environment for swapping research experiences and sharing interpretative hypotheses, and thus a great learning experience for everyone belonging to this network, coordinated by Moacir Palmeira (MN, UFRJ), Mariza Peirano (UnB) and César Barreira (UFC)¹⁰.

On this trajectory, the field contained another surprise that would force me to redefine the research problem once again. In 1993, the year when I was immersed in the day-to-day life of the standing committees, a Joint Parliamentary Commission of Inquiry (CPI) was launched to investigate allegations of irregularities on the Budget Committee – an inquiry known as the “Budget CPI”. This CPI invaded all the spaces of the Chamber, clearing them of its routine activities by concentrating attention both inside and outside the institution. The investigation included the forced disclosure of information on 395 confidential bank records and 267 confidential tax records, as well as authorization for 43 phone taps and 79 statements taken during 111 meetings. The CPI concluded in 1994 with the proposal for the impeachment of 18 parliamentarians for breach of parliamentary decorum and the submission of various dossiers for the Inland Revenue and the Public Prosecutor’s Office to continue the investigations. I then began to create conditions within the institution to accompany the work of the processes sparked by the Budget CPI because while in theory I was not interested in media-hyped parliamentary events or in corruption, in practice the parliamentarians were and

9 Not to mention that I had a child on the way, which, I calculated, would make any long-term fieldwork in distant locations difficult.

10 The publications produced by NuAP’s researchers can be found at <http://nuap.etc.br/> (consulted 1 September 2021).

Carla Costa Teixeira

it was left for me to follow them.

The regulatory category of “parliamentary decorum” mobilized in the diverse statements and ongoing proceedings highlighted the dimension of values in the institutional politics of this political world in an intriguing way. Decorum was affirmed by diverse politicians based on a relationship considered central not just to modern institutions but also to traditional societies in the social science literature: the honour-shame dynamic (Pitt-Rivers, Friendship and authority 1971) (Pitt-Rivers 1977) (Peristiany 1971). Understanding politics in terms of the sphere of value proposed by Weber made it possible to elaborate a modern notion of honour and think of political action as an interested action that cannot be reduced to class interests or status – as public opinion and some social scientists presume.

I began by observing, in the wake of that shrewd interpreter of the modern western world, Max Weber, how the existence of politics as a sphere of value in itself, with its own logic and specific criteria for conduct, is a recent historic phenomenon. It forms part of an era instigated with the “disenchantment of the world”, with the breaking of the religious monopoly in the attribution of meaning to human life and in the constitution of a pluralism of values, when religion becomes just *one* rather than *the* ultimate value of life. And most important of all: politics successfully became consolidated as a sphere of value in itself through a long process of expropriation of the “private” instruments of power, which ended up transforming it into a permanent institutional activity of a few: the professional politicians (Weber 1974, 112).

In this process, politicians constituted themselves as a group by successfully becoming recognised as the personification of a historically-defined collectivity whose members instituted them as leaders or representatives and, therefore, as figures of authority. It was precisely this structural distance and necessary connection between professional and occasional politicians that contained the possibility of constituting a form of honour not to be confused with the modern notion of dignity. While modern dignity relates to the existence of an essential human quality (Humanity with a capital H), honour encounters the meaning of human reality in all its historical singularity and individuality (humanities, in the plural). *The condition of belonging* – rather than modern individualism – thus proved to be intrinsic to modern political life. A belonging that in the context of Brazil’s recent process of redemocratization at the start of the 1990s rejected any acclamation of the relations of inequality or hierarchical exclusion that frequently qualify the dynamic of honour and shame in traditional societies¹¹.

The management of parliamentary decorum in impeachment processes highlighted the fact that such belonging entailed a hierarchy of values guiding practices as a whole, thereby defining what can or cannot be done in different contexts of their lives, since professional politicians are supposedly performing this function permanently without the right to any separation between their private life and exercising their mandate. It was from this perspective that I interpreted the figure of parliamentary decorum as an institution original to Brazilian politics that makes it possible to deal positively with the continuity between the different

11 Recent research by Maira Moraes in the National Congress on fake news has shown that parliamentary honour in this new context contains meanings of distinction, making it something like an “aristocratic democracy” (Moraes 2021).

Carla Costa Teixeira

social backgrounds of politicians¹². By *institutionalizing* honour as a distinctive criterion of politics, the notion of decorum incorporated public life and private life, regulating them, while ignoring the segmentation of social roles, integrating them through encompassment by politics, and, in this way, affirmed the autonomy of politics vis-à-vis the surrounding normative environment. Ultimately, the “political personality”, an idea also inspired by Weber, is indissociable from the whole to which it belongs and responds; a type of belonging that articulates qualified individual responsibility with the identification between individual and social group, producing the diversity of professional politicians. From this perspective, decorum consists of representations and discourses on the private domain imbued with legitimacy in the political sphere since, in this specific case, it was not a question of banishing personal relations from the public sphere – as public opinion regarding the fight against corruption usually proposes or supposes – but rather of their incorporation and regulation in a distinct form.

The investigation of the different impeachment processes for breach of parliamentary decorum provided me with the pathway for the comparison that oriented these reflections. I was able to observe the futility of Barreto Pinto’s attempt to allege that he had not been exercising his mandate (1949) or the request made by Jabes Rabelo for suspension of his parliamentary immunity so his case could be tried in the Federal Supreme Court (1993), the impersonal and legalist rhetoric of Ibsen Pinheiro (1994), as well as the fact that the only person tried not to lose their mandate was the politician (Ricardo Fiúza, 1994) who embodied in his defence the kind of performance that honour stipulates. Just as the mechanisms for producing honour changed (the media replaced the face-to-face relations of traditional societies as a court of reputations), so too were the central values now others (the celebration of hierarchy and distinction having been displaced by democratic ideals). However, there remained the emphasis on the image and its communicability, the extolment of the personal relations between individuals, the totality over the individual, the recognition of the subject as a whole in the production of the personality and political life. Unlike the feminist politics studied previously, here we can observe a world of democratic rituals in which the adequate expression of values is decisive, rather than the subjectivity or intensions of the actors.

As well as the field research in Congress, my doctorate was marked by presentations of the interim results at scientific events where I received invaluable feedback from colleagues, as well by publications of articles that would later help me write my Ph.D. thesis (C. C. Teixeira 1996, 1996a), likewise my work as a substitute lecturer at UnB’s Department of Anthropology throughout 1995 and the summer of 1996. In both experiences, doing anthropology proved to be highly collaborative and far from the image of the lone researcher. I would continue to research and publish on parliamentary decorum, honour and relations of belonging in politics for some more years (C. C. Teixeira 1998, 1999, 1999a, 2000a, 2002, 2004, 2004a, 2004b, 2006), maintaining a line of research from which resulted and indeed still result various orientations that have contributed greatly to the understanding of this complex universe of political life in different aspects and historical moments:

12 Although the term “parliamentary decorum” is used in the legislatures of other modern representative democracies, in this context it acquires meanings markedly distinct to those of the Brazilian experience.

Carla Costa Teixeira

parliamentary advisors (Santos 2004), relations between the Legislature and the Executive in the relaxation of labour laws (Clemente 2004), parliamentary strategies for the budget law (Ferreira e Cruz 2008), the legislative debate on the disarmament statute (R. M. Reis 2008), abortion in light of reproductive rights (Castro e Silva 2009) and the biosecurity law (Cesarino 2006), reflections on conflict and charisma in politics (P. T. Costa 2002), and on the CPI (Parliamentary Committee of Inquiry) on FUNAI and INCRA (Dalla Costa 2019). However, the start of the 2000s would pose other research challenges.

A few years after joining DAN/UnB as an assistant professor in December 1997, the loss of a dear colleague had a marked impact on my research trajectory. Martin Novión passed away at the beginning of 2003 (C. C. Teixeira 2004), provoking a feeling of nostalgia for the life still left to live and suddenly removing the head of the anthropological team of an interdisciplinary project investigating the impacts of sanitary actions on health. This project was composed of four teams from two universities: Anthropology and Civil Engineering (University of Brasília, UnB) and Epidemiology and Health Economics (Federal University of Bahia, UFBA), as well as the Pan-American Health Organization (PAHO), the National Health Foundation (FUNASA) and the Health Surveillance Bureau (SVS). In this context, I was invited by my colleague Ricardo Bernardes, who coordinated the Engineering team (and with whom I had already collaborated in research) to take over the coordination of the Anthropology team. A political anthropology of health began to be designed and would yield many fruits.

Under this umbrella, I initially developed studies on the perception and use of water in rural communities in the Cariri sertão in Ceará state and in Maranhão state, a team-based research experience that would mark my trajectory forever. Carla Andrade, Jacques Novión, Luiz Cláudio Moraes and Anna Davison formed part of this trip. The theme of water would also become present in another interdisciplinary research project, this time within UnB itself. It was 2005 and the rectorship, concerned by the allocation of around 30% of its budget to water and electricity bills, decided to set up a Commission to investigate the situation, coordinated by Professor André Luiz Aquere (Civil Engineering/UnB), who also bet on the interface between engineering and anthropology to better understand the problem of water consumption on the Darcy Ribeiro Campus. The investigation involved undergraduate students from Social Sciences (twelve) and Civil Engineering (nine) in mixed teams. The locations chosen to conduct the observations on water use were some bathrooms of the Central Institute of Sciences (ICC), the Faculty of Technology (FT) and the University Restaurant – observations on both the physical conditions and the conduct in the bathrooms¹³. The research on water also led to my participation in an exploratory mission in Bissau (Guinea Bissau) at the invitation of Wilson Trajano Filho (Department of Anthropology, DAN/UnB), which gave rise to an international seminar on water; and later the organisation of a dossier in *Anuário Antropológico* in partnership with Maria Manuel Quintela (Lisbon Higher School of Nursing, ESEL; Institute of Social Sciences, ICS/University of Lisbon, UL) (Teixeira e Quintela 2011). The creation of the Laboratory of Anthropology,

13 As well as the research report (Aquere, Teixeira e Bernardes 2007) and an article (Teixeira e Dias da Silva 2011), this experience was documented in a small video recorded by myself commemorating 60 years of UnB: the film can be seen at “UnB nos 60 anos de Brasília - Professora Carla Costa: Departamento de Antropologia – YouTube” (consulted 1 September 2021).

Carla Costa Teixeira

Health and Sanitation (LASS/DAN/UnB) in 2004 became a key interactive space for researchers and research projects at different moments of their training to hold research seminars, publish, raise funds and establish inter-institutional contacts¹⁴.

From these experiences, some reflections were developed and became consolidated, the most innovative relating to the political production of disgust (*nojo*). In the investigation conducted in the Cariri region of Ceará, disgust was expressed over the improper uses of water from the reservoir that supplied the municipal system of treated water, which, combined with the strong taste of chlorine associated with this water, meant people would not use it for drinking or cooking – contradicting what the health policies advocated (Teixeira, Davison e Moura 2011). In the research on the UnB bathrooms, disgust was expressed over the deteriorated physical conditions, combined with distrust over how the facilities were treated by other users, generating attitudes that further degraded the installations in a vicious circle: toilets flushed using feet, doors also opened with the user's feet, avoidance of touching the taps, which meant users not washing their hands. The question, therefore, was not waste but the low consumption of water due to classifications of “dirty” and “clean” not directly related to sanitary criteria but to the possibilities of preserving the limits of the body and the person's individuality in the environment concerned (Teixeira e Dias da Silva 2011). Just as in the community of inland Ceará, here the perceptions of the so-called users did not coincide with the patterns prescribed by government policies: for the former, criteria of drinkability; for the latter, criteria of hygienization and consumption. These inquiries thus allowed me to consider the valuative and moral dimension of politics in terms of its everyday diffusion via the varied connections between sociocultural order and biological order as seen from the viewpoint of the people who generally comprise the “target public” of these policies.

If quotidian life revealed itself to be the space and time par excellence of constructions and re-elaborations, both verbal and non-verbal, of meanings that enable and orient the interactions between different subjects, the principles and structures that give life to public administration over time, in its continuities and ruptures, proved fundamental to comprehending the conflicts and negotiations involved with these subjects when government policies unfold in the course of life. Thus, the simultaneity of investigations into everyday life and the meanders of the administrative institutions was initially established through an examination of the institutional museum and manuals of FUNASA – the foundation responsible at that time for sanitary and health actions among indigenous peoples (C. C. Teixeira 2008). Subsequently, the inquiry entailed accompanying meetings of the Intersectoral Commission for Indigenous Health, which advised the National Health Council (CISI/CNS). The political action here extends beyond professional politicians to become expressed in technologies of governance (Foucault 2008) and in administration as day-to-day domination (Weber 1994).

My specific entry into indigenous health and sanitation policies came through studies with and on FUNASA, beginning in 2002, but also through my work at the Brazilian Anthropology Association. At ABA I was both the general treasurer (2000-

14 LASS existed until 2013 when it transformed into the Laboratory of Ethnography of Power Institutions and Practices (LEIPP/DAN/UnB) since water and sanitation policies had become one of the axes rather than the focus of the investigations developed by the linked researchers. Over the course of LASS's existence, I pick out: the project “Perceptions and Users of Water in Small Communities: an anthropological approach” (Edital FUNASA 2003); the Anthropology of Health Workshop (Xavante UnB/ FUNASA Accord, run by the Xavante health team in 2006); and the project “Indigenous Sanitation and Health Policies: a comparative perspective between Brazil and Canada” (exploratory research conducted in 2008 with funding from the International Council of Canadian Studies-ICCS, Canadian Embassy; and in 2009-2010 at Simon Fraser University, CA, with funding from CAPES).

Carla Costa Teixeira

2002) and general secretary (2004-2006). It was during the latter mandate that I also began my activities as ABA's representative on CISI/CNS where I remained until 2008, and later between 2012 and 2014. In the period from 2008 to 2012, I remained there as an invited specialist. During this period, I sought to reconcile my institutional activities at CISI with reflections on this political space. I did so by expressing a posture that marked my career as an investigator, over which I have always sought to connect my research with what in university jargon are called "extension activities": activities open to the general public, mini-courses outside the university itself, presentations at events linked to policy formulation (both university and governmental) and with social movements.

Initially the reflections on disgust and repulsion in health and sanitation policies were articulated with the political management of cultural diversity, which was becoming more visible in the indigenous context and led me to seek its historical roots, once more choosing diachronic comparison as the primary axis in my work (Teixeira e Garnelo 2014). That was how I dedicated myself to the training manuals for health officers and health visitors (*guardas sanitários* and *visitadoras sanitárias*) from the Public Health Services Foundation (FSESP)¹⁵ – an institution that would give rise to FUNASA in 1991, along with SUCAM (Public Health Campaigns Office)¹⁶ (C. C. Teixeira 2008). This enabled me to comprehend the continuities and ruptures between the health officers of the 1940s and the indigenous health agents of the 2000s. The most relevant without doubt concerns the distinct emphasises on the sanitation of the environment or the sanitation of people. While in the 1940s the manual prioritized the techniques needed for the construction of healthcare facilities, in the 2000s the focus was on the transmission cycle of the various diseases linked to a lack of sanitation and to the hygienic behaviour identified as inadequate of indigenous children and adults. The drawings that illustrate the indigenous health agent manual exhaustively show indigenous people defecating in inadequate places rather than present technical guidelines for small building works and for the maintenance of equipment for treating water, waste, and sewage to be developed in indigenous territories, marked by the virtual absence of such infrastructures.

Having made this observation, I returned to the reflections on repugnance and disgust from the viewpoint of their physical-political-moral connections in order to obtain a deeper understanding of the political meaning behind state actions that emphasize the lack of personal hygiene rather than the acknowledged precarious sanitation of the physical environment such as found in indigenous territories. From this perspective, I analysed that repugnance is among the emotions that distinguish themselves by directly affecting the senses, in particular sight, smell and touch, their intense physicality having the power to evoke the universe of indisputable biological truths. Thus, those who provoke repugnance in us (the repugnant person is always the other) are judged to be beyond the limits of any physically bearable diversity – after all, how can we accept and live with someone whose appearance, bodily behaviour or smell cannot be borne by our own bodies? This is why repulsion, repugnance and disgust seemed to me to

15 TN: In Portuguese, Fundação Serviços de Saúde Pública.

16 TN: In Portuguese, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.

Carla Costa Teixeira

indicate the boundary of tolerated difference insofar as they express embodied feelings, emotions and sensations, formed in and forming social relations, whose interlocutors must necessarily be hygienized, domesticated in their otherness, for interaction to continue or avoided and kept apart (C. C. Teixeira 2012). When such sentiments and sensations accompany government policies to combat epidemics, they have the potential to re-entrench stereotypes and prejudices decisive in the definition of who should receive care and who should be left to die, as the present context of the Covid pandemic has dramatically reminded us (Teixeira e Dias da Silva forthcoming).

The investigation of health policies and precepts of hygiene has comprised a key channel of access to conflicts and consensuses in everyday politics since they are policies that are always accompanied by the rhetoric that they are being implemented to benefit the other or the collectivity (hence the frequent use of the expression “beneficiary” for the population targeted by these actions). Consequently, these policies are permeated by practices legitimized by discourses of “benevolence” and the realization of “acts of humanity” (Kelm 1998). The exploration of both the symbolic and organizational dimensions of these policies in daily life enabled an understanding of the interactions between them as well as the mechanisms of translation between them. This approach proved to be analytically profitable too in other government policies and contexts (Silva 2008) (Dias da Silva 2010) (Pereira 2012) (Chaves 2013) (Godoy 2014) (Alvarenga 2014).

This type of analysis, which combines documents and field research, has the merit of allowing us to explore mechanisms of exclusion and subordination at the heart of democratic government policies that, like indigenous health policy, have been articulated in favour of social and civic inclusion but have to deal with the legacy of a lengthy process of internal colonization. A reminder that in democratic configurations it is symbolic violence, not physical violence, that makes itself more present.

These reflections on symbolic violence were matured in the ethnography on social participation in indigenous health that I developed at CISI/CNS for almost ten years. The mapping of the varied and complex effects of this participation required sensitive looking and listening to avoid reductionisms of diverse kinds: instrumental, evaluative or normative. The comparison with the Canadian context, explored in 2008 when I was visiting scholar at Simon Fraser University (BC), highlighted the specificity of indigenous actions in their relations with the Brazilian government for construction of their autonomy. It should be emphasized that the choice of the comparative counterpoint had already been made based on the anticipation that the contrast involving a political and legal environment that represents indigenous peoples as “nations”, like the First Nations in Canada, with an environment in which indigenous peoples are constitutionally denominated “communities”, as in Brazil, would potentialize the mutual estrangement and, consequently, the construction of new analytic pathways.

The contextualized scrutiny of the rhetoric of indigenous autonomy in the reports of the National Indigenous Health Conferences and in contexts of interac-

47

Carla Costa Teixeira

tion between indigenous people and managers that I was able to accompany over the course of these years revealed that there is one category that seems to elicit unanimity in the discussions between the different political actors in the field of Brazilian public policies for indigenous health – the category of autonomy. This undertaking revealed the capacity for the meanings of autonomy to transform through its strategic uses, its metamorphosis as a political weapon capable of creating a common field of meaning and, on this basis, express and constitute distinct and sometimes antagonistic priorities in the concrete disputes. Three meanings of autonomy appeared to me to most clearly express the tendencies in the constitution of indigenous people as a collective political subject in health policies: self-determination, participation and control. Furthermore, the management of autonomy in its diverse contextualized understandings allowed me to move beyond the mapping of meanings in play, pointing to significant slippages in the comprehension of the actions of indigenous peoples in the construction of public health policy in Brazil. It is as though the indigenous strategies shifted over the course of an asymmetric continuum whose subordinated pole was that of political action guided by autonomy as a rejection of the relation with non-indigenous people (self-determination) and the dominant pole that of an autonomy that affirms this relation, resituated under “indigenous protagonism” (participation and control). In other words, autonomy as participation and control relates to the affirmation by indigenous people of their disposition and capacity to be part of a decision-making process that concerns them primarily but is not exhausted by them. The predominance of this pole expressed a practical awareness of the links of interdependence in which indigenous peoples are inserted in national society and feel part of it (C. C. Teixeira 2010).

Continuing the investigation of indigenous participation in health policies at federal level, I reflected on the limits and possibilities of so-called *direct democracy* in the spaces of social participation formally established in Brazil’s state institutions (denominated “public oversight”, *controle social*, in the language of government policies). When we speak about public oversight, we are referring to the different mechanisms (councils, commissions and conferences) that until 2016 the Brazilian government, in its diverse political compositions, had created to manage what in health policy is currently called “strategic and participatory governance”, including the formulation, monitoring and assessment of public policies. In this sense, the autonomy of indigenous peoples in health policies in Brazil, but also in other sector-based policies, did not involve a policy of self-government or self-administration as observed in the Canadian context (C. C. Teixeira 2009) (2010) (2011). Their actions successfully focused on amplifying forums for participation and the occupation of technical and advisory posts in the institution responsible for the health and sanitation management of indigenous peoples. This positivity, it is essential to observe, was also expressed through the implementation of differentiated health policies (in political orientations and political-administrative structures) in the context of the Unified Health System (SUS), as well as through the pedagogical function that this experience provided (Teixeira, Simas e Aguilar

48

Carla Costa Teixeira

2013) (C. C. Teixeira 2017). I refer to the development of an indigenous discursive skill in political negotiations with government representatives. A skill that has been expressed in the actions of indigenous leaders through the combination of: (i) the management of statistics, legal norms and the experience of life in the villages with (ii) the knowledge of the institutional possibilities available to public oversight (both of which converged towards: (iii) the construction of a sophisticated rhetoric in which differentiated citizenship, human rights and biolegitimacy are hierarchized according to context (Teixeira e Dias da Silva 2015). In making these observations I wish to emphasize that indigenous participation in public oversight is an instrument for obtaining and implementing health rights but also, and no less importantly, a value in itself, insofar as it comprises a process of learning the complex pathways of the political struggle in national society, as well as progressive recognition of indigenous peoples and leaders as legitimate political subjects.

However, the complaints of indigenous leaders concerning the non-implementation of agreed policies and negotiations, allied with the statistics on the health of indigenous peoples, which, although they had improved, remained at a level much lower than those of the surrounding society, demanded a closer inquiry into the experience of social participation – and now not just in relation of indigenous health, since complaints were also being levelled at other participatory bodies. The symbolic violence of allowing indigenous people to speak, negotiating but then not implementing agreed actions was revealed through the transformation of structural aspects of the political world into an issue of personal character – that is, through the attribution of the cause of this process to the managers who seemingly failed to respect the decisions of the councils and conferences. Hence, it is observable that the exercise of everyday domination inherent to bureaucracy (Weber 1994) when softened through “democratic management”, becomes attributed principally to the moral qualities or the political and material interests of those who work in management and who are held responsible, therefore, for not implementing the guiding principles agreed for indigenous health policy. Of course, it is important to consider the type of person that performs this work, whether this is more bureaucratic or more political in kind. What should be stressed is that the emphasis on this dimension makes it difficult to perceive the limits of the model of political participation itself. I refer to the fact that it is still an incipient model whose institutional conditions legitimize the exclusion of indigenous peoples – already excluded from the formal bodies producing laws and distributing resources and, no less importantly, from the networks of personal relations that influence the acting authorities – from the everyday administration that reproduces, accommodates and readjusts the dominant political and material power relations.

Symbolic violence can be viewed, therefore, as the gentler and more invisible form whose intensity is increased whenever the direct application of physical or economic violence is negatively sanctioned by the group (Bourdieu 1989, 191-2). In a kind of social alchemy, symbolic violence fabricates legitimate authority

Carla Costa Teixeira

through the emphasis on personal relations in which work, time, attention, care, inclusion and political participation – or any other attitudes morally tuned to the environment or group – successfully generate values considered superior to ordinary ideas and irreducible to the material dimension of the world. These practices can be apprehended, therefore, as generous, free of self-interest and, above all, committed to transcendent ideals (saving lives, strengthening democracy, and so on) in a configuration in which open confrontation ceases to be grammatical. In other words, the reflection on (1) the terms under which the rules of the game to be played are defined and what can be said and done by whom and in what political-institutional contexts; (2) the place that the participative game occupies in the hierarchy of political-institutional conflicts, and the effects that being in this place produce, seem to be prohibited by the valorisation of the mechanism of participation itself (both by indigenous people and by the authorities) and by the personalization of their eventual failures (Teixeira e Dias da Silva 2019). This reflection was made possible by combining observations of the relations experienced in primary indigenous healthcare with a study of the participation of indigenous representatives in the spaces of public oversight in Brasilia. In terms of theoretical inspiration, it was fundamental to re-elaborate the concept of violence as a type of relation in which what is under dispute is the legitimacy of the arguments and accusations managed by those involved and whose actualization assumes the form of direct and/or symbolic violence, depending on the context.

Seen in retrospect, it is notable that most of the reflections that I developed over the course of my trajectory were produced collaboratively – in dialogue with students, in supervisions, research meetings and team research, editing collections and co-authoring articles and book chapters. Furthermore, the courses that I gave at undergraduate and postgraduate levels were redirected to accompany the interests that became entangled and unfolded over the course of investigation¹⁷. Going back over the content of the courses that ensued over these years, it is clear to me that the programs incorporated my new research problems and theoretical inspirations: anthropological studies of political life inside and outside the legislature, health and sanitation (water) policies, indigenous health, citizenship and social participation, state practices and government technologies, and the ethnography of institutions. The same can be observed in the research laboratories and groups I set up and in the supervisions I undertook at undergraduate level and on the master and doctoral courses. More recently I began to supervise a large number of students who combined field research professionally inserted in diverse institutions: Special Secretariat of Indigenous Health (SESAI), the National Indian Foundation (FUNAI), the National Institute of Colonization and Agrarian Reform (INCRA) and the National Institute of Historic and Artistic Heritage (IPHAN)¹⁸, among others. A vocation that the Postgraduate Department in Social Anthropology (PPGAS/UnB) one day, under the coordination of Gustavo Lins Ribeiro, wanted to transform into a professional master's degree focused on the State. In my career, however, it comprised a development of the investigations to which I began to dedicate myself concerning the ethnography of institutions and power

17 In 1999, shortly after I joined as a full-time professor, the first postgraduate course I gave was on Simmel and Schutz – reviving interests that dominated my initial anthropological concerns. This was a course that I remember fondly resulted in the publication of a collection with works by students, various of which are my departmental colleagues today: Andréa Lobo, Juliana Dias, Kelly Silva and Soraya Fleischer (C. C. Teixeira 2000). The course would later be taught in other versions and would also be successfully adapted to undergraduate teaching.

18 The supervisions concluded under this modality were (Stibich 2019), (Dalla Costa 2019) and (R. A. Reis 2015) with (Rabelo 2018-atual), (Dianovsky 2017-atual) and (Tardelli 2018-atual) still in progress.

Carla Costa Teixeira

practices and my return to the National Congress.

Final reflections: ethnography of institutions, lies and secrets and politics

The bibliographic production that resulted from the investigations described above was concentrated on institutional empirical universes of the State and theoretical problems that articulated power practices, values, emotions and language in action. An articulation that was, from the beginning of the 2010s, deepened through reflections on the specificity of researching diverse elites and, in particular, political and bureaucratic elites. In this sequence of possible traces, I was invited by planning and research techniques of IPEA (Institute of Applied Economic Research)¹⁹ to give two mini-courses for them: Methodology and Techniques in Qualitative Research and Ethnography of Institutions (in 2011 and 2011/12, respectively). These experiences engendered the interest of some of IPEA's researchers to conduct an ethnography in their own institute. Two more years of research followed with a team at IPEA-Brasília (the head office) and another at IPEA-Rio de Janeiro, resulting in articles (Teixeira e Lobo 2018) (Nunes 2018), a doctoral thesis (Nunes 2017) and a book (Teixeira e Castilho 2020), various presentations at scientific events inside and outside the country – as well as the strengthening of a network of Brazilian and Latin American researchers²⁰ that had already been realized at events, through participation on dissertation and thesis committees and in the co-authorship of articles and organising collections, and could now also be effected through research projects.

The productive challenge that we faced became clearer as we constructed pathways that creatively articulated with each other: research among researchers, through an ethnography of face-to-face interactions and documents, in an institution that is part of the executive structure of the State but without decision-making political and administrative power and in which a high value is given to autonomy, difference and intellectual diversity as virtues, but in permanent tension with the exercise of producing knowledge to “advise the State” – what we called research with a State function (Teixeira e Lobo 2018). We were therefore able to systematize and advance in already sketched theoretical-methodological connections, now renewed through the specificities of this research field²¹.

In this endeavour, we traced the lines of force of the production covered by the ethnographic umbrella of institutions and organisations, located both inside and outside Brazil, identifying distinct emphases according to the national context (Anglo-Saxon, French, Portuguese and Brazilian). Above all, we observed the predominance of the ethnography of organisations in detriment to the ethnography of processes of institutionalization. We thus sought to articulate these two dimensions in a to-and-fro between observations, conversations and interviews in the field and research on documents and memories. The aim was to comprehend: (1) the contemporary configuration of the institution (organisation, relations, forms of work, production, values) but also; (2) the landmarks in the process of constructing IPEA (an institution that emerged during the military regime), taking

19 TN: In Portuguese, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

20 I highlight the formation of the standing workgroup Anthropology of the State and Institutions, which brings together Argentinian, Mexican, Colombian and Brazilian institutions, in which I act as the director for Brazil. See <https://www.asociacionlatinoamericanaantropologia.net/index.php/2016-03-16-03-49-05>

21 I shared this undertaking with Andréa Lobo (DAN/UnB) and Sérgio Castilho (ICS/UFF) who coordinated the local teams in Brasília and Rio de Janeiro – which needed to be articulated by me as general coordinator of the project – without whom the inquiry would not have been possible.

Carla Costa Teixeira

into consideration the different moments when these records were made (who they addressed, what values prevailed, the intentionalities in dispute, but also the material and power conditions of the social space in which they were inserted).

Hence, we followed the metaphor that IPEA is a think tank – an idea made explicit by our interlocutors and by its founders in memoirs – and we thus qualified IPEA as an institution *in becoming*. We mapped how the journeys and movements of the IPEA staff took place in complex form among diverse organisations that, just for clarity, were classified in social fields – with an emphasis on the fields of politics and the production of knowledge. This framing allowed us to comprehend that IPEA's specificity lay precisely in the fact it enjoys recognition in both areas: it is part of the political network and the academic network, and manipulates distinct mediations to act in each of them, distancing itself momentarily from the other. Its strength seems to derive not from a cohesive “organizational culture” or a moral unity, but rather from the management of differences through the celebration of diversity and the skill deployed in not transforming tension into direct confrontations or clashes, enabling the creation of diverse connections through scientific and political languages²². Moreover, through this dynamic, IPEA's staff alternated in the central institutions of the executive government in accordance with the affinities of the different researchers with the government policy under study. In this way, the power relations inside and outside the institution were expressed as intrinsically connected to the notion of ethos: a web of meanings woven unequally over time, only provisionally stabilized and always disputable.

Based on the consideration of the power relations and the temporality in the notion of ethos, we were able to advance in the elaboration of some key landmarks of the processes of institutionalization (as cognition, morality and practice): a shared version of the history of the organisation's construction (“rationalized myths” of origin and journey); a certain form of defining the world (norms, values, relations, but also their production of models, statistics, indicators and so on) which is taken as reality itself; conformity between demands for technical effectiveness and symbolic effectiveness (between means and ends); and, finally, its resilience to instrumental challenges – that is, to analyses that seek to deauthorize it through arguments based on its *modus operandi* and techniques.

The next step was to construct an investigative project on the process of institutionalization not of an organisation but of a field of knowledge: anthropology in Portugal²³. A choice that took as an implicit comparison, on one hand, anthropology in Brazil and the place occupied by anthropology in the FUNAI and INCRA Parliamentary Commission of Inquiry (CPI), which I had the opportunity to accompany as regional director of ABA and as a supervisor (Dalla Costa 2019), and, on the other, the reflections provoked by ABA in the field of Brazilian anthropology (Trajano Filho e Lins Ribeiro 2004) (Teixeira e Dias da Silva 2015) (C. C. Teixeira 2018) (2018a).

The first attempts to organise and interpret the material obtained were developed with the aim of contributing to an understanding of the recent process of institutionalization of anthropology in Portugal through the activities of the Por-

22 In recent research, Márcio Queiroz investigated the Foundation of Administrative Development (FUNDAP) in São Paulo and, inspired by our reflections concerning IPEA, was able to identify a similar positioning of this institution on the internal borders of the state structure (Queiroz 2021).

23 I undertook this study as a visiting researcher at the Institute of Social Sciences, University of Lisbon, during 2019 – having received a CNPq grant for this work.

Carla Costa Teixeira

tuguese Anthropology Association (APA) and those surrounding the latter: its congresses, its networks and articulations. It was based on documentary research in APA archives located at the Institute of Social Sciences of the University of Lisbon and on its website, interviews with anthropologists from different generations and diverse institutional affiliations, a survey of the records of APA congresses (and participant observation at the 2013 and 2019 congresses), as well as a bibliographic survey of the anthropology done in Portugal. With this objective, I sketched a synopsis of the form in which Portuguese anthropologists told the story of the discipline (landmarks, tensions and the relation to the construction of Portugal as a nation-empire) to then situate APA as a co-producer of this trajectory (C. C. Teixeira 2021).

However, at the same time that I was pursuing an ethnography of institutions in the terms described above (organisations and processes of institutionalisation), I also revived an inquiry into the specificity of researching politicians²⁴. My return to research notebooks from the start of the 1990s was initially focused on thinking about the difficulties of access to parliamentarians and to some of the spaces of National Congress. This itinerary led me to reflect not on physical barriers but on the difficulties of the anthropologist in comprehending the native point of view when the “natives” are morally abject – like the politicians I had studied. This, in turn, developed into more general reflections on undertaking field research with a type of subject who is socially anticipated to be likely to lie, conceal and omit when talking to the researcher and his or her peers in spaces open to the anthropologist’s scrutiny (C. C. Teixeira 2014).

In this scenario, I proposed, in relation to the first reflection, that what had previously been interpreted as a difficulty stemming from the subject and from the institutional environment under investigation might instead be considered to result from the interaction of a mutual rejection between researcher and researched – in the sense that, in studying certain elites, unlike what we do with so-called subalterns, we may feel exonerated from understanding their refusal to be researched or from trying to make the research interesting in their own terms. In relation to the latter, in returning to the Brazilian parliament, I tried to take seriously the inspirational reflections of Simmel (1964, 312) on secrets and lies where he asserts that “[s]ociological structures differ profoundly according to the measure of lying which operates in them”, as well as the ideas of Weber (1999) and Arendt (2006) on the relationship between truth and politics. At this time, I had no idea just how much the near future would have in store for us concerning the production of secrets, lies and truths in politics, which became more visible after the 2014 elections and the impeachment of President Dilma Rousseff in 2016.

It was precisely the impeachment process in 2016 that brought me back to investigating the National Congress, the place where I had begun my trajectory in Brasilia, but now with these new concerns. On my return, the initial reflexive exercise involved taking what I had learnt about the category of decorum in the parliamentary impeachment processes as a parameter for comprehending the specificity of the category of *crime de responsabilidade* (abuse of office) mobilized

24 I thank Antonio Carlos de Souza Lima (MN/UFRJ) for the invitation to present these ideas at the roundtable “State Making: anthropological reflections on processes of state formation” at the IX Mercosul Anthropology Meeting in 2011.

Carla Costa Teixeira

in the impeachment processes in our country – engendering a second comparative endeavour between the presidential impeachments of Collor de Melo and Dilma Rousseff²⁵.

Subsequently, the conclusion of the process in August 2016 enabled a careful reading of the diverse documents produced over its course, the printed and audio-visual records and the media coverage, as well as the consolidation of a perception that in crisis situations, like impeachment, doors close and few people want to speak (when they do, the interview generally yields little). This led me to postulate that a transversal approach to the event would be more productive, in this case via the clash between political documents (texts of accusation and defence, statements, reports and so on) and documents considered to be technical (issued by the Federal Audit Office, the Federal Public Prosecutor's Office and the Senate advisory office). This proposal contained the implication that participant observation was no longer the most appropriate methodology for many contemporary contexts. I thus added myself to the series of anthropologists who had been reflecting along these lines, but elaborating my own take, based on the research situation in which I was embedded, with the following inquiry: what are the conditions of possibility for the production of truth in an impeachment process?

In this framework, my understanding was that, unlike the parliamentary decorum processes, which are exclusively political, the presidential impeachment process seems to engender a trap insofar as it is based on a category of crime (abuse of office) but is judged and manipulated by politicians within the Federal Senate, transformed temporarily into a particular type of court: a *political tribunal*. In these cases, the legal and factual dimension involved in the production of proof, though it cannot be absent, was shown to always be encompassed by the political dimension of persuasion. It was also observable that the production of truth, whether in factual terms or legal-processual terms, was apparently difficult to achieve in this type of process where, as in the 2016 case, nothing was configured as a shared parameter in the clash of opinions, neither facts nor norms, and the production of a political consensus was limited by (legal) rules foreign to them. This composition of political and legal devices demonstrated, therefore, its paradoxical dimension when it proved impossible to fabricate a concordance between the conditions, forms and rules for producing the truth about the abuses of office committed by the president. Neither was any success obtained through the art of persuasion that distinguishes the rhetorical construction of truth, so central to political life – differently to what had happened in the trial of Collor de Melo in 1991.

In 2016, there was no agreed version or interpretation between politicians, as parliamentarians deemed to possess the right to speak the truth due to their election and, therefore, the idea that they represented and expressed the will of the majority of the society (itself deeply divided); nor were there any formal or juridical arrangements in which procedures, witnesses and technical reports were recognized by all sides in the construction of the facts. In this lacuna, which occurred in content and form and in the relationship between both, the social fabric and the common world became frayed and the political-legal judgment appeared

25 This interpretative argument resulted in a presentation at the forum “Between the Legislature and the Judiciary – Brazilian politics in debate”, organised by ABA directorate at the 30th Brazilian Anthropology Meeting in 2016 when the impeachment process was still in progress.

Carla Costa Teixeira

inconsistent for many, including those who voted in favour of impeachment but admitted that they had done so for the sake of the country's governability and not because any abuse of office existed.

This process also enabled me to understand, disagreeing with those who privilege the "corridors of power" in the comprehension of politics, how, in a democratic state, public debate is fundamental. Being capable of politically creating a variety of documents, bringing to light or burying reports (through technical documents with opposite conclusions) and producing abundant written and audio-visual records on legal decision-making rituals, can have decisive effects in a world heir to the modernity in which seeing is knowing and, as Comaroff (2003) reminds us, in which efficacy and influence in politics reside primarily in controlling the capacity to reveal and conceal, making "reality" appear and disappear.

In relation to the theoretical-methodological dimension, I also emphasize the reflections on the value of anthropology and ethnography, arguing that this resides in their ambition to explore the processes that constitute and transform particular worlds, which give form, reciprocally, to subjects, objects and environments that permit certain things to be said and done. To achieve this aim, we need to gather fragments of events and fill gaps (silences, omissions, secrets, accusations of lying and so on) so as to comprehend how particular outcomes are produced and what challenges they pose to doing anthropology – with participant observation or not. Without doubt many decisions and negotiations occur behind closed doors. It would be wrong, however, to conclude that this was the locus of power. The manifestations of power in parliamentary debates simultaneously represent and constitute the clash between political forces actualized in diverse spaces, and, in each of them, the fight is presented in a different manner.

From this perspective, we argued that it was by virtue of the form in which disputes surrounding the impeachment of the president were politically and publicly constructed inside and outside parliament (although the latter was the focus) that Dilma Rousseff became the agent of an abuse of office (*crime de responsabilidade*) and lost her mandate over the course of this process. The rules of impeachment and the legal definitions of abuse of office may have provided the rhetorical terms and the frame within which arguments were made in favour and against, but the *truth* of the crime involved these signifiers being deployed in a field of symbolic production and material practice permeated by power in complex ways. What was observable, therefore, was the fabrication of political arrangements metamorphized into historical factual evidence (Teixeira, Cruvinel e Fernandes 2020). It was the dispute of interests of diverse types that constituted this outcome where the distinction between facts and opinions became blurred, but not because of manipulations of the ambiguity of language – as in the case of the "bravado" of the federal deputy Sérgio Naya (C. C. Teixeira 2001). Political, economic and ethical-moral practices and values were under dispute and here a reminder is necessary: the theoretical relations with value to which I referred when speaking initially of Weber's theory of value presume that the confrontation between values cannot be resolved by scientific means. Comprehending this process, now dubbed

55

Carla Costa Teixeira

– wrongly in my view – “post-truth”, is the challenge I have set for myself over the next few years, in articulation with the institutionalization of the falsification of facts and lying in politics. A historical process, after all, of which we form part and, unfortunately, not only as observers or subjects of their effects, but also as agents: by identifying power relations in the construction of truth in the sciences, we have inadvertently contributed to making them more disputable in terms that we could never have anticipated. Reinserting ourselves in this process is among the conditions for us to comprehend this world that we ethically reject but of which we historically form part and helped create. A movement whose pathway perhaps involves – this is the hypothesis I wish to evaluate – re-elaborating the texture of the *experience* of constructing facts from the premise that their empirical and material reality is as fundamental as the values and powers under dispute, thereby seeking to unite modernity and post-modernity, each one in its own way, separately.

Recebido em 08/06/2022

Aprovado para publicação em 08/06/2022 pela editora Kelly Silva

Carla Costa Teixeira

References

- Alvarenga, M. J. 2014. *Prevenção e promoção à saúde: por dentro da rotina de atendimento do Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Alves, A. 2002. *Mulheres que amam demais: por uma antropologia do amor*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Aquere, A. L., C. C. Teixeira, and R. Bernardes. 2007. *Usos e percepções da água na Universidade de Brasília*. Brasília: mimeo.
- Arendt, H. 2006. *Between past and future*. New York: Penguin Books.
- Becker, H. 1977. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bonetti, A. 2009. Etnografia, gênero e poder: antropologia feminista em ação. *Mediações* 14(2): 105–22.
- Bourdieu, P. 1989. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.
- Campos, R. 1994. *A lanterna na popa: memórias*. Rio de Janeiro: Topbooks.
- Castro e Silva, R. M. 2009. *O direito à vida vs o direito de decidir: reflexões sobre o debate legislativo de aborto à luz dos direitos reprodutivos*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Cesarino, L. M. 2006. "Acendendo as luzes da ciência para iluminar o caminho do progresso": ensaio de antropologia simétrica da Lei de Biossegurança brasileira. Master's dissertation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Chaves, L. L. 2013. *Loucura e experiência: seguindo os loucos de rua e suas relevâncias*. Tese Doutorado, Universidade de Brasília, Antropologia.
- Clemente, R. 2004. *Executivo e Legislativo: a flexibilização da CLT*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Comaroff, J., and J. Comaroff. 2003. "Transparency fictions; or, the conspiracies of a liberal imagination: an afterword". In *Transparency and conspiracy. Ethnographies of suspicion in the New World Order*, eds. H. G. West, and T. Sanders. London: Duke University Press.
- Costa, M. C. 1980. *Os caminhos da casa*. Master's dissertation, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Costa, P. T. 2002. *Política aqui é quente! Tempos de conflito em Laranjal-MG*. Master's dissertation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Cunha, R. R. 2020. *O emaranhamento de destinos no tratamento de conflitos: a Constelação Familiar no Judiciário brasileiro*. Master's dissertation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Dalla Costa, J. M. 2019. *O "agir temerário, fraudulento e tirânico": a antropologia e os antropólogos segundo a CPI da Funai e do Incra (2015-2017)*. Master's dissertation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Davison, A. 2006. *Morte como fator poluidor: o caso de Granjeiro, CE*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Dianovsky, D. 2017-atual. *Fazer antropologia ao fabricar o estado: conhecimento especializado e prática estatal na política de patrimônio cultural no Brasil e no México*. Projeto de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Carla Costa Teixeira

- Dias da Silva, C. 2010. *Cotidiano, saúde e política. Uma etnografia dos profissionais da saúde indígena*. Doctoral thesis, Universidade de Brasília, Brasília.
- Dumont, L. 1985. *O individualismo*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Faria, A. R. 2009. *Hanseníase, experiências de sofrimento e vida cotidiana num ex-leprosário*. Master's dissertation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ferreira e Cruz, D. 2008. *Antigas práticas com novas regras: estratégias parlamentares na elaboração das emendas da Bancada de São Paulo ao Projeto de Lei Orçamentária Anual para 2008 sob a vigência da Res. 01, 2006, CN*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Foucault, M. 2008. *Segurança, território, população. Curso dado no College de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Geertz, C. 1978. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Godoy, S. 2014. *Reconstruindo subjetividades: a dinâmica de tratamento de uma Comunidade Terapêutica do Distrito Federal*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Gregori, M. F. 1992. *Cenas e queixas. Um estudo sobre mulheres, relações violentas e práticas feministas*. São Paulo: Paz e Terra; ANPOCS.
- Kelm, M.-E. 1998. *Colonizing Bodies. Aboriginal health and healing in British Columbia -1900-1950*. Vancouver: UBC Press.
- Lima, T. E. 2006. *A terra já não suporta mais tanto sangue. Sobre a dor e a luta de familiares de vítimas de violência policial do Estado do Espírito Santo*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Machado, L. Z. 2010. *Feminismo em movimento*. São Paulo: Francis.
- Moraes, M. M. 2021. *Fake news: polissemas e polivalências no poder legislativo brasileiro*. Doctoral thesis, Universidade de Brasília, Brasília.
- Nunes, B. T. 2017. *Ipea: dos alinhamentos tecnocráticos à produção de conhecimentos para a sociedade*. Doctoral thesis, Universidade de Brasília, Brasília.
- Nunes, B. T. 2018. "Ipea e alinhamentos tecnocráticos: do planejamento à assessoria". *R@U: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCAR* 10: 105–27.
- Oviedo Orsina, C. A. 2014. *Cabildo indígena e construção do Estado-Nação. Etnografia do processo organizativo de vítimas da violência em Cauca, Colômbia*. Master's dissertation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Pecaut, D. 1990. *Os intelectuais e a política no Brasil*. São Paulo: Ática.
- Pereira, D. N. 2012. *Vínculos e estatizações nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil*. Doctoral thesis, Universidade de Brasília, Brasília.
- Peristiany, J. G. 1971. *Honra e vergonha: valores da sociedade mediterrânica*. Lisboa: Fundação Calouste Gilbenkian.
- Pitt-Rivers, J. 1971. "Friendship and authority". In *The people of the Sierra*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pitt-Rivers, J. 1977. "The anthropology of honour". In *The fate of Shechem or the politics of sex*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Queiroz, M. d. 2021. "Governador, somos especialistas na eficiência do Estado": um olhar sobre o (des)fazer Estado a partir da trajetória da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) e da luta contra sua extinção. Master's dissertation, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Carla Costa Teixeira

- Rabelo, M. C. 2018-Atual. *Gestão democrática escolar na produção institucional da escola pública*. Projeto de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Reis, R. A. 2015. *Nós, os outros e os “parentes”: política e povos indígenas no contexto de implantação da Hidrelétrica de Belo Monte*. Master’s dissertation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Reis, R. M. 2008. *A discussão do Estatuto do Desarmamento (PL 1555/2003) na Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime da Câmara dos Deputados*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Santos, I. 2004. *Assessoria parlamentar: uma etnografia do convívio entre o Executivo e o Legislativo*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Schutz, A. 1967. *The phenomenology of the social world*. Evanston: Northwestern University Press.
- Silva, R. L. 2008. *O corpo em movimento: sobre a apropriação médica dos quadros de intersexo*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.
- Simião, D. S. 2006. “Representando corpo e violência: a invenção da ‘violência doméstica’ em Timor-Leste”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 21: 133–45.
- Simmel, G. 1964. *The sociology of Georg Simmel*. New York: The Free Press.
- Simmel, G. 1971. *On individuality and social forms*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stibich, I. A. 2019. *Esforços para a implantação de uma “nova política indigenista” pelas gestões petistas (2003-2016): etnografia de um processo com foco na Fundação Nacional do Índio (Funai)*. Doctoral thesis, Universidade de Brasília, Brasília.
- Strathern, M. 1987. “An awkward relationship: the case of feminism and anthropology”. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 12(2): 276–92.
- Tardelli, G. 2018-Atual. “*É um fogo no céu*”: uma análise das políticas públicas de saúde durante a pandemia da Covid-19 para o povo indígena Warao em situação de refúgio. Projeto de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Teixeira, C. C. 1991. *O mundo das mulheres. Uma investigação sobre o movimento feminista no Rio de Janeiro*. Master’s dissertation, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional, Rio de Janeiro.
- Teixeira, C. C. 1991. *O mundo das mulheres: uma investigação sobre o movimento feminista no Rio de Janeiro*. Master’s dissertation, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Teixeira, C. C. 1992. “Mundo das mulheres: relação política e cotidiano entre as feministas do Rio de Janeiro”. *Antropologia Social. Comunicações do PPGAS*, 67–81.
- Teixeira, C. C. 1996. “Decoro parlamentar: legitimidade da esfera privada no mundo público?”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 30: 110–27.
- Teixeira, C. C. 1996a. “Corrupção legislativa: impasses no contexto norte-americano”. *Anuário Antropológico* 95: 305–12.
- Teixeira, C. C. 1998. *A honra da política. Decoro parlamentar e cassação de mandato no Congresso Nacional (1949-1994)*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 1999. *Honra moderna e política em Max Weber*. *Mana* 5: 109–30.
- Teixeira, C. C. 1999a. “Decoro e Imunidade Parlamentar. As relações entre os domínios político e jurídico”. *Anuário Antropológico* 22(1): 139–60.
- Teixeira, C. C. 2000a. “A honra moderna em Max Weber”. *In A atualidade de Max Weber*, ed. J. Souza, 355–72. Brasília: EdUnB.

Carla Costa Teixeira

- Teixeira, C. C. 2001. "Das Bravatas. Mentira ritual e retórica da desculpa na cassação de Sérgio Naya". In *O dito e o feito. Ensaios em Antropologia dos Rituais*, eds. M. Peirano, 113–32. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 2002. "Retórica de queixas e acusações na derrota eleitoral: o caso Cristovam Buarque no Distrito Federal". In *Como se fazem eleições no Brasil*, eds. B. Heredia, C. C. Teixeira, and I. Barreira, 39–61. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 2004. "Martin Alberto Ibañez-Novion (1943-2003)". *Anuário Antropológico* 2(3): 435–40.
- Teixeira, C. C. 2004. "Pesquisadores, parceiros e mediadores políticos". *Anuário Antropológico* 2002(3): 351–74.
- Teixeira, C. C. 2004a. "The price of honor. Press versus Congress in the rethoric of Brazilian politics". *Public Culture* 16: 31–46.
- Teixeira, C. C. 2004b. "Decoro Parlamentar. Entre agressões morais e indisciplinas estratégicas". In *Espaços e tempos da política*, eds. C. C. Teixeira, and C. Chaves, 123–43. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 2006. "Um evento crítico: o debate da nova lei de imprensa no Brasil". In *Política no Brasil: visões de antropólogos*, eds. M. Palmeira, and C. Barreira, 419–44. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Teixeira, C. C. 2008. "Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu". *Etnográfica* 12(2): 32–51.
- Teixeira, C. C. 2008. "Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias". *Ciência & Saúde Coletiva* 13(3): 965–74.
- Teixeira, C. C. 2009. "Políticas de saúde indígena no Brasil em perspectiva". In *Problemáticas Sociais para Sociedade Plurais: Políticas Indigenistas, Sociais e de Desenvolvimento em Perspectiva Comparada*, eds. C. T. Silva, A. C. Souza Lima, and S. Baines, 129–46. São Paulo: AnnaBlume.
- Teixeira, C. C. 2010. "Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando?". *Anuário Antropológico* 35(1): 99–128.
- Teixeira, C. C. 2011. "Water supply on indigenous territories: policies and politics in Brazil". In *Crisis on tap: seeking solutions for safe water for indigenous peoples*, eds. J. Reading, and A. Mazumder, 1–6. Victoria: Centre for Aboriginal Health Research; University of Victoria.
- Teixeira, C. C. 2012. "A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira". *Revista de Antropologia* 55(2): 1–37.
- Teixeira, C. C. 2014. "Pesquisando instâncias estatais: reflexões sobre o segredo e a mentira". In *Antropologia das práticas do poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*, eds. S. R. Castilho, A. C. Souza Lima, and C. C. Teixeira, 33–46. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Teixeira, C. C. 2017. "Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?". *Amazônica: Revista de Antropologia* 9(2): 716–33.
- Teixeira, C. C. 2018. "Antropologia e saúde indígena – 60 anos da ABA". In *A antropologia e a esfera pública no Brasil. Perspectivas e prospectivas sobre a ABA no seu 60º aniversário*, orgs. A. C. Souza Lima et al., 107–20. Rio de Janeiro: ABA e-books; e-papers.
- Teixeira, C. C. 2018a. "Egressos dos mestrados em Antropologia no Brasil (2004-2012)".

Carla Costa Teixeira

In O campo da Antropologia no Brasil. Retrospectiva, alcances e desafios, eds. D. S. Simião, and B. Feldman-Bianco, 205–29. Rio de Janeiro: ABA Publicações.

Teixeira, C. C. 2021. “Da desconstrução da dualidade nação-império à reafirmação da antropologia em Portugal: história e desafios contemporâneos da Associação Portuguesa de Antropologia (APA)”. *Berose – International Encyclopaedia of the Histories of Anthropology*. <https://www.berose.fr/article2484.html?lang=fr>

Teixeira, C. C., A. Davison, and L. C. Moura. 2011. “Relevâncias da experiências e critérios de potabilidade: conflito de interpretações sobre a água ‘boa’ em uma localidade do Cariri”. *Anuário Antropológico* 36(2): 55–81.

Teixeira, C. C., and A. Lobo. 2018. “Pesquisa como função de Estado? Reflexões etnográficas sobre uma instituição in between”. *Mana* 24(2): 235–77.

Teixeira, C. C., and C. Dias da Silva. (no prelo). “Mensagens aos parentes da APIB: as lutas indígenas em meio à pandemia da covid-19”. In *Saúde Indígena em Tempos de Pandemia: Movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil*, orgs. C. C. Teixeira, C. Dias da Silva, and L. Garnelo.

Teixeira, C. C., and C. Dias da Silva. 2011. “Uma crítica à noção de desperdício: sobre os usos da água em banheiros públicos”. *Tempus. Actas de Saúde Coletiva* 5(2): 217–34.

Teixeira, C. C., and C. Dias da Silva. 2015. “Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação”. *Déjà Lu* 3: 35–57.

Teixeira, C. C., and C. Dias da Silva. 2015. “The construction of citizenship and the field of indigenous health: a critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity”. *Vibrant* 12(1): 351–84.

Teixeira, C. C., and C. Dias da Silva. 2019. “Indigenous health in Brazil: reflections on forms of violence”. *Vibrant* 16: 1–22.

Teixeira, C. C., and L. Garnelo, eds. 2014. *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Teixeira, C. C., and M. M. Quintela, eds. 2011. “Antropologia e água: perspectivas plurais”. *Anuário Antropológico* 36(2): 9–22.

Teixeira, C. C., and S. Castilho. 2020. *IPEA – Etnografia de uma instituição: entre pessoas e documentos*. Brasília: ABA publicações; AFIPEA.

Teixeira, C. C., D. Simas, and N. Aguilar. 2013. “Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta”. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* 7(4): 97–115.

Teixeira, C. C., ed. 2000. *Georg Simmel, Alfred Schutz e a Antropologia. Em busca da experiência mundana e seus significados*. Brasília: Relume Dumará.

Teixeira, C. C., L. Cruvinel, and R. Fernandes. 2020. “Notes on lies, secrets, and truths in the Brazilian Congress: the 2016 process of impeachment”. *Current Anthropology* 61(5): 545–62.

Teixeira, L. G. 2006. *Só os encontros vão salvar: uma visão do artista como ator político*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.

Trajano Filho, W., and G. L. Ribeiro, eds. 2004. *O campo da Antropologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa.

Velho, G. 1986. *Subjetividade e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.

Weber, M. 1974. *Ensaio de Sociologia*, eds. H. Gerth, and C. Wright Mills. Rio de Janeiro: Zahar.

Carla Costa Teixeira

Weber, M. 1994. *Economia e sociedade*, v. 1. Brasília: EdUnB.

Weber, M. 1999. *Ciência e política*. Duas vocações. São Paulo: Cultrix.

Zupiroli, D. B. 2008. *Sorrisos possíveis: analisando a simbologia do riso em meio ao ambiente hospitalar*. Final work for the undergratuation, Universidade de Brasília, Brasília.

O memorial como o reverso do projeto: a trajetória acadêmica de Carla Costa Teixeira

The descriptive memorial as the reversal of the project: the academic trajectory of Carla Costa Teixeira

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9687>

Ruben George Oliven

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

ORCID: 0000-0003-3556-6955

ruben.oliven@gmail.com

Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS, ex-presidente da Associação Brasileira de Antropologia e da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, vice-presidente para a Região Sul da Academia Brasileira de Ciências. Recebeu o Prêmio Érico Vannucci Mendes por sua contribuição ao estudo da Cultura Brasileira e o Prêmio ANPOCS de Excelência Acadêmica em Antropologia. Em 2018 foi agraciado com a Grã-Cruz da Ordem Nacional do Mérito Científico.

Ruben George Oliven

Comentar a carreira de uma pesquisadora produtiva e criativa como Carla Costa Teixeira não é tarefa fácil. Tive a honra de fazer parte de seu concurso para Professora Titular de Antropologia da Universidade de Brasília em 2020 e pude examinar seu memorial. Chama a atenção como ela pesquisou temas diferentes, ao mesmo tempo em que manteve algumas questões teóricas centrais em sua trajetória intelectual. Ela começou estudando mulheres, menores e afrodescendentes. A seguir, ao se mudar para o Distrito Federal, onde cursou o doutorado e depois foi professora da Universidade de Brasília, focou sua atenção no Congresso, estudando primeiro a bancada feminina e depois a questão do decoro parlamentar. Em Brasília ela desenvolveu a linha de pesquisa “antropologia política da saúde”. Depois pesquisou instituições como o IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas) e a Associação Portuguesa de Antropologia. O *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff fez com que ela retornasse a questão do Congresso.

É interessante que a autora comece sua reflexão evocando a noção de “projeto”, como o encontro da vontade com o processo para, a seguir, dizer que um memorial é, a rigor, o inverso do projeto, na medida que implica uma “lanterna na popa”. Corre-se, é claro, o risco do que Bourdieu chamou de a “ilusão biográfica”. Mas Carla consegue evitar esta armadilha ao deixar claro que seu texto é um “traçado”. Nas suas palavras, “um traçado é sempre contingente, uma espécie de rascunho pontilhado em meio a outros possíveis; sugere, ainda, deslocamentos incertos, desvios de rota, tentativas de vida, como se fossem esboços desenhados aos quais o sujeito confere novas formas ao longo do tempo”.

O fio condutor de sua pesquisa inicial, realizada no Rio de Janeiro no final dos anos 1980, sobre o movimento feminista como um estilo de vida, foi o da “moralidade” e dos “valores” na política. Já na pesquisa sobre o Congresso Nacional na época da CPMI sobre o Orçamento, o que é examinado é a categoria regimental “decoro parlamentar” acionada nos processos de cassação de mandatos que ocorreram entre 1949 e 1994. O conceito com o qual ela dialoga é o de “honra”, como uma hierarquia de valores distinta da vida política. Ao desenvolver, a seguir, a linha de pesquisa “antropologia política da saúde”, ela reflete sobre a relação entre políticas de governo e a produção do “nojo” nas ações em saúde e saneamento, e as investigações sobre o exercício da participação social dos indígenas, seus limites e possibilidades, nas políticas de saúde que lhes são específicas. Ao criar o Laboratório Etnografia das Instituições e das Políticas de Poder no Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, Carla desenvolve estudos em contextos institucionais e reflete sobre as especificidades metodológicas de pesquisar nesses contextos.

Ao pesquisar o Fórum Feminista do Rio de Janeiro, Carla partiu do ideário feminista de que “o pessoal é político” para se dar conta de quanto ele pode ser totalizador e homogeneizante, quando encarado pelo vetor contrário do político traduzido para a vida pessoal sob o valor da “coerência”. Restava a questão do papel dos homens neste contexto: seriam eles meros “aliados táticos”, ou havia uma busca de criar “homens sensíveis”? Analisando um fórum que rejeitava qualquer hierarquia na sua organização formal, ela percebeu que na verdade havia relações

Ruben George Oliven

de poder que se expressavam através do domínio do poder e do prestígio adquirido pelas mulheres mais antigas, jocosamente chamadas de “fósseis”.

Passar do mundo do feminismo para o do parlamento brasileiro poderia parecer uma ruptura. Mas, na verdade, Carla persegue suas preocupações teóricas neste campo aparentemente distinto. Ela permanece interessada nas relações de poder e como elas se expressam. Detendo-se na noção de “decoro parlamentar” como um instituto original da política brasileira, ela retoma o conceito de “honra” como critério distintivo da política. Isto a leva a autores como Weber e à ideia de uma “personalidade política” na qual há uma indissociabilidade da responsabilidade individual e identificação entre indivíduo e grupo social.

Ao integrar uma equipe que estudava os impactos das ações de saneamento na saúde, Carla desenvolve pesquisas sobre a percepção e o uso da água em comunidades rurais no sertão do Cariri cearense e no Maranhão. Assim, ela percebeu que os usos indevidos da água do açude que abastecia o sistema de água tratada do município, articulado com o forte gosto de cloro a ela atribuído, ocasionaram o não uso desta água para beber e cozinhar, contrariando o que as políticas de saúde preconizam. De forma semelhante, ao integrar uma equipe encarregada de verificar por que 30% do orçamento da Universidade de Brasília estavam comprometidos com o pagamento de água e luz, ela se dá conta que o desgaste das condições materiais, aliado à desconfiança quanto ao uso feito pelos frequentadores dos banheiros, gerava atitudes que degradavam as instalações num ciclo vicioso.

A partir da questão do saneamento, ela é levada a investigar o museu institucional e os manuais da FUNASA, fundação à época responsável pelas ações de saneamento e saúde dos povos indígenas. Dedicando-se aos manuais de formação dos guardas sanitários e visitadoras da Fundação Serviços de Saúde Pública e comparando dois momentos diferentes, ela assinala que, se nos anos 1940 o manual priorizava as técnicas necessárias à construção de equipamentos sanitários, nos anos 2000 o foco estava no ciclo de transmissão de diferentes doenças relacionadas à falta de saneamento e no comportamento higiênico considerado inadequado de crianças e adultos indígenas. A categoria “nojo”, obviamente, remete à noção de “pureza” e “perigo” desenvolvida por Mary Douglas. Refletindo sobre esta categoria a partir do ângulo de suas conexões físico-político-morais, Carla assinala que “repulsa”, “repugnância” e “nojo” indicam a fronteira da diferença tolerada, na medida em que expressam sentimentos, emoções e sensações corporificadas.

A pesquisa de populações indígenas desdobrou-se em sua estada no Canadá, ocasião em que foi *visiting scholar* na Simon Fraser University. Refletindo sobre os limites e as possibilidades da chamada “democracia direta”, Carla assinala que a autonomia dos povos indígenas nas políticas de saúde no Brasil, assim como em outras políticas setoriais, não passava pela construção de uma política de *self-government* ou de *self-administration* como a que é praticada no Canadá, evidenciando a violência simbólica que é praticada em relação a eles.

Passando à etnografia das instituições, Carla começou a concentrar-se em universos empíricos institucionais do Estado e problemas teóricos que articulavam práticas de poder, valores, emoções e linguagem em ação. Ela então se deu

Ruben George Oliven

conta de que há um predomínio da etnografia de organizações em detrimento da etnografia dos processos de institucionalização e procura articular estas duas dimensões. Ela coordena uma equipe do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) que elaborou uma autoetnografia de sua instituição. Caracterizava o IPEA como um *think tank* que seria, ao mesmo tempo, parte das redes políticas e das acadêmicas e que manobra mediações distintas para se inserir em cada uma delas. Nas suas palavras, “sua força parecia advir não de uma ‘cultura organizacional’ coesa ou de uma unidade moral, mas sim do manejo das diferenças por meio do elogio à diversidade e da habilidade em não transformar tensão em confronto ou embate direto, possibilitando que criassem conexões diversas por meio de linguagens científicas e políticas”.

Dando continuidade a esta linha de investigação, Carla construiu um projeto sobre a institucionalização da antropologia em Portugal a partir da recém-criada Associação Portuguesa de Antropologia, tendo como comparação implícita a antropologia no Brasil.

É importante assinalar que Carla não desenvolveu sua rica trajetória sozinha. Ela reconhece que sua trajetória foi construída a várias mãos em diálogo com colegas, estudantes e que as reuniões de pesquisa, a organização de coletâneas e as coautorias de artigos e capítulos de livros foram fundamentais em sua vida acadêmica. Os interesses de pesquisa acabaram aparecendo nos cursos de graduação e pós-graduação em que ela lecionou sozinha e com colegas. Se cresceu individualmente durante seu percurso, ela ao mesmo tempo fez crescer a instituição na qual trabalha e a ciência que pratica. Neste sentido, é fundamental frisar o importante papel que ela tem na Associação Brasileira de Antropologia, da qual foi diretora e atualmente é outra vez secretária-geral. A generosidade em dedicar seu tempo a atividades de associações profissionais mostra como ela pratica esta dádiva.

A trajetória de Carla é um modelo para jovens pesquisadores. Trata-se de uma carreira que se dedicou a juntar a pesquisa etnográfica com preocupações teóricas densas e que mostrou que um itinerário individual pode se articular com projetos coletivos, sendo a dedicação ao desenvolvimento de instituições fundamental para ambos.

Recebido em 03/02/2022

Aprovado para publicação em 03/02/2022 pela editora Kelly Silva

Percurso antropológico de Carla Costa Teixeira

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9690>

César Barreira

Universidade Federal do Ceará – Brasil

ORCID: 0000-0001-5651-9723

cbarreira08@gmail.com

Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Coordenador Sênior do Laboratório de Estudos da Violência (LEV) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Sociólogo, graduado em Ciências Sociais (UFC, 1972), fez doutorado em Sociologia (USP, 1987) e pós-doutorado na École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS, 1990). Suas pesquisas iniciais voltaram-se para a temática agrária (conflitos, movimentos, estado), dedicando-se nos últimos anos à compreensão dos conflitos sociais e da violência nas sociedades contemporâneas. Pesquisador do CNPq, vem desenvolvendo diálogo permanente com os antropólogos e participando dos estudos promovidos pela Antropologia da Política. Dentre as publicações destacam-se os seguintes livros: *Trilhas e atalhos do poder: conflitos sociais no Sertão*; *Crimes por encomenda – a pistolagem no cenário brasileiro*; *Cotidiano despedaçado: cenas de uma violência difusa*. Organizou, com Moacir Palmeira, o livro *Política no Brasil: visões de antropólogos*.

Esta produção de Carla Costa Teixeira, intitulada *Do mundo das mulheres à etnografia das instituições – um traçado em retrospectiva*, remete a distintas temáticas, leituras e arremates. Refiro-me à complexidade de um percurso, na perspectiva de Edgar Morin, mas, também me reporto à obstinação da autora para dissecar uma conjunção de problemas que dá os contornos de sua trajetória. A porosidade e a maleabilidade são marcas que delimitam suas vias teóricas e metodológicas. O artigo originado do memorial que narra mencionado trajeto, conforme exprime essa antropóloga e docente da UnB, é o oposto de um projeto, logrando situar a “lanterna na popa”, segundo a expressão de Campos. Em complemento, expresso a ideia de que ela também assentou a lanterna na proa. A articulista de “Participação social na Saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil” (*Amazônica – Revista de Antropologia*, 2017) relata que o *leitmotiv* das suas pesquisas tem curso na moralidade e nos valores na Política, bem assim na perspectiva da instituição configurada no Estado. Estas delimitações precisas recebem aportes em nome de um inquieto e curioso posicionamento, aliado a uma necessidade constante de incorporar outros dados insurgentes, valorizando aspectos de uma nova teia de explicações.

Carla Teixeira recorre a Schutz (1967), na sua tentativa de unir sonhos e fantasias a um projeto “[...] que implica, preparo e ações no mundo” (Teixeira 2022,12). A noção de “projeto”, de acordo com Daniel Pecaute (1990), pretende conciliar ou casar o encontro da vontade com o processo.

O fato de haver pinçado para subtítulo a dicção “um traçado” é bem significativo, sendo ele “[...] contingente, uma espécie de rascunho tracejado em meio a outros possíveis; sugere, ainda, deslocamentos incertos, desvios de rota, tentativas de vida, como se fossem esboços desenhados aos quais o sujeito confere novas formas ao longo do tempo” (ibidem).

Assim, o “traçado” do andamento profissional de investigadora dessa docente de tão preeminente crase a delinea, paulatinamente, com os deslocamentos, nem tão incertos, e com desvios de rota claramente escolhidos e esboçados, com os temas pululando, brotando em uma sequência acumulativa muito rica e instigante. O palco se abre com um estudo sobre o Movimento Feminista como modo de vida, do qual resulta sua dissertação de mestrado, tendo como orientador o saudoso professor Gilberto Cardoso Alves Velho (15.05.1945 – 14.04.2012), do Museu Nacional. O tema da Política já começava a ocupar um lugar central nas preocupações ou curiosidades científicas de Carla Teixeira. Uma óptica analítica e acurada já rondava a trilha acadêmica de uma jovem pesquisadora, direcionada para entender a maneira como as mulheres interpretam o mundo e neste se inserem, bem assim os *modi operandi*, em sua vida cotidiana, no que se relaciona a lazer, trabalhos, amizades e amores.

Se, por um lado, esses aspectos parecem não aportar nenhuma novidade, porque é conhecido e assumido o fato de que, para o ideário feminista, o pessoal é político, de outra vertente, uma investigação meticulosa revelou o quanto tal ideário é habilitado a ser totalizador e homogeneizante, observando-se o vetor contrário: o político traduzido para a vida pessoal sob o valor da ‘coerência’”. A “coerência”

no político ou no campo da política, que vai ser trabalhada em estudos posteriores, começa a ocupar um lugar de destaque na produção universitária da escritora de matérias atinentes à Ciência de Fraz Boas e Claude Levi-Strauss e de inumeráveis outros mentores desse ainda novo ramalho do saber parcialmente ordenado. Carla Teixeira ressalta que o “como assim?” dos antropólogos lhe possibilitou perceber o feminismo como um “mundo das mulheres”.

O estudo sobre o Movimento Feminista como modo de vida permitiu a configuração das principais categorias analíticas que foram aprofundadas noutros produtos da agricultura da celebrada investigadora sob comentário. Emergiram, por exemplo, as relações de poder em uma “combinação sutil” de prestígio obtido nas inserções no feminismo, bem como o conceito de “democracia representativa” no íntimo do debate da delegação representante (Bourdieu, 1989).

No doutorado, instituiu-se outro terreno de demanda acadêmica que recuperou um diálogo específico com os estudos antropológicos da Política: o Congresso Nacional. Dita senda foi impulsionada pela sua mudança para Brasília e admissão ao Programa de Doutorado em Antropologia da Universidade de Brasília, em 1991. Interessante é que Carla Teixeira conseguiu construir uma ponte entre o novo e o anterior âmbito de estudo, fazendo e recuperando a conexão entre gênero e política, investigando a chamada “bancada feminina” na Câmara Baixa do País. Ela reflete acerca de um grupamento que fora muito ativo na Assembléia Constituinte, conhecido como “lobby de baton”, mas que perdeu espaço no início dos anos de 1990. Inicialmente, a estudiosa, no Congresso Nacional, adotou comportamento prudente de esperar o que o âmbito de exame era passível de lhe oferecer, em decorrência, em parte, da “escassez de estudos antropológicos sobre este universo” (ibidem, 16). Optou, então, por dissecar o exercício da representação parlamentar nas comissões permanentes da Câmara dos Deputados, ressaltando que isto lhe parecia “[...] um guarda-chuva interessante para a construção de uma etnografia de sua vida institucional”. (ibidem, 16).

Em 1993, Carla Teixeira foi, de novo, conduzida a redefinir seu problema-motor de pesquisa, quando instalada a Comissão do Orçamento, conhecida como “CPI do Orçamento”. As ricas problemáticas, mais uma vez, foram ao encontro dos perspicazes pesquisadores, dando a impressão, a quase-convicção, de que elas sempre estão nos lugares e nas horas certas. Assim ela explicita:

[...] passei, então, a criar condições internas à instituição para acompanhar os trabalhos dos processos deflagrados pela CPI do Orçamento porque, se a princípio eu não estava interessada em eventos parlamentares midiáticos ou em corrupção, os parlamentares estavam e restava-me segui-los. (ibidem, 16).

Nessa carreira, foi sendo gestado o Núcleo de Antropologia da Política, em 1997, que articulou o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional da UFRJ, o Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UnB e o Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFC, com temário direcionado para

reflexões sobre a Antropologia da Política. Como ressalta a produtora desse livro,

[...] o NuAP foi ambiente profícuo para trocas de experiência de pesquisa, compartilhamento de hipóteses interpretativas e, portanto, de grande aprendizado para todos que integravam essa rede que se articulava sob a coordenação de Moacir Palmeira (MN, UFRJ), Mariza Peirano (UnB) e César Barreira (UFC). (ibidem, 16).

A experiência beneficiou discussões e demandas científicas nesse Núcleo, sendo Carla uma das pesquisadoras mais atuante, contribuindo efetivamente para a consolidação dos estudos na seara da Antropologia da Política. Os experimentos relativos à categoria regimental “Decoro parlamentar” enriqueceram, sobremaneira, os debates do NuAP, tendo como pano de fundo “[...] a dimensão dos valores na política institucional deste mundo político” (ibidem, 16). Em 1998, o livro *A honra na política – decoro parlamentar e cassação de mandato no Congresso Nacional (1949-1994)*, que faz parte da coleção Antropologia da Política e resultado da tese de doutorado, em Antropologia, coroou a sua participação nesse ambiente. A tese de doutorado teve como orientadora a professora doutora Mariza Peirano, coordenadora do NuAP.

Nos estudos sobre o “decoro parlamentar”, emergiram várias problematizações provenientes do trabalho rural, ou seja, das pesquisas de campo. Consoante expressa a investigadora sob escólio, na

[...] distância estrutural e conexão necessária entre políticos profissionais e ocasionais residiria a possibilidade da constituição de uma honra que não se confunde com a noção moderna de dignidade. Se a dignidade moderna remete à existência de uma qualidade humana essencial (Humanidade, com maiúscula), a honra encontra o significado da realidade humana em sua singularidade e individualidade histórica (humanidades, no plural). (ibidem, 17).

Também ganhou preeminência a categoria denominada “Condição de pertencer”, que se exibiu robusta e “[...] intrínseca à vida política moderna” (ibidem, 17), contextualizada no período de redemocratização recente. A elaboração de categorias emergem do interior da lógica dos embates respeitantes ao decoro parlamentar, em um contexto de múltiplos e diferenciados processos de cassação de mandatos. Teixeira, à cata de pontes, em seus ensaios, evidencia que, “diferentemente da política feminista estudada anteriormente, aqui estamos no mundo dos rituais democráticos, em que a expressão adequada dos valores é decisiva e não a subjetividade ou as intenções dos atores”.

Outra frente de investimento acadêmico aberta pela pesquisadora disse respeito à área de Uma Antropologia Política da Saúde. Nestes novos *loci* investigativos, foram configuradas outras frentes de pesquisa: a política de saúde e saneamento indígena e a percepção e uso da água em comunidades rurais no sertão do

César Barreira

Cariri cearense e do Maranhão. Têm realce, nos mencionados textos ensaísticos, a riqueza do material coletado e analisado, bem como a desafiante experiência em trabalhos interdisciplinares. A inserção nas políticas de saúde e saneamento foi viabilizada pela pesquisa “com e sobre a Funasa”. A participação na Diretoria da ABA (2000-2006) impulsionou, sobretudo, esse *locus* de procura acadêmica. Tais experiências expressam uma atitude que a autora sempre perseguiu, conectando suas investigações “[...] com o que no jargão universitário é chamado de ‘atividade de extensão’” (ibidem, 20).

Auferiram destaque, nesta renovada arena empírica, as reflexões de Carla Teixeira sobre as categorias “nojo”, “repulsa” e “repugnância”. Segundo sua expressão, elas foram elaboradas

a partir do ângulo de suas conexões físico-político-morais para avançar na compreensão do que significam politicamente ações estatais que enfatizam a falta de higiene pessoal em detrimento do saneamento do meio físico reconhecidamente precário, como nos territórios indígenas. Desta perspectiva, analisei que a repugnância está entre as emoções que se distinguem por afetar diretamente os sentidos, em particular visão, olfato e tato, tendo sua intensa fisicalidade o poder de evocar o universo das verdades biológicas indisputáveis (ibidem, 21).

Emergem, também, dessa nova frente perquisitiva reflexões sobre o conceito de “violência simbólica”. De conformidade com sua reflexão atinente a este conceito, foi sendo gestada na etnografia sobre a participação social, na saúde indígena, no período em que ela foi representante da ABA na CISI/CNS. A violência simbólica se configura na não efetivação das políticas já acordadas pelos povos indígenas, tendo como prática “[...] deixar falar, negociar e não implementar” (ibidem, 24). Esse comportamento aparece como estruturante do jogo político. Na concepção de Teixeira, a “[...] violência simbólica seria, portanto, a forma gentil e invisível que se intensifica sempre que a aplicação direta da violência física ou econômica seja sancionada negativamente pelo grupo (Bourdieu 1977, p. 191-2)”.

Elemento de relevo no caminho investigador de Teixeira é o retorno à sindicância acadêmica no Congresso Nacional, ocorrente no exato momento do processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, em 2016. Fazendo uso das reflexões realizadas sobre “decoro” nos processos de cassação de mandato parlamentar, recebeu saliência a categoria de “crime de responsabilidade”. Uma indagação terminou norteando a investigação: “[...] - quais as condições de possibilidade de produção de verdade num processo de *impeachment*?” (ibidem, 28).

Ao evidenciar a dimensão teórico-metodológica, nessa investigação, a autora ressalta que

[...] as considerações sobre o valor da antropologia e da etnografia nas quais argumentamos que este reside em sua ambição de explorar os processos que constituem e transformam mundos particulares, que dão forma,

reciprocamente, aos sujeitos, aos objetos e aos ambientes que permitem que certas coisas sejam ditas e feitas. Para tanto há que fazer o esforço de reunir fragmentos de eventos e preencher lacunas (silêncios, omissões, segredos, acusações de mentira etc.) para compreender como determinados desfechos são produzidos e que desafios colocam ao fazer antropológico – com observação participante ou não”. (ibidem, 30)

Situando a “[...] lanterna na popa em busca de atribuir sentido no passado” (ibidem, 12), bem como, em uma tentativa de recuperar o trilhar profissional da autora, conforma-se, claramente, uma trajetória estabelecida coletivamente, com diálogos e trocas junto a estudantes em situações acadêmicas, como orientações, aulas, seminários e reuniões de trabalho. As reflexões gestadas no interior dessa maneira de lidar na Academia procuram encontrar nexos, pontes e continuidades científicas. O conjunto de ações férteis de realizar pesquisa, nesse contexto, configura o que é válido designar, na ideiação de Pierre Bourdieu, como um ato social, colhendo sentido na trajetória da autora a importância do trabalho rural – isto é, as buscas de campo –, o que foi estabelecido com alteado zelo, esmerada acuidade e perita criatividade.

Posicionando a lanterna na proa desta bela e instigante embarcação, Teixeira aponta, como demandas futuras, a compreensão desse “[...] processo, que agora vem a meu ver equivocadamente sendo chamado de “pós-verdade” (citar número de página), é o desafio a que me proponho nos próximos anos, em articulação com a institucionalização do falseamento dos fatos e da mentira na política”.

Na referenciada trilha antropológica, Carla Costa Teixeira aponta para possíveis condições que permitiriam compreender o mundo. No seu sentir, é “[...] um mundo que eticamente rejeitamos, mas que historicamente integramos e ajudamos a criar” (ibidem, 30).

A jeito de remate, consigno minha satisfação em participar da leitura e explanação de uma estrada que, indubitavelmente, para regozijo dos estudiosos e júbilo da universidade brasileira, alçará ainda muitos voos.

Recebido em 05/04/2022

Aprovado para publicação em 05/04/2022 pela editora Kelly Silva

REFERÊNCIAS

Bourdieu, P. 1989. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.

Pecaut, D. 1990. *Os intelectuais e a política no Brasil*. São Paulo: Ática.

Schutz, A. 1967. *The phenomenology of the social world*. Evanston: Northwestern University Press.

Teixeira, Carla C. 2022. Do mundo das mulheres à etnografia das instituições. Um traçado em retrospectiva. *Anuário Antropológico* 47,2. P.11-35.



dossiê

Etnografias do “desmonte do SUS”:
precarização de serviços e
vulnerabilização de sujeitos em
contextos contemporâneos

v. 47 • nº 2 • maio-agosto • 2022.2

Apresentação do dossiê “Entre ‘precariedades’, ‘crises’ e o ‘colapso’: perspectivas antropológicas sobre o “desmonte” do SUS”

Between “precariousness”, “crises” and “collapse”: anthropological perspectives on the “dismantling” of the SUS

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9695>

Lucas Freire

Fundação Getúlio Vargas – Brasil

Antropólogo e pesquisador em estágio pós-doutoral no Programa de Pós-graduação em História, Política e Bens Culturais do Centro de Pesquisa e Documentação em História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas (PPHBC/CPDOC/FGV), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Coordenador do Laboratório de Antropologia Contemporânea (LAC/CPDOC).

ORCID: 0000-0002-9629-6840

lucas.mfreire@hotmail.com

Rosana Castro

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Brasil

Professora do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Doutora em Antropologia pela Universidade de Brasília, com estágio pós-doutoral em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Autora do livro *Economias políticas da doença e da saúde: uma etnografia da experimentação farmacêutica*.

ORCID: 0000-0002-1069-4785

rosana.maria.silva@uerj.br

Lucas Freire e Rosana Castro

As ideias de que o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) nunca foi plenamente implementado e que ele luta para se consolidar desde a sua criação são quase unânimes entre acadêmicos que discutem questões relativas ao campo da saúde no Brasil. Ao evidenciar as faltas e filas crônicas em diferentes regiões do país – fruto da desproporção da oferta de equipamentos, de recursos investidos e da quantidade de profissionais atuando nos territórios –, diversas pesquisas apontam que a precariedade dos serviços e a desigualdade para acessá-los é uma questão perene na saúde pública brasileira. “Ilhas de excelência” – como são retratadas poucas unidades públicas de saúde – e hospitais nos quais há carência não somente de itens básicos como dipirona, paracetamol, iodo, gaze, esparadrapo, papel higiênico, sabonete etc., mas também de equipe para o atendimento da população, existem simultaneamente no mapa sanitário brasileiro desde muito antes do início do processo de idealização do SUS. No entanto, parte dos pesquisadores, ativistas, especialistas, políticos, gestores e profissionais de saúde contemporâneos, notadamente nos campos da Antropologia e da Saúde Coletiva, argumenta que vivemos atualmente uma grave, inegável e inédita “crise da saúde” no país. Nesse sentido, associada à histórica reflexão crítica sobre os dilemas e as ambivalências da concretização de um sistema de saúde público e universal, a ideia de que o Brasil enfrenta, desde meados de 2015, sucessivas crises de diversos tipos – financeira, política, institucional, sanitária, de representatividade, entre outros – vem sendo debatida por diferentes atores e setores (Reis et al. 2016, Machado 2016, Maluf 2018, Paim 2018). A situação fundamental que marca esse processo é o golpe sofrido por Dilma Rousseff e a transformação aguda sofrida pelo campo das políticas e direitos sociais a partir dos governos de Michel Temer e, posteriormente, de Jair Bolsonaro, eleito em 2018. De modo geral, é sobre “crise”, “precariedade”, “escassez” e “desmonte” que se fala quando o assunto gira em torno das avaliações, preocupações e projetos para a área da saúde no país nos últimos anos.

Levando em conta esse contexto, consideramos a publicação do dossiê *Etnografias do “desmonte do SUS”: precarização de serviços e vulnerabilização de sujeitos em contextos contemporâneos* uma oportunidade ímpar de observar e refletir antropológicamente acerca de *como* os acontecimentos recentes representam e implicam rupturas, continuidades e transformações no que diz respeito ao direito à saúde no Brasil e às condições concretas de acesso aos serviços e tecnologias de saúde por diferentes grupos e sujeitos. Compreendendo que, de fato, vivemos um momento de aprofundamento das inflexões que relativizam, fragilizam e comprometem as políticas e os direitos relacionados à saúde, procuramos, neste dossiê, reunir contribuições da antropologia para uma caracterização e problematização do campo das políticas e práticas de saúde a partir de distintos contextos locais. Buscamos, ainda, lançar luzes sobre os modos diversos de intensificação e diversificação das lógicas e processos de vulnerabilização de populações, grupos e sujeitos atendidos no SUS ou com impedimentos para acessá-lo, mediante processos crônicos e agudos de “desmonte” do SUS.

Nesse sentido, nosso objetivo central foi reunir artigos que explorem etnograficamente as particularidades dos cenários contemporâneos no que concerne a

Lucas Freire e Rosana Castro

conexões entre desigualdades sociais, raciais, regionais, de gênero e outras; políticas de precarização do SUS e acesso à saúde, com especial atenção aos modos de caracterização, naturalização ou negligência de uma “crise”. Intentamos burilar discussões e contribuir para o urgente debate sobre o processo de “desmonte do SUS” a partir de pesquisas antropológicas e etnográficas que exponham e interpelem as práticas de governo que cooperam para sua fragilização, bem como os múltiplos obstáculos, possibilidades e caminhos percorridos por diferentes sujeitos, grupos e/ou populações na busca pelo acesso aos serviços e tecnologias de saúde.

Esse conjunto de questões, vale ressaltar, contempla nossas próprias preocupações de pesquisa e, nesse sentido, nos associa em um propósito ético-político de reflexão e ação relativas às diversas e complexas disputas que constituem a história do SUS, bem como diante da conjuntura política particularmente crítica e cruel que atravessamos nos últimos anos. Na pesquisa de doutorado de Rosana Castro (2020), a noção de precariedade foi constantemente acionada por médicos-pesquisadores, profissionais da indústria de pesquisas farmacêuticas e participantes de experimentos para caracterizar o SUS e, por contraste, para identificar os estudos clínicos como espaços excepcionais de atendimento e acesso a tecnologias de saúde. Por outro lado, centros de pesquisa brasileiros e os negócios a eles associados prosperavam na medida em que convertiam as “precariedades” crônicas do SUS em oportunidades de recrutamento de sujeitos em busca de tratamento, sobretudo pessoas negras em contextos urbanos. No caso da pesquisa de Lucas Freire (2019), por sua vez, a produção discursiva da “crise” do sistema de saúde no estado do Rio de Janeiro a partir de 2015 ressoava em um conjunto de práticas burocráticas não de gestão da escassez na área da saúde, mas uma *administração pela própria escassez*. Em conjunto, tais operações constituem uma necrogovernança, na qual regimes de morte são configurados mediante diferentes ações e omissões sistemáticas do Estado que *fazem morrer* determinados grupos sociais de um modo legalmente justificado e, de certa forma, silencioso.

A conjuntura sanitária nacional foi atravessada e transformada, entretanto, por pelo menos dois grandes eventos críticos (Das 1995) que sucederam ao período de nossas pesquisas e intensificaram os diversos processos etnografados. O primeiro deles, consequente do golpe sofrido por Dilma Rousseff em 2016, foi a ascensão de Michel Temer à presidência da República e o estabelecimento de uma série de reformas que atingiram em cheio o financiamento e a organização do SUS. Dentre estas, destaca-se a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), que congelou investimentos nos campos da saúde e da educação por vinte anos. Dando sequência a este movimento de corrosão das condições de possibilidade de sustentação do SUS, a eleição de Jair Bolsonaro à presidência da República em 2018 implicou a intensificação de uma agressiva agenda neoliberal e excludente no campo da saúde pública (Paim 2018). O segundo evento disruptivo se trata da pandemia de covid-19, decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020. Ainda em curso, o cenário se somou aos esforços de desmantelamento de uma série de políticas de saúde pública, por meio de ações e omissões, que colaboraram para o adoecimento e a morte de centenas de milhares de brasileiros

Lucas Freire e Rosana Castro

(Duarte 2020, Ventura et al. 2021) – em especial, populações negras, indígenas e com baixa renda (Werneck et al. 2021).

Em vista desses aspectos, antes de passarmos a uma apresentação geral dos artigos que compõem o dossiê, gostaríamos de explicitar mais detalhadamente: 1. De onde partimos empiricamente para pensar o “desmonte do SUS”; 2. Com quais perspectivas a respeito de noções como “crise”, “precariedade”, “desmonte” e, eventualmente, e “colapso” estamos operando. Ressalvamos que não é do nosso interesse fazer um exaustivo levantamento de todos os programas, serviços e unidades de saúde que foram afetados pelos sucessivos cortes, bloqueios e contingenciamentos promovidos por chefes do Executivo nos três níveis da administração pública. Alguns exemplos detalhados serão encontrados justamente nos textos que constituem o dossiê. Por outro lado, salientamos que, nesse esforço, não pretendemos concorrer para o fechamento das possibilidades de reflexão sobre ou a partir dessas noções, mas, justamente, sinalizar algumas linhas de força pertinentes a conceituações contemporâneas sobre “crise”, “precariedade” e “desmonte” que se desdobram em uma multiplicidade de emergências de cenários críticos, iluminados por pesquisas etnográficas.

“Crise”, “desmonte e “colapso” do SUS: processos e categorias de gestão da saúde, da doença e da morte

A segunda metade da década de 2010 foi marcada pelo rompimento tanto da forma de gestão quanto do projeto político que estava sendo implementado na esfera federal não apenas no que diz respeito à saúde, mas em todas as áreas relacionadas aos direitos sociais. Tal ruptura se deu não por meio de eleições diretas, mas por conta do *impeachment* sofrido pela presidenta Dilma Rousseff e a imediata substituição de sua equipe de ministros capitaneada pelo seu sucessor (Castro, Engel, e Martins 2018). Com a deposição da presidenta e a ascensão de Michel Temer à chefia do Executivo, o político e empresário Ricardo Barros assumiu o cargo de Ministro da Saúde. No auge da crise político-econômica, a indicação de Barros foi anunciada com o objetivo declarado de “economizar” e “cortar custos”. De início, o governo federal determinou uma suspensão de R\$ 2,5 bilhões dos gastos com saúde previstos no orçamento anual. Pouco tempo depois de ter assumido o ministério, Ricardo Barros concedeu uma entrevista na qual afirmou que, para reverter o quadro de crise, era necessário rever uma série de direitos previstos na Constituição Federal de 1988, dentre eles, o acesso universal à saúde. Em uma evidente evocação de uma lógica de “cidadania sacrificial” (Brown 2016), que “se expande de modo a incluir qualquer coisa relacionada à saúde de uma empresa ou nação ou, novamente, da nação como uma empresa” (Brown 2016, 9), segundo o então ministro, não haveria recursos suficientes para sustentar um direito tão “amplo e irrestrito” por muito mais tempo, de modo que era preciso encontrar um ponto de equilíbrio entre o que o Estado tem condições de suprir e o que o cidadão tem direito de receber.

Ricardo Barros deixou o Ministério da Saúde no início de abril de 2018. Na nota

Lucas Freire e Rosana Castro

de avaliação oficial de sua gestão, o destaque são os R\$ 5 bilhões economizados durante os dois anos em que exerceu o cargo. Expressões como “eficiência econômica” e “responsabilidade fiscal” aparecem no relatório como as principais qualidades que marcaram seu período à frente do Ministério. Seu substituto, Gilberto Occhi – que até então era presidente da Caixa Econômica Federal e não possuía qualquer experiência ou formação na área de Saúde Pública –, assumiu o cargo com a promessa de manter e ampliar as medidas formuladas pelo seu antecessor para tornar a gestão do SUS cada vez mais “eficiente”. Occhi ficou pouco tempo à frente do Ministério e sua atuação não se diferenciou de seu predecessor.

Com a vitória de Jair Bolsonaro nas eleições presidenciais de 2018, o processo de contingenciamento orçamentário foi mantido para diversos setores da seguridade e previdência social. Luiz Henrique Mandetta, alçado ao cargo de Ministro da Saúde nos primeiros anos do governo Bolsonaro, nunca questionou o montante recebido por sua pasta. Quando indagado acerca das dificuldades enfrentadas pelo setor da saúde no país, ele alegava sempre que o problema não era a falta de recursos, mas a má administração do dinheiro por parte das prefeituras e governos estaduais. Adicionalmente, conforme denotado em seu discurso de posse, em 2 de janeiro de 2019, Mandetta justificou sua adequação à posição de ministro acenando que “não se chega a um cargo de tamanha responsabilidade primeiro sem ter um compromisso muito grande com a família, com a fé, com o país, com a noção de pátria”. Tais referenciais, ressaltou, marcaram, por sua vez, a eleição de Bolsonaro; em suas palavras: “um candidato que vence a presidência da República calcado em princípios, em valores, em conduta. Não em detalhamento de programas de governo, mas em valores e princípios que calam muito fundo na alma do homem brasileiro”¹.

Nesse cenário, além da asfixia orçamentária, diversos programas e serviços do SUS foram sucateados e/ou alterados por uma patente mudança de diretrizes morais, políticas e técnicas de seu funcionamento. Dando sequência a mudanças no modelo de financiamento da atenção básica instaurados no governo Temer, em 2019 foi lançado o programa *Previne Brasil*, que extinguiu as lógicas de repasse de recursos do governo federal aos municípios segundo o tamanho da população adscrita – comprometendo significativamente o princípio de universalidade – e estabeleceu uma forma prioritária de pagamento por desempenho, dentre outras diversas mudanças que caminham na direção de uma focalização e mercantilização da atenção básica (Massuda 2020, Morosini, Fonseca, e Baptista 2020). Em uma postagem no Twitter realizada em novembro de 2021, o atual ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, descreveu orgulhosamente os rumos neoliberais assumidos pelo programa:

“E o Previne [Brasil] é uma nova estratégia que o @minsaude adotou para melhorar a qualificação da assistência, lá na ponta. Quem atender e cumprir os indicadores receberá mais recursos. Estimular a *concorrência* dos municípios garantirá melhor *eficiência* nas nossas políticas públicas”² (Tuíte do ministro Marcelo Queiroga, em 10 de novembro de 2021 – Grifos nossos).

1 Discurso completo disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-Fw7LLE81_U. Acesso em: 11 jun 2022.

2 Postagem disponível em: <https://twitter.com/mqueiroga2/status/1458476441985749006>. Acesso em: 11 jun 2022.

Lucas Freire e Rosana Castro

No âmbito nacional, uma das graves mudanças ocorreu no início de 2019 com a publicação da Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde. Instituindo o que seus formuladores chamaram de “nova saúde mental”, esse documento se coloca frontalmente contra os princípios que nortearam o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De acordo com Weiller (2019), a proposta enseja o resgate de leitos em hospitais psiquiátricos – favorecendo um modelo de atenção baseado não no cuidado nos territórios, mas na internação dos pacientes – e reconhece as chamadas Comunidades Terapêuticas – muitas delas baseadas em princípios religiosos – como dispositivos das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) habilitadas a receber financiamento público via SUS. Outro ponto afetado por essa nota está relacionado à Política Nacional de Álcool e outras Drogas. Passada para as mãos do Ministério da Cidadania, comandado na época por Osmar Terra, a perspectiva da *redução de danos* que orientava as ações no setor foi substituída pelo incentivo à abstinência e à proibição do consumo de substâncias (Cruz, Gonçalves, e Delgado 2020). Segundo especialistas, tais situações permitem caracterizar “um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (Delgado 2019, 1).

Outras políticas nacionais de saúde também foram ameaçadas pelo Governo Federal durante o primeiro ano de mandato de Bolsonaro. Uma iniciativa do Ministério da Saúde pretendia extinguir a Secretaria Especial de Saúde Indígena. Com isso, a intenção era desresponsabilizar a esfera federal pela manutenção e financiamento do Subsistema de Saúde Indígena, que teria suas ações transferidas para a gestão municipal. A pressão dos movimentos indígenas e de outras áreas de gestão do SUS fez com que diversas ações que compunham o projeto de “desmonte da política de saúde indígena” fossem retiradas de pauta (Magalhães 2022, 17). O Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e Hepatites Virais, por sua vez, não conseguiu reverter a ofensiva governamental. Ponto marcante do “desmantelamento” da historicamente notória resposta brasileira à “crise da aids” (Parker 2020) em maio de 2019, a estrutura institucional da área foi rebaixada no organograma do Ministério da Saúde – e, portanto, seu orçamento e autonomia foram reduzidos – a uma coordenação dentro do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Em uma acelerada descontinuação de uma série de ações informativas, educativas e sanitárias, “em apenas dez meses de governo, o ‘modelo brasileiro’ que havia sido tão elogiado internacionalmente se tornou vítima não somente de valores morais conservadores, mas de uma onda de populismo de direita que tomou o país nas eleições de 2018” (Parker 2020, 18).

O programa *Farmácia Popular*, criado pelo Governo Federal em 2004 para promover o acesso a medicamentos por meio de subsídios, também foi alvo de intervenções. Em sua proposta original, o programa funcionava através de parcerias com os governos estaduais e municipais e contava apenas com unidades próprias, nas quais eram distribuídos gratuitamente ou vendidos a preço de custo cerca de 125 itens, dentre medicamentos, anticoncepcionais, preservativos e fraldas geriátricas. Em 2006, a expansão do programa foi chamada de *Aqui tem Farmácia*

Lucas Freire e Rosana Castro

Popular e passou a oferecer esses itens também em farmácias da rede privada de varejistas. No início de 2017, o Governo Federal tomou a decisão de “reestruturar” o programa. De acordo com seus idealizadores, os grandes objetivos desse plano de reestruturação foram “combater as fraudes no sistema”, “aperfeiçoar o programa” e implantar “formas eficientes de controle na distribuição de medicamentos”. Na prática, a principal medida tomada foi estabelecer uma nova regra etária para o acesso a medicamentos. Ainda em 2017, o programa sofreu severos cortes e teve cerca de 400 unidades próprias fechadas. Em 2018, cogitou-se a possibilidade de rever as regras de repasse para os varejistas que aderiram ao programa, mas a proposta não avançou. Recentemente, o Ministro da Economia Paulo Guedes apresentou a ideia de extinguir formalmente o programa e direcionar seu orçamento para o programa *Renda Brasil*. Esse plano não foi bem recebido e também não prosperou (Freire 2019).

Destacamos o que aconteceu no nível federal da gestão da saúde nesse período porque foi nessa esfera que se desenharam – e ainda se desenharam – os grandes cortes orçamentários do Ministério da Saúde e “reestruturações” de serviços que desencadearam crises locais em diferentes cidades do país. Tais reduções têm sua origem na adoção de uma política fiscal caracterizada pela austeridade e iniciada a partir da promulgação da EC 95/2016 que instituiu o chamado “teto de gastos”. De modo resumido, o texto do projeto propunha a “estabilização do crescimento” das chamadas “despesas primárias”. Na prática, uma das principais consequências de sua aprovação foi o congelamento dos recursos destinados para a Saúde e a Educação por 20 anos, fazendo com que seus orçamentos sejam corrigidos anualmente a partir da inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Desde que entrou em vigor, a participação da União no financiamento da saúde pública brasileira tem diminuído. Em 2017, a esfera federal era responsável por custear 43,2% dos gastos do SUS. Em 2018, esse número caiu para 42,6% e, em 2019, para 42%. De acordo com dados presentes na página do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em fevereiro de 2020 o SUS havia perdido cerca de R\$ 20 bilhões em financiamento no ano anterior por conta do estabelecimento do teto de gastos³.

Em suma, o que se verifica a partir da reflexão acerca do que vem acontecendo com as unidades e políticas públicas de saúde nos últimos anos é um fenômeno que Funcia (2018 e 2019) e outros especialistas têm chamado de “desfinanciamento do SUS”. Para o autor, a ideia de um “subfinanciamento crônico” não é mais capaz de caracterizar o período pelo qual o Sistema Único de Saúde passou entre os anos 2015 e 2020. Isto é, não se pode mais descrever a situação dos recursos do SUS apenas como fruto de um aporte insuficiente de longa duração. Nesse sentido, o que define o quadro atual inaugurado pela EC 95/2016 é o da redução contínua do orçamento da Saúde e o decorrente acirramento da precarização de serviços, caracterizado por diferentes ações de “desmonte” e com efeitos diversos e difusos e da vulnerabilização de determinados sujeitos.

A pandemia de covid-19, deflagrada no início de 2020, veio a explicitar e recrudescer uma série de ações, omissões e estratégias que fragilizaram ainda mais

3 Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 15 jun. 2022.

Lucas Freire e Rosana Castro

uma série de políticas e populações usuárias do SUS. Desde os primeiros meses do espraiamento do coronavírus no território nacional, os discursos e posturas do presidente Jair Bolsonaro, acompanhado por diversos de seus ministros e apoiadores, procurou subestimar os efeitos danosos da covid-19. Ao mesmo tempo, na medida que proposições de adoção de medidas denominadas não-farmacológicas para mitigação dos contágios e evitação do “colapso do sistema de saúde”, baseadas na restrição de circulação de pessoas (e, conseqüentemente, na redução de produção e consumo de mercadorias e serviços), ganharam adesão de gestores estaduais e municipais, o governo federal assumiu a postura de condenar e litigar o fechamento de escolas, universidades, repartições públicas e estabelecimentos comerciais. Nesse cenário, o vírus SARS-CoV-2 foi absorvido tanto como uma “força de mercado” (Cesarino 2020) quanto como um vetor da moral tradicional conservadora, que deveria restituir às famílias (sobretudo às mulheres) o papel de cuidado de sujeitos considerados tanto mais vulneráveis quanto descartáveis. Assim, a gramática neoliberal parece enquadrar o Sars-CoV-2 e suas conseqüências letais como parte dessa ordem natural, e medidas impositivas como o isolamento social como intervenções nessa ordem – e, portanto, atentados à liberdade dos indivíduos (Cesarino 2020).

Nesse contexto, a proposição de medidas como a “imunidade de rebanho” – que previa a aceleração da imunização por contágio daqueles que eventualmente sobrevivessem ao adoecimento por meio da livre circulação de pessoas, de mercadorias e do próprio vírus – associada à defesa ainda corrente de uso de medicamentos considerados cientificamente ineficazes – e potencialmente danosos – à saúde do chamado “tratamento precoce” fragilizaram em muito a assistência de usuários do SUS. Com baixa disponibilidade de testes e aposta em ações individuais de intervenção em casos de adoecimento, em detrimento de estratégias coletivas de prevenção, tivemos picos astronômicos de contágios e óbitos nos anos de 2020 e 2021. Diante desse cenário, a Comissão Parlamentar de Inquérito instalada no Senado Federal (conhecida como *CPI da Pandemia*) passou a investigar ações e omissões do governo federal na condução da pandemia e seus efeitos na morte de centenas de milhares de brasileiros. Durante o processo, identificou-se que gestores de diferentes ministérios ignoraram as tentativas de contato da farmacêutica Pfizer, fabricante de uma das vacinas então recém-disponíveis contra a covid-19, atrasando, de modo capital, o início da vacinação no país. Adicionalmente, quando a vacinação de fato foi iniciada, o presidente e diversos gestores federais antagonizaram com determinadas marcas de vacinas, ao mesmo tempo em que produziram uma série de discursos de suspeita sobre sua segurança e eficácia.

Nesse contexto, impossível não mencionar o caso de Manaus e de outros municípios do estado do Amazonas, identificado como a mais aguda situação de “colapso” do sistema de saúde. Diante de recuos nas medidas de isolamento social realizadas por gestores locais, em resposta a pressões de empresários, trabalhadores de setor varejista e outros setores da população, os casos e as internações por covid-19 subiram rapidamente, culminando na ausência de leitos, equipamentos e mesmo de balões de oxigênio para atendimento de pessoas adoecidas (Barreto

Lucas Freire e Rosana Castro

et al. 2021). O caso ganhou a atenção da mídia nacional e internacional, diante de fatos absolutamente dramáticos e evitáveis de familiares de pessoas com falta de ar percorrendo diversos pontos da cidade e clamando por quaisquer possibilidades de auxílio nas redes sociais. A ideia de “colapso”, relacionada a uma complexa “necropolítica dos números” (Pereira 2021) que organizava a gestão de leitos de UTI, hospitalizações e óbitos, tornou-se um modo crescentemente recorrente para se referir ao SUS – uma expressão que evocava os riscos da exaustão completa dos recursos já problematicamente disponíveis para atendimento de seus usuários.

Dada essa conjuntura, insistimos na importância de se analisarem criticamente os modos como são elaboradas categorias e demarcações temporais que definem determinadas situações como uma “crise” e/ou como passando por um processo de sucateamento, asfixia, desmonte ou mesmo colapso. A partir das ferramentas teórico-metodológicas das ciências sociais – com especial destaque para a perspectiva etnográfica – e da bibliografia acumulada sobre o tema, acreditamos no potencial das pesquisas antropológicas de contribuir com o debate sobre o movimento de constituição mútua que caracteriza as relações entre as “crises” e os “desmontes” das políticas públicas. Assim, ainda nesse primeiro momento da apresentação, pretendemos expor quais são propriamente as noções de *crise*, *evento crítico*, *desmonte*, *precariedade* e *vulnerabilização* que balizam nossas reflexões sobre o atual quadro das unidades e serviços públicos de saúde brasileiros. Nesse sentido, encontramos nos artigos reunidos do dossiê temas como os efeitos do desmonte das políticas de saúde mental no cotidiano de uma equipe que atua com usuários de álcool e outras drogas; o recurso ao aparato judicial como forma de obter acesso aos serviços e às tecnologias de saúde; ações comunitárias de produção e disseminação de informação, insumos e cuidados; estratégias de navegação e sobrevivência como as costuras entre diferentes serviços e instâncias de saúde; desarticulação de importantes políticas de saúde do país, como o *Programa Mais Médicos* (PMM); dentre outros.

De partida, consideramos importante ressaltar que um evento é enquadrado como crítico não só quando rearticula de modo radical as relações entre poderes, instituições e grupos sociais (Das 1995), mas também quando uma experiência como, por exemplo, o adoecimento, provoca uma fratura na expectativa de normalidade em suas dimensões temporal, espacial, coletiva e subjetiva (Das 2015). Assim, enquanto o enquadramento (Butler 2018) de uma crise coloca certos contextos, grupos e relações em evidência de modos particulares, situações de letalidade cotidiana (Povinelli 2011) passam ao largo do escrutínio, da comoção e do engajamento públicos, sendo vistos e tratados como situações normais, naturais ou inexoráveis. Os desafios de grupos e sujeitos que vivem em “condições de vida adversas” (Carneiro 2005), em especial, populações negras, indígenas, periféricas, LGBTQIA+ e outras, nesses contextos, tendem a passar despercebidos ou ser consideradas inevitáveis ou mesmo desejáveis sob a caracterização da precariedade do sistema de saúde.

Ao investigar como o conceito de “crise” é operado tanto pelas pessoas em sua vida cotidiana quanto na literatura acadêmica, Mbembe e Roitman (1995) e

Roitman (2014) apontam que as crises vêm sendo tratadas como uma espécie de “momento da verdade” no qual é disputado e construído um modo particular de dar sentido aos acontecimentos e de narrar a história, seja ela pessoal (micro) ou geral (macro). Mais do que isso, os autores argumentam que conforme se consolida uma certa tendência de normalização da tautologia de “explicar as crises por elas próprias”, a crise converte-se em um idioma estruturador das experiências, de modo que seu significado passa a ser tido como dado.

Movimento semelhante foi também recentemente descrito por Fassin (2021), para quem o termo “crise” ocupa agora um lugar no vocabulário comum e amplamente compartilhado como parte do imaginário social contemporâneo. O autor sublinha também os perigos de fazer da crise uma palavra cuja acepção é autoevidente. Para ele, a banalização da ideia de crise gera riscos tanto de esvaziamento conceitual, em especial quando o termo é utilizado irrefletida e genericamente para descrever episódios dramáticos; quanto de ordem política, uma vez que a categorização de uma situação como uma “crise” demanda que se adotem respostas emergenciais que podem legitimar um estado de exceção mais ou menos permanente ou de prolongada duração.

Roitman (2014) afirma que há um ponto cego na produção das ciências sociais acerca da noção de crise. Segundo ela, parte da bibliografia especializada no assunto busca concentrar-se em refletir sobre as explicações e origens das crises, o que faz com que o questionamento da própria ideia de crise seja quase sempre deixado de lado. Isto é, ao tomar a crise simultaneamente como um dado e um problema sociológico cujo significado é autoexplicativo, os autores envidam esforços para discutir as causas, os culpados e, eventualmente, as soluções para diferentes crises. Desse modo, na medida em que a definição de algo como uma crise depende fundamentalmente do silenciamento de outras formas pelas quais uma mesma situação poderia ser compreendida, a literatura seria um elemento da própria produção do fenômeno por não questionar a existência da crise em si mesma.

Se a designação de uma crise funciona como um tipo de “diagnóstico do tempo presente” (Roitman 2014), sua operacionalização só é possível por meio da permissão e do estímulo para que certos questionamentos sejam feitos, enquanto outros são sumariamente obliterados e/ou bloqueados. No caso da crise da saúde, a disputa narrativa em torno da definição da “verdade sobre a crise” se dá entre variados atores, órgãos e instituições que possuem não apenas pontos de vista distintos – e até mesmo opostos –, mas também capacidades de articulação, de mobilização de capital político e de imposição de suas próprias perspectivas sensivelmente desiguais.

Levando isso em consideração, um primeiro exercício antropológico que precisa ser estimulado é ponderar quem e como estão construídos os episódios e fenômenos que funcionam como “indicadores” e o que está sendo entendido como um “desmonte”. Afinal, o desabastecimento de medicamentos básicos passou a ser visto como sinal de uma crise somente quando ele atingiu unidades de saúde localizadas nas capitais e regiões metropolitanas do Brasil. Nesse sentido,

Lucas Freire e Rosana Castro

é fundamental que nos interroguemos se e quando os sinais desse desabastecimento surgiram em outras partes do país, como, por exemplo, nas áreas rurais e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), ou até mesmo se, em algum momento da história do SUS, esses locais foram de fato abastecidos. Em outras palavras, partindo de um olhar antropológico, cabe-nos perguntar por que situações análogas não escandalizam e não caracterizam uma crise quando se passam em certos lugares e/ou atingem majoritariamente determinadas populações. Dessa pergunta inicial, sucedem outras, como, por exemplo, qual é exatamente esse SUS que está sendo “desmontado” pela crise?

É importante destacar que formular perguntas como essas não quer dizer que o objetivo das pesquisas seja a produção de uma explicação particular para a crise ou chegar a uma conclusão do que exatamente significa “estar em crise”. Nossa intenção é estimular a investigação acerca de que tipo de trabalho político o termo “crise” faz ou deixa de fazer na construção de formas narrativas e enquadramentos, bem como pensar nos propósitos aos quais uma definição como essa serve. Segundo Koselleck (1999), “crise” e “crítica” são conceitos cognatos. Definir algo como uma crise pressupõe uma forma de narrar que visa determinar como as coisas *deveriam* funcionar e quais foram os desvios que geraram tal situação. Ou seja, na medida em que a *crise* é sempre o resultado da discrepância entre a “experiência vivida” e a “expectativa da história”, uma declaração de crise sempre engendra uma certa forma de crítica.

Atentos a esse aspecto, concordamos com a proposição de Roitman (2014) de que a crise deve ser observada a partir de uma perspectiva da *política da crise*, uma vez que a designação de uma crise é o primeiro passo para a elaboração de projetos de um “futuro novo”, os quais são muitas vezes revestidos de um imperativo moral incontornável. Isto é, a retórica da crise exige que se estabeleça um “futuro outro”, o que fundamenta diferentes planos e ações de caráter intervencionista. Como demonstrado na etnografia de Clara Han (2012), as iniciativas baseadas na contenção de despesas em nome de uma responsabilidade fiscal estatal tendem a (re)produzir a precarização de variados serviços públicos e transferir para os próprios sujeitos e/ou seus familiares o dever de cuidado. De acordo com a autora, esse movimento não só retira responsabilidades cruciais do Estado na garantia do bem-estar da população, mas também engendra uma perversa relação entre adoecimento e endividamento em regimes político-econômicos marcadamente neoliberais.

Ressaltamos, no entanto, que se a tarefa primordial da antropologia é desconfiar das categorias usadas recorrentemente e que aparentam ter significados e conteúdos autoexplicativos, também é necessário ter atenção aos problemas políticos e teóricos que podem decorrer de um exercício de relativismo irresponsável e capaz de produzir falsas simetrias. Assim, consideramos indispensável explicitar que, ao colocar a crise e o desmonte no centro da discussão, não pretendemos, de forma alguma, dizer que eles são algo fabricado e que só existem em um plano discursivo um plano discursivo. Pelo contrário, a crise e o desmonte se fazem presentes e palpáveis, e simultaneamente heterogêneos e particulares, no cotidiano

Lucas Freire e Rosana Castro

das inúmeras pessoas que dependem do SUS, tal como é possível depreender dos artigos do dossiê.

O dossiê

O dossiê é composto por um total de seis artigos. O primeiro deles, de Lucas Faial Soneghet, aborda o caso particular de Marília e de sua filha e cuidadora principal, Isabel. Usuária de um serviço público de atendimento domiciliar que realiza atendimento de pessoas em cuidados paliativos, sua trajetória entre diferentes modalidades de atendimento, de frustração com os serviços de saúde e de dificuldades para manutenção de tratamentos caros é etnograficamente descrita a partir dos encontros e conversas realizados em sua casa, junto de Daniele, psicóloga do serviço. Sensível à “fragilidade e vulnerabilidade da vida cotidiana”, tal qual apontada por Veena Das (2015), ao longo da escrita, o autor desenvolve o conceito de *normalidade crítica*, assentado sobretudo na proximidade da morte de Marília. Por meio dessa categoria, sinalizam-se as múltiplas formas de cotidianização de situações adversas, as quais são repetidamente tidas como “normais”, mesmo que eivadas por angústias, sofrimento e dor. Assim, ao passo que os serviços de saúde são instados a dar conta de faltas e expectativas de atendimento às metas nos atendimentos aos usuários, na vivência de Marília, “o que é cotidiano nem sempre é experimentado como ‘normal’ e nem por isso deixa de ser vivido como cotidiano” (Soneghet 2022, 207). Seu artigo sinaliza como os modos de gestão cotidiana da saúde e do sofrimento, no espaço do atendimento domiciliar, redundam em situação de cotidianização da dor que, mesmo diante da inevitabilidade da morte, poderia ser evitada ou mitigada.

O artigo seguinte, de Leonardo do Amaral Pedrete, trata de como os sujeitos acionam o Judiciário na busca pela efetivação do direito à saúde. Como destaca o autor, se o apelo aos tribunais consolidou uma importante via para a expansão da assistência farmacêutica a partir dos anos 2000, esse mecanismo também é responsável por delimitar, ainda que indiretamente, que demandas serão atendidas e que cuidados serão ofertados pelo poder público. Assim, a judicialização contribui para um fenômeno que autores como João Biehl (2009) e Joseph Dumit (2012) chamam de *farmaceuticalização do cuidado*, isto é, a ideia de uma terapêutica homogênea baseada no fornecimento pontual de uma tecnologia farmacêutica específica. Somam-se a isso o recrudescimento da burocratização e a suspeição generalizada em relação aos pedidos judiciais na área da saúde provocados pela deflagração de operações policiais que visam combater a “corrupção do setor”. Nessa conjuntura, a pergunta que articula os argumentos do autor é: o que acontece com pacientes que lidam com enfermidades crônicas e necessitam de cuidados de longa duração? Para responder a esse e outros questionamentos, Pedrete lança mão de dados etnográficos oriundos de uma pesquisa realizada entre os anos 2018 e 2019 em um núcleo de atendimento da Defensoria Pública da União (DPU) da cidade de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul (RS).

Alvo de críticas de cunho xenófobo e racista da campanha eleitoral de 2018

Lucas Freire e Rosana Castro

de Jair Bolsonaro, o *Programa Mais Médicos* (PMM) foi fortemente atingido antes mesmo da posse do atual presidente da República. Após acusações e impropérios diversos contra médicos e contra o governo cubano, as autoridades deste país decidiram suspender sua participação no programa – posteriormente encerrado e substituído pelo errático *Médicos pelo Brasil*. Os impactos dessa abrupta interrupção do programa, que impactou milhares de municípios brasileiros com o reforço qualificado no atendimento médico, é o tema do terceiro artigo do dossiê, de Bruna Motta dos Santos. Sob a perspectiva do conceito de “evento crítico” (Das 1995) e o aporte teórico da antropologia das emoções, a autora aborda como os médicos cubanos que permaneceram no Brasil após o encerramento do PMM tiveram suas vidas profissionais, pessoais e familiares drasticamente alteradas. Acionando material jornalístico para etnografar as diversas perdas sofridas por esses médicos e suas estratégias para lidar com elas, Santos analisa as diferentes temporalidades agenciadas nas experiências e expectativas dos médicos a partir das categorias de *tempo da medicina* e *tempo da sobrevivência*. Trabalho, emoções e tempo são então articulados nos modos de referenciar um momento da vida que, narrado no passado, tanto contrasta com um presente de frustrações e estratégias para manutenção de suas vidas e suas famílias, com o sustento advindo de outras ocupações (como balconistas, garçons, cozinheiros, dentre outras), quanto delinea as perspectivas de um futuro caracterizado pelo retorno aos tempos de exercício da medicina no Brasil.

O artigo subsequente é de autoria de Elaine Reis Brandão. Seu trabalho aborda uma questão histórica nos campos de estudos e de ativismo da saúde reprodutiva no Brasil: a oferta de tecnologias contraceptivas reversíveis de longa duração do SUS. Remontando ao já conhecido caso do Norplant, experimentado em mulheres brasileiras nos anos 1980, e estendendo sua leitura histórico-etnográfica até o presente, a autora analisa como a proposta de oferta de contracepção por meio de um implante subdérmico, discutida no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), denota um projeto que articula tanto um ataque ao princípio de universalidade do sistema quanto uma intencionalidade de controle reprodutivo de um certo grupo de mulheres. O objeto de análise principal é a consulta pública feita pela Conitec a respeito da restrição da oferta da tecnologia para um grupo particular de mulheres cisgênero, dentre elas, aquelas em situações de encarceramento, moradoras de rua e usuárias de drogas, cujo maior contingente é formado por mulheres negras e pobres. A justificativa para tanto articula não somente o argumento de “custo-efetividade”, por meio do qual se sinaliza a escassez de recursos para oferta universal da tecnologia, mas também uma sistêmica retórica de teor racista, sexista e religioso que descreve como o público-alvo do implante aquele que deve ter sua reprodução mais eficazmente controlada pelo Estado. No centro da discussão de Brandão, encontra-se a categoria de “vulnerabilidade”, acionada nos documentos oficiais para descrever, ao mesmo tempo, a não reprodução de uma população indesejada e a “saúde” das finanças públicas – resguardadas na redução de gastos com a oferta de implantes e também na evitação de empenho em recursos que garantissem a assistência

87

Lucas Freire e Rosana Castro

necessária para uma eventual gestação.

O próximo artigo, de João Balieiro Bardy, traz importantes contribuições para a dimensão cotidiana do desmonte da política de saúde mental voltada para pessoas que fazem uso de álcool e outras substâncias psicoativas no contexto da pandemia de covid-19. Baseado em uma etnografia conduzida ao longo de dezesseis semanas entre os anos de 2020 e 2021, o autor discute os efeitos psicológicos e emocionais que a precarização das condições de trabalho e o desmonte provoca entre os profissionais que atuavam no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Antônio Orlando (CAPS ADAO). Em diálogo com os conceitos de *ecologias de cuidado* (Das 2015) e de *alternativas infernais* (Stengers e Pignarre 2011), Bardy nos mostra como se deu a inversão de responsabilidades entre quem deve formular a política pública de saúde e as pessoas encarregadas de colocá-las em prática, fazendo com que, diante da ausência de diretrizes e protocolos, os profissionais tivessem que decidir caso a caso que tipo de cuidado poderia ser oferecido ou não. É atento a esse cenário que ele argumenta que o vírus se torna duplamente letal: ele mata não apenas ao contaminar pulmões e outros órgãos do corpo, mas também ao produzir fissuras na estrutura psíquica de quem estava na linha de frente do combate ao coronavírus.

Como mencionado anteriormente, o dossiê pretende abarcar não somente pesquisas que tratem do desmonte de programas e políticas de saúde vinculados ao SUS, mas também aquelas cujo foco está nas estratégias mobilizadas pelas pessoas para contornar ou mitigar os efeitos da constante precarização dos serviços de saúde. É esse o caso do último artigo que compõe o dossiê, de Stella Zagatto Paterniani. O texto aborda, como o próprio título sugere, a organização e os expedientes acionados por moradores de periferias urbanas e agentes populares de saúde para *driblar o desmonte*. A partir de um experimento etnográfico elaborado com base em uma pesquisa conduzida durante os anos de 2020 e 2021 – os mais duros e difíceis no que diz respeito à realização de trabalho de campo tal como estávamos acostumados –, a autora trata de uma campanha nacional articulada por movimentos populares que reuniu habitantes das periferias, líderes comunitários, militantes e voluntários. Tendo como eixo central a *solidariedade popular*, a campanha mobilizou as pessoas reunidas em coletivos em prol de três atividades principais: a logística para recebimento e distribuição de doações; o apoio ao protagonismo dos próprios residentes na organização dos territórios; e a formação de agentes populares de saúde (em uma relação de continuidade e contraposição aos agentes comunitários de saúde). Recusando as narrativas que congelam os sujeitos dentro de categorias como “populações vulneráveis” e/ou “em situação precária”, Paterniani nos mostra, por um lado, como esses processos de vulnerabilização e precarização são, na verdade, continuamente atualizados e reforçados, a ponto de serem considerados como dados; e, por outro, a autogestão e as saídas criativas elaboradas pelos sujeitos para superar as adversidades e escapar dessas formas de classificação.

Por fim, enfatizamos que a proposição deste dossiê buscou provocar reflexões que abordem criticamente os modos de *precarização* do sistema de saúde, em espe-

Lucas Freire e Rosana Castro

cial as estratégias contemporâneas de seu sucateamento e privatização, bem como apontar para as formas sistemáticas de *vulnerabilização* de certos grupos e sujeitos. Ao salientar uma certa dimensão processual e relacional, frisamos como as pesquisas aqui reunidas tratam a “precariedade” e a “vulnerabilidade” não como estados fixados ou características intrínsecas aos sujeitos, serviços e instituições, mas sim como condições politicamente induzidas que são resultado de uma histórica distribuição desigual de recursos materiais e simbólicos. Apostando na potência da etnografia, os trabalhos deste dossiê contribuem para o adensamento de discussões antropológicas sobre os próprios modos de produção política, discursiva e material de “crises”, “desmontes”, “precariedades”, “escassezes” e “colapsos”.

Desejamos a todas uma boa leitura.

Recebido em 21/06/2022

Aprovado para publicação em 21/06/2022 pela editora Kelly Silva

Referências

- Barreto, Ivana Cristina de Holanda Cunha, Raimundo Valter Costa Filho, Ronaldo Fernandes Ramos, Luciana Gonzaga de Oliveira, Natália Regina Alves Vaz Martins, Fabrício Vieira Cavalcante, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, e Leonor Maria Pacheco Santos. 2021. “Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não-farmacológicas de redução da transmissão da covid-19”. *Saúde Debate* 45(131): 1126–39.
- Biehl, João. 2009. *Will to live: AIDS therapies and the politics of survival*. Princeton: Princeton University Press.
- Brown, Wendy. 2016. Sacrificial citizenship: neoliberalism, human capital, and austerity politics. *Constellations* 23(1): 3–14.
- Butler, Judith. 2018. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Carneiro, Aparecida Sueli. 2005. “A construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser”. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Castro, Rosana, Cíntia Engel, e Raysa Martins. 2018. “Crise por quê? Crise pra quem?”. *In Antropologias, saúde e contextos de crise*, 12–23. Brasília: Sobrescrita.
- Castro, Rosana. 2020. *Economias políticas da doença e da saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Cesarino, Letícia. 2020. “Coronavírus como força de mercado e o fim da sociedade”. Blog AntropoLÓGICAS EPIDÊMICAS. <https://www.antropologicas-epidemicas.com.br/post/corona%C3%ADrus-como-for%C3%A7a-de-mercado-e-o-fim-da-sociedade>
- Cruz, Nelson F. O., Renata W. Gonçalves, e Pedro G. G. Delgado. 2020. “Retrocessos da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019”. *Trabalho, Educação e Saúde* 18(3): e00285117.
- Das, Veena. 1995. *Critical events: an anthropological perspective on contemporary India*. Delhi: Oxford University Press.
- Das, Veena. 2015. *Affliction: health, disease, poverty*. New York: Fordham University Press.
- Delgado, Pedro Gabriel. 2019. “Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte”. *Trabalho, Educação e Saúde* 17(2): 1–4.
- Duarte, Tiago Ribeiro. 2020. “Ignoring scientific advice during the covid-19 pandemic: Bolsonaro’s actions and discourse”. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society* 3(1): 1–4.
- Dumit, Joseph. 2012. *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. Durham; Londres: Duke University Press.
- Fassin, Didier. 2021. “Crisis”. *In Words and worlds: a lexicon for dark times*, orgs. Veena Das, e Didier Fassin, 261–76. Durham; London: Duke University Press.
- Freire, Lucas. 2019. “A gestão da escassez: uma etnografia da administração de litígios de saúde em tempos de ‘crise’”. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Lucas Freire e Rosana Castro

- Funcia, Francisco. 2018. “Sistema Único de Saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da Emenda Constitucional 95/2016”. In *30 anos da Seguridade Social: Avanços e Retrocessos*, org. Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil – ANFIP, 89–104. Brasília: ANFIP.
- Funcia, Francisco. 2019. “Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos”. *Ciência & Saúde Coletiva* 24(12): 4405–14.
- Han, Clara. 2012. *Life in debt: times of care and violence in neoliberal Chile*. Berkeley: University of California Press.
- Koselleck, Reinhart. 1999. *Crítica e crise: uma contribuição à patogênese do mundo burguês*. Rio de Janeiro: EdUERJ; Contraponto.
- Machado, Igor José de Renó. 2016. Apresentação ao dossiê: Antropologia do Impeachment. *R@u: Revista de Antropologia da UFSCar* 8(2): 7–9.
- Magalhães, Aline Moreira. 2022. “O subsistema é nosso: mobilizações indígenas e a coletivização do cuidado no Brasil”. *Mana* 28(1): 1–33.
- Maluf, Sonia. 2018. “Antropologias e políticas em contextos de crise: saudades do futuro”. In *Antropologias, saúde e contextos de crise*, orgs. Rosana Castro, Cíntia Engel, e Raysa Martins, 24–35. Brasília: Sobrescrita.
- Massuda, Adriano. 2020. “Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?” *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4): 1181–8.
- Mbembe, Achille, e Janet Roitman. 1995. “Figures of the subject in times of crisis”. *Public Culture* 7: 323–52.
- Morosini, Marcia Valeria Guimarães Cardoso, Angelica Ferreira Fonseca, e Tatiana Vargas de Faria Baptista. “Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Básica e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?”. *Cadernos de Saúde Pública* 36(9): e00040220.
- Paim, Jairnilson S. 2018. “Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos”. *Ciência & Saúde Coletiva* 23(6): 1723–8.
- Parker, Richard. “AIDS Crisis and Brazil”. *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*, 29. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199366439.013.865>
- Pereira, Everson Fernandes. 2021. “A pandemia de covid-19 na UTI”. *Horizontes Antropológicos* 27(59): 49–70.
- Povinelli, Elizabeth A. 2011. *Economies of abandonment: social belonging and endurance in late liberalism*. Durham; Londres: Duke University Press.
- Reis, Ademar A. C., Ana Paula M. Sóter, Lumena A. C. Furtado, e Silvana S. S. Pereira. 2016. “Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS”. *Saúde Debate* 40 (n. especial): 122–35.
- Roitman, Janet. 2014. *Anti-Crisis*. Durham; London: Duke University Press.
- Ventura, Deisy, e Rosana Reis. “A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19”. *Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil* (10): 6–31. <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>

Lucas Freire e Rosana Castro

Weiller, José Alexandre Buso. 2019. “O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro”.

In Direitos Humanos no Brasil 2019: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos, orgs. Daniela Stefano, e Maria Luisa Mendonça, 231–8. São Paulo: Outras Expressões.

Werneck, Guilherme, Lígia Bahia, Jéssica Pronestino de Lima Moreira, e Mário Scheffer.

“Mortes evitáveis por covid-19 no Brasil”. https://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf

Duplamente letal: a destruição psíquica dos profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19

Doubly lethal: the psychological deterioration of healthcare professionals during the covid-19 pandemic

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9699>

João Balieiro Bardy

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil

ORCID: 0000-0003-0736-8134

joao.bardy2@gmail.com

Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro – PPGSA/IFCS/UFRJ.

No presente artigo busco expor e desenvolver como a precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) afeta os processos de subjetivação daqueles corpos que o compõem. Utilizando dados colhidos a partir de uma incursão etnográfica em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), em um município do interior paulista, o texto que se segue se organiza por uma elaboração dos impactos que grandes eventos epidemiológicos têm sobre a saúde mental das populações que afetam, particularmente no caso dos profissionais de saúde que seguem suas práticas profissionais sob estes contextos. Ademais, viso trabalhar a particularidade da pandemia de covid-19 a partir de uma análise das contingências políticas que tornam o caso brasileiro singular dentro do contexto global da pandemia. Em um segundo momento, conecto processos políticos macroestruturantes a micropolíticas cotidianas de cuidado e os afetos que elas engajam. Para demonstrar estes caminhos pelos quais grandes mudanças afetam trajetórias individuais, utilizo a base teórica desenvolvida pelo campo da antropologia das emoções. Para sustentar a argumentação, utilizei entrevistas e narrativas etnográficas que compuseram o meu material de campo durante a vigência de meu mestrado, que se deu integralmente durante a pandemia de covid-19.

Precarização; SUS; CAPS AD; Pandemia.

In this article, I seek to expose and develop how the precariousness of the Unified Health System (SUS) affects the processes of subjectivation of those bodies that compose it. Using data collected from an ethnographic incursion in a Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs (CAPS AD), in a city in the interior of São Paulo, the text that follows is organized by an elaboration of the impacts that major epidemiological events have on the mental health of the populations they affect, particularly in the case of health professionals who conduct their professional practices under these contexts. Furthermore, I aim to work on the particularity of the pandemic of covid-19 from an examination of the political contingencies that make the Brazilian case unique within the global context of the pandemic. In a second moment, I connect macro-structural political processes to everyday micro-politics of care and the affections they engage. To demonstrate these ways in which major changes affect individual trajectories, I use the theoretical basis developed by the field of the anthropology of emotions. To support the argument, I used interviews and ethnographic narratives that were part of my field material during the course of my master's degree which took place entirely during the covid-19 pandemic.

Precarization; SUS; CAPS AD; Pandemic.

João Balieiro Bardy

Introdução

Quando comecei a negociar minha entrada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Antônio Orlando (CAPS ADAO), em 14 de dezembro de 2020, registraram-se 520 mortes por covid, que, somadas ao total, contabilizavam 181.939 óbitos no Brasil. No dia 11 de janeiro de 2021, quando efetivamente me inseri no campo, registraram-se 480 mortes; total de 203.617 óbitos. Quando meu campo foi suspenso, no dia 16 de março de 2021, 2.841 mortes foram registradas. A média móvel beirava os 2000 óbitos diários – 1965 mortes na média móvel dos últimos sete dias – e totalizavam-se 282.400 óbitos desde o início da pandemia.

Durante uma segunda imersão, iniciada em 6 de outubro de 2021, foram registradas 543 mortes, média de 464 nos últimos 7 dias e total de 599.414 óbitos. Quando encerrei esta segunda imersão, em 30 de novembro de 2021, foram registradas 326 mortes – média de 231 mortes nos últimos sete dias. Ao momento em que escrevo a última versão deste artigo, os óbitos pela covid-19 no Brasil passam de 659.000.

Ao todo, foram 16 semanas de campo, divididas em duas porções de 8 semanas, nas quais acompanhei o cotidiano do CAPS ADAO, seus trabalhadores, *usuários*¹ e outros personagens que por ali circulavam: pessoas em situação de rua, vendedores ambulantes, ambulâncias, policiais da Guarda Civil Metropolitana (GCM) e outros profissionais vinculados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Este artigo é composto com material etnográfico de minha pesquisa de mesurado, que, quando foi concebida, esperava contar a história dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), seu funcionamento, suas contingências, suas possibilidades e potencialidades, o contexto legal e político que permitia que eles operassem da maneira como operavam, as relações que o permeavam. A todos estes fatores somaram-se as máscaras, o álcool em gel, o luto não elaborado, o medo de infectar e ser infectado. Essencialmente, este texto trata sobre as ecologias de cuidado (Das 2015, Das e Das 2006) e estratégias de cuidado direcionadas às pessoas que cometem abuso de Substâncias Psicoativas (SPAs) durante o período de pandemia. Ancorado neste processo histórico particular, espero expor e desenvolver os caminhos pelos quais a precarização da principal política pública do país afeta os processos de subjetivação daqueles corpos que a compõem.

A noção de “ecologia de cuidados” desenvolvida nos trabalhos de Veena Das (2015) e Veena Das e Ranendra Das (2006) produziu diálogos importantes para meu argumento, na medida que esta noção implica as lógicas de cuidado dentro das configurações locais onde elas se dão, assim como revelam as intrincadas redes relacionais entre profissionais, pacientes, domicílios que contingenciam o curso e o desenvolvimento de processos de adoecimento. No caso do artigo de Das e Das (2006), no qual se avaliam os usos de medicamentos e automedicação em bairros pobres de Nova Delhi, as causas e fenomenologias atribuídas às doenças e ao sofrimento encontram-se embutidas em um complexo mundo local onde seus significados estão entrelaçados com regimes laborais, casas e éticas profissionais distintas, que variam da indústria farmacêutica às terapias medi-

1 Todas as categorias êmicas deste texto encontram-se grafadas em *itálico*, de modo a destacar os termos que tomo emprestado dos saberes que compõem o campo. No caso da categoria *usuário*, este recurso gráfico mostra-se particularmente importante na medida que a noção de *usuário* de droga – grifada no texto sem marcadores – é distinta da de *usuário* de um serviço psicossocial – grifada em *itálico*. A categoria *usuário* emerge no campo da saúde coletiva como contraponto à noção de paciente. Entende-se que nomear o sujeito como *usuário* da política pública o circunscreve em um contexto de ação, engajamento e composição ativa de seu processo de cuidado. Paciente, por outro lado, transmite uma ideia de passividade frente às decisões dos distintos saberes que compõem a área da saúde. Promover um processo de cuidado no qual aquele que necessita do cuidado possa ser participante efetivo do mesmo é parte desse processo no CAPS AD que estudei.

João Balieiro Bardy

camentosas locais. É nessa amálgama de atores e agências, significados e significações, políticas federais e arranjos políticos locais que as ecologias de cuidado se formam e informam. Através dessa configuração teórica, foi possível abarcar as contingências pré-existentes, assim como as drásticas mudanças trazidas pela pandemia na elaboração da escrita deste artigo.

Nesse sentido, a pandemia insere-se como contingência fundamental nos processos de constituição das redes, práticas e ecologias de cuidado e, por consequência, apresenta-se ela também como um evento processual na medida em que os limites epidemiológicos eram constantemente negociados tanto em âmbito institucional quanto subjetivo. Assim, o cuidado e os agentes de produção do cuidado no CAPS ADAO mostraram-se, respectivamente, como categoria e atores centrais no meu campo. Além de serviço de saúde, era frequente que se ouvisse a denominação do CAPS ADAO como “espaço de cuidado” entre os profissionais. No CAPS ADAO, quando um *usuário* aciona a equipe, diz-se que “ofertava-se o cuidado”.

Muitas vezes, durante a vigência do campo, as demandas de *usuários* que chegavam aos portões do espaço não podiam ser acolhidas. Em tempos não pandêmicos, os profissionais relataram-me ocasiões em que o grande pátio no térreo da casa onde o CAPS ADAO se localizava comportava cerca de 50 *usuários*. Contudo, no período em que estive junto do serviço, a permanência no espaço ficava restrita a 8 *usuários* inseridos em leitos, mais 5 *usuários* por período (manhã e tarde), em razão do protocolo recomendado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Apesar da presença reduzida de usuários no serviço, as demandas aumentaram durante a pandemia. Em outros momentos, dinâmicas terapêuticas grupais eram realizadas diariamente no serviço. Em consonância com os princípios da metodologia psicossocial, a equipe buscava criar novos espaços de sociabilidade e lazer que não fossem construídos a partir do uso de substâncias. Os grupos eram parte fundamental do cotidiano dos serviços e com sua suspensão, os profissionais passaram a realizar somente atendimentos individuais. Com isso, suas agendas estavam permanentemente cheias.

A pandemia também impactou o funcionamento dos serviços da rede de saúde pública. Muito do trabalho realizado no CAPS ADAO, mas também em Centros de Saúde (CSs), Centros de Convivência (CECOs) e serviços da rede de assistência social baseiam-se metodologicamente no trabalho em equipe. Um profissional nunca gerenciava um grupo sozinho, e isso ajudava a compor os casos clínicos e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)² dos *usuários*. Contudo, com a chegada da pandemia, houve um processo continuado de individualização do processo de cuidar.

O *matriciamento*³, outra prática fundamental na constituição das ecologias de cuidado, também foi suspenso durante o período pandêmico. As trocas entre serviços diferentes da rede são muito importantes, pois cada instrumento oferece um tipo de cuidado ou ação em saúde distinto. Era frequente que os *usuários* tivessem quadros clínicos graves devido ao uso continuado de álcool – os alcoolistas eram maioria no CAPS ADAO. Nem sempre o CAPS ADAO tinha condições de oferecer

2 O PTS é uma das principais estratégias de cuidado empregadas na RAPS. Em concomitância com a noção de *usuário*, o PTS é uma construção conjunta entre profissionais e *usuários*, delimitando planos de ação no médio e longo prazo para atingir os objetivos ou resolver as demandas trazidas pelo *usuário* para o serviço. Isso implica que as estratégias de cuidado levadas a cabo são singularizadas: não há receita, tratamento, passo a passo. Há construção negociada permanentemente entre profissionais e outros profissionais, profissionais e *usuários* e profissionais e institucionalidade.

3 O *matriciamento* é uma prática de troca de informações de casos entre as equipes dos CAPS com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Trata-se de reuniões regulares nas quais estratégias de ação e promoção de saúde podem ser elaboradas, troca de informações vitais nos casos e troca de recursos entre os serviços da rede.

João Balieiro Bardy

o cuidado clínico necessário a estes casos que precisam de atenção continuada. Da mesma forma, os CSS não possuíam equipe especializada em atenção de crises ou estavam preparados para um cuidado integral de casos que envolviam uso problemático de substâncias.

Essa suspensão dos *matriciamentos*, assim como a sobrecarga de serviços da atenção primária com casos de covid, fez com que a mesma lógica produzida internamente entre a equipe se reproduzisse na dinâmica da própria rede de saúde. Os serviços acabaram se atomizando e as trocas entre equipes de saúde se rareficaram. No CAPS ADAO, isso significou uma piora nos quadros clínicos dos *usuários*, assim como um contínuo processo de individualização dos processos de responsabilidade assumidos pelos profissionais. Com a sobrecarga gerada pela pandemia, o resultado foi este: profissionais exaustos e *usuários* desassistidos.

Não obstante, esse processo de precarização das possibilidades de cuidado não é algo que se inicia com a pandemia, apesar de se agravar drasticamente com ela. Não há nada de novo ou de original em afirmar a precarização e o desmonte do SUS como projeto político (Castro, Engel e Martins 2018). Há tempos sabemos das filas crônicas, da falta de recursos investidos, das desigualdades estruturais de acesso aos serviços, que se expressam nos territórios mais pobres e vulneráveis. Somado à pandemia, esse subfinanciamento – que tem a Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016 como seu marco histórico inicial – contribuiu para uma intensificação das mortes evitáveis (Rutstein *et al.* 1976).

A pandemia de coronavírus no Brasil marca uma dobra, um agravamento, que não pode ser entendida como uma mera continuação do que se mostrava antes. É sua gestão desastrosa que provoca o esgarçamento das estruturas de desigualdades brasileiras. As taxas de mortalidades de covid reforçam a lógica colonial e mata principalmente pretos, pardos e indígenas, assim como trabalhadores informais, autônomos e mal remunerados. Esses corpos, que carregam marcadores sociais da desigualdade, dependem, em sua grande maioria, do Sistema Único de Saúde (SUS).

O extenuante trabalho de enfrentamento cotidiano da pandemia, combinado ao precário investimento na política pública, baixa remuneração, falta de materiais, medicamentos e espaços adequados para a realização plena de seu trabalho se combinam para a precarização da possibilidade de cuidado, tanto pela falta de materiais e estruturas básicas quanto pelas consequências que esta falta tem sobre as estruturas subjetivas dos trabalhadores que executam o trabalho de cuidar.

O texto que segue se organiza por uma elaboração dos impactos que grandes eventos epidemiológicos têm sobre a saúde mental das populações afetadas, particularmente no caso dos profissionais de saúde que seguem suas práticas profissionais sob estes contextos. Para tal me utilizo de entrevistas e narrativas etnográficas que compuseram o meu material de campo durante a vigência de meu mestrado. Ademais, visio trabalhar a particularidade da pandemia de covid-19 a partir de uma análise das contingências políticas que tornam o caso brasileiro singular dentro do contexto global da pandemia. Para tal, aproprio-me do aparato teórico desenvolvido por Stengers e Pignarre (2011), em especial da categoria

João Balieiro Bardy

de alternativas infernais. Em um segundo momento, conecto processos políticos macroestruturantes a micropolíticas cotidianas de cuidado e os afetos que elas engajam. Para demonstrar estes caminhos pelos quais grandes mudanças afetam trajetórias individuais, utilizo a base teórica desenvolvida pelo campo da antropologia das emoções.

Saúde mental e pandemias

Grandes eventos epidemiológicos são sabidamente eventos desencadeadores de maior sofrimento mental sobre suas populações. O exemplo mais recente em território brasileiro, a epidemia do zika vírus em 2015, desencadeou aumento de diagnósticos de depressão, ansiedade e estresse na população afetada, distúrbios estes que estão intimamente associados à falta de apoio social e desenvolvimento de políticas públicas (Kuper, Lopes *et al.* 2019). Durante outras epidemias de SARS, profissionais da saúde chineses relataram aumento de depressão, medo, ansiedade e frustração (Xiang *et al.* 2020).

No contexto que pude observar, houve ainda o agravamento de alta porcentagem de *usuários* que apresentam quadros de comorbidades, desenvolvidos concomitantes ao abuso de substâncias. Quadros graves de HIV/AIDS, tuberculose e distintos tipos de hepatite são frequentemente encontrados entre pessoas que cometem abuso de substâncias como cocaína – em suas diferentes formas – e álcool (Cruz *et al.* 2013, Martins 2011, Carvalho e Seibel 2009). A fala a seguir, proveniente de uma entrevista realizada com um médico residente, evidencia como estes quadros de comorbidades, que têm alta incidência entre a população atendida pelos CAPS AD, sofreram um processo de “descompensação” ao longo da pandemia.

Sim, teve bastante mudança, pois muitas das atividades não relacionadas a covid foram canceladas, então muitos ambulatórios foram cancelados. Então o que aconteceu, tipo assim, a gente tinha um ambulatório para atender pacientes com diabetes. E aí o pessoal fazia teleorientação, ligava, perguntava se tava tudo bem, e se tivesse tudo bem remarcaria a consulta mais pra frente. **Isso fez com que os pacientes fossem menos atendidos e chegassem cada vez mais descompensados pra gente. Então as doenças crônicas foram ficando cada vez mais descompensadas porque tinham menos atendimento médico.** Então a gente teve menos contatos com estas pessoas, contatos mais limitados, sempre utilizando equipamentos e proteção, então isso meio que dificulta um pouco a relação médico-paciente. [...] Dificultou muito o seguimento próximo dos pacientes, que era uma coisa que a gente tinha que ter feito, mas não tinha como fazer, a gente tinha que remarcar os ambulatórios para evitar o contágio mesmo, não teve jeito.

O foco total do aparato público de saúde sobre a pandemia foi um fardo que atingiu tanto seus profissionais quanto seus *usuários*. A sobrecarga do SUS pela pandemia de covid-19 agravou tanto quadros de saúde que dependiam de um

João Balieiro Bardy

acompanhamento constante quanto atacou os processos de subjetivação de seus profissionais. Somado à ausência de posicionamento por parte de setores do governo federal, diversos profissionais foram empurrados, já exaustos, para uma maratona de “alternativas infernais” (Stengers e Pignarre 2011) que se reproduz cotidianamente.

A categoria “alternativas infernais”, proposta por Pignarret e Stengers, ajuda a dar contorno às situações que presenciei em campo. Os autores categorizam alternativas infernais como “o conjunto de situações que parecem não deixar escolha a não ser a resignação ou uma denúncia que soa um tanto quanto vazia” (Stengers e Pignarre 2011, 24, tradução própria)⁴. Apesar da elaboração dos autores sobre esta categoria se inspirar a partir das revoltas que ocorreram em resposta ao encontro da Organização Mundial de Comércio (OMC) em 1999, em Seattle, ela pareceu-me um instrumento eficaz para pensar como a precarização do SUS associada ao processo de pandemia teve impactos diretos na produção de cuidado no CAPS AD.

Um dos pontos fundamentais na noção de categorias infernais que, a meu ver, torna possível sua transposição para um contexto tão distinto é o fato de elas serem construídas e não dadas. Como Stengers e Pignarre nos chamam atenção, “a máquina que produz alternativas infernais implica exércitos inteiros de especialistas engajados no processo de criação das condições de seu funcionamento” (*Idem*, 29)⁵. As alternativas infernais, o cansaço e a resignação que elas implicam, não são, portanto, um fenômeno natural, mas se produzem a partir do esfacelamento da política pública.

Elas são parte de um discurso, do qual certa classe política parece constantemente buscar nos convencer, de que nada pode ser feito contra essas amarras porque a mera oposição a elas agravaria a situação. Não há possibilidade de realização de isolamento social, ou *lockdown*, pois isso destruiria a economia e isso seria ainda pior do que a morte de centenas de milhares de brasileiros: esta é a lógica que produz alternativas infernais.

Nós agora encontramos essas alternativas em todos os lugares. Adaptar, “reformatar” o estado de bem-estar social tornou-se uma obrigação ardente. Sacrifícios são necessários, caso contrário, o financiamento da aposentadoria não será mais garantido. Ou os pagamentos da previdência social se tornarão um poço sem fundo! Aceitar tornou-se um imperativo. (*Idem*, 24, tradução própria, grifo no original)⁶.

A falta de protocolos claros de enfrentamento da pandemia e de uma direção centralizada a partir do Ministério da Saúde (MS) produziu uma lógica perversa de inversão das responsabilidades entre a política pública e as pessoas que a constroem. As múltiplas formas de mal-estar e angústia que palpitam nos profissionais da saúde, argumento, advêm, entre outras coisas, de uma terceirização subjetiva das responsabilidades da pandemia.

Parte da produção de alternativas infernais depende deste despejo do processo decisório coletivo sobre indivíduos. Na ausência de protocolos bem definidos

4 No original: “We will give the name ‘infernal alternatives’ to that set of situations that seem to leave no other choice than resignation or a slightly hollow sounding denunciation”.

5 No original: “the machine that produces infernal alternatives implies entire armies of specialists engaged in the ongoing creation of the conditions of its functioning”.

6 No original: “We now find these alternatives everywhere. To adapt, to ‘reform’ the welfare state has become an ardent obligation. Sacrifices are necessary, otherwise the financing of retirement will no longer be assured. Or social security payments will become a bottomless pit! Accepting has become an imperative”.

João Balieiro Bardy

sobre o manejo, caberia ao profissional de saúde avaliar qual paciente deveria receber sua atenção, seu cuidado. Como pode alguém decidir quem morre e quem vive? Qual quadro de saúde é mais urgente, o de um alcoolista com estágios iniciais de cirrose hepática, ou o usuário de crack HIV positivo, ou seria aquele em abstinência? Ou então, aquele usuário em situação de rua é ameaçado no território por causa de dívidas com o tráfico? Como pode uma pessoa ser amparada psicologicamente neste processo? Para essas questões ainda não possuímos respostas claras, e a mera reflexão sobre elas deveria provocar enjoo e angústia sobre qualquer um que esteja submetido a este processo.

A partir do que pude observar e construir com profissionais de saúde, entendo que a soma dos microeventos que emergem a partir deste contexto se conformam em um processo de séria ameaça das possibilidades subjetivas de existência do SUS. Os múltiplos relatos, entre profissionais da saúde, de exaustão, sentimento de culpa, cansaço crônico, aumento do número de síndromes de *burnout*, depressão e pânico são sintoma disso. Esse desgaste psíquico, que tem tirado diversos profissionais da linha de frente, não é simples resultado da pandemia, mas de sua combinação com a gestão desastrosa, em termos de vidas perdidas, por parte do governo federal.

Na pandemia, o agravamento da individualização do cuidado continuamente produzia situações nas quais os profissionais não possuíam recursos suficientes para efetivar o cuidado. A combinação de um processo de cuidar que progressivamente se tornava individual, associada à impossibilidade material de efetivar o cuidado, gerou sentimentos de cansaço e frustração entre os profissionais, que frequentemente se transformavam em esgotamento psíquico.

Acompanhei muitos profissionais exaustos que acabaram deixando a linha de frente na tentativa de salvar sua própria existência, sua saúde mental e sua presença, indispensável na esfera familiar, que há muito não podia ser conciliada com o trabalho nos hospitais, centros de saúde e serviços análogos. A precarização não é somente sobre as estruturas públicas, sobre os medicamentos necessários para se entubar uma pessoa e sobre os equipamentos necessários para manter um ser humano respirando quando seu pulmão não mais o pode fazê-lo sozinho. Durante a pandemia, foi possível dizer também que a precarização da política pública anda de mãos dadas com uma precarização das estruturas psíquicas necessárias para a produção do cuidado e a promoção de saúde.

O funcionamento do SUS depende, na mesma medida, de seus especialistas em logística e gestão e dos profissionais da linha de frente. Depende, fundamentalmente, da busca incansável de ampliação das fronteiras de governança da saúde. Depende, portanto, das redes sociotécnicas e de pactuações políticas para que estas se efetivem. Essas redes, como já destacado anteriormente, passam por um processo de deterioração, tanto a partir da EC 95 quanto pelos ataques diretos realizados ao cuidado de pessoas que cometem abuso de substâncias no âmbito da RAPS.

Destacar esse processo que se constitui, ao longo dos últimos dois governos (governo Temer 2016-2018 e governo Bolsonaro 2018 até o presente momento), a

João Balieiro Bardy

meu ver, ajuda na compreensão de como a restrição das possibilidades de cuidado de *usuários* de substâncias, no âmbito do SUS, constroem este universo de alternativas infernais. O vírus atinge um SUS já precarizado, e a decisão de deixá-lo circular livremente ataca não só estas estruturas legais, materiais e os recursos da saúde pública, mas também a carne que dá sustentação a esta vasta política pública: aqueles que trabalham cotidianamente para sua efetivação plena.

Muitos dos *usuários* com os quais tive contato durante minha imersão em campo também sofreram devido a esses impeditivos que a pandemia impôs sobre o cuidado psicossocial. O abuso continuado de substâncias acarreta, para além do sofrimento psíquico e da deterioração de relações sociais, a maior propensão para o desenvolvimento de comorbidades de difícil manejo, especialmente quando a presença em serviços de saúde representava um risco de infecção pelo vírus da covid-19.

Como me foi apontado diversas vezes em campo pelos meus interlocutores da saúde coletiva, o não acompanhamento de casos clínicos nos quais as doenças crônicas eram um importante fator fazia com que esses corpos ficassem “descompensados”. Quando eu cheguei ao CAPS AD, em meados de janeiro de 2021, a equipe começava a retomar as visitas domiciliares e um acompanhamento mais próximo dos *usuários* do serviço. Essas atividades de retomada tornaram-se possíveis, em grande medida, devido ao início da vacinação dos profissionais do serviço. Contudo, ao iniciar este processo tornavam-se evidentes os impactos da ausência de acompanhamento continuado em casos em que doenças graves e comorbidades eram um fator de importância.

Casos de HIV positivo, contração e agravamento de quadros de tuberculose, piora no cuidado da diabetes e deterioração das funções hepáticas devido a hepatite não tratada foram temas constantes nas reuniões de equipe que ocorriam semanalmente. Esse agravamento, associado à frequente recusa dos *usuários* de procurar cuidado hospitalar, por causa do estigma associado aos corpos abjetos de pessoas que cometem abuso de substâncias (RUI, 2012) – muito presente na sociedade civil, mas que naturalmente se encontra também presente nas estruturas de saúde pública⁷ – impunha novas contingências que dificultavam a oferta de cuidado a esses *usuários*. Frequentemente, e apesar da insistência dos profissionais que acompanhei, esta tentativa de cuidado traduzia-se em uma resignação exausta.

Para ilustrar este contexto ao qual me refiro, insiro a seguir uma narrativa colhida em campo que ajuda a tomar posse desta argumentação. O caso torna-se particularmente ilustrativo, a meu ver, por encontrar-se atravessado pelas múltiplas contingências até aqui trabalhadas: o agravamento de comorbidades pela impossibilidade de acesso a espaços hospitalares durante o período de pandemia; o preconceito associado a usuários de drogas que dificulta seu cuidado nos serviços de saúde; o foco total na pandemia, que deixou estes sujeitos à sua própria sorte; o esgotamento e o medo que emergem nestas situações; e, por fim, a resignação imposta pelas alternativas infernais.

O relato que se segue se deu a partir de uma visita domiciliar que realizei junto a um enfermeiro e uma agente de saúde a uma usuária de crack, vinculada

7 Para mais, confira Lancetti (2015) e sua elaboração do conceito de *contrafissura*. No caso específico das estruturas de saúde, recomendo o artigo de Faria (2020) sobre a importância das atividades de *matriciamento* no combate a *contrafissura* no interior da rede pública de saúde.

João Balieiro Bardy

ao CAPS ADAO. A usuária C.C. possuía um quadro extremamente preocupante de comorbidades que se associavam: HIV positivo, tuberculose ativa e hepatite C. Em momentos prévios à visita, já sabíamos que sua condição de saúde se agravara e atingira um ponto de difícil manejo. Ao sair, nosso objetivo era avaliar seu quadro de saúde e buscar convencê-la a uma internação em um hospital especializado em tuberculose, localizado em Campos do Jordão⁸. A narrativa é a que se segue:

8 Para saber mais sobre tratamento de tuberculose em centros de referência, cf. Boldrim, 2020.

Narrativa 08/02/2021

Saio do CAPS AD para realizar uma visita domiciliar a uma usuária do serviço que preocupa a equipe. Relatos que chegaram à equipe, a partir de outros usuários, indicam que desde o início da pandemia, C.C. tem intensificado uso de crack e encontra-se em precária situação de saúde. O uso intensificado de crack e álcool agrava os quadros de comorbidades da paciente: anêmica, HIV +, hepatite C e tuberculose ativa. Esse quadro precário impossibilita a usuária de estar presente no CAPS AD. Seu precário sistema imunológico, se em contato com o SARS-COV-2, poderia colapsar, e o serviço não possui estrutura ambulatorial adequada para realizar sua internação. A paciente se recusa a procurar atendimento junto ao Pronto Atendimento após múltiplos casos de violência que sofreu por conta do “pré-conceito que tem com usuário de crack”, como ela mesma apontou em outras ocasiões. Dentre o escopo limitado de alternativas de cuidado, os profissionais de referência acabam decidindo por realizar visitas domiciliares na tentativa de convencer C.C. de buscar tratamento. Nesta visita, a principal preocupação era com os sintomas da tuberculose que se agravaram no último mês. Partimos para realizar uma visita semanal à casa de seu pai, onde ela reside, para verificar os sintomas vitais da usuária e oferecer a possibilidade de encaminhamento para um hospital especializado no tratamento da tuberculose em Campos do Jordão.

Nos paramos, eu, uma agente de saúde e um enfermeiro que são profissionais de referência de C.C., e fomos no carro de um enfermeiro – visto que o transporte do CAPS ADAO não estava disponível naquele dia – até a residência do pai de C.C. O portão é gradeado e na varanda da pequena casa encontra-se C.C., sentada em uma cadeira e com uma maçã na mão. A luz clara da manhã ilumina um corpo esquelético, evidente pela sombra dos ossos na pele de C.C. Ela pesava 37kg na última visita médica que havia realizado algumas semanas atrás, agora parecia ainda mais magra. Cada respiração demandava muito esforço e ouvia-se um sibilo ao fundo de seu peito. Cada passo até o portão ameaça um colapso do corpo. Os dois profissionais entram, conversam e tentam convencê-la mais uma vez de acessar o Pronto Atendimento, mas sem sucesso. O enfermeiro liga para o Centro de Saúde ao qual C.C. é vinculada, na tentativa de mobilizar outros profissionais da rede enquanto afere os sinais vitais.

“Não sei se vocês ainda têm vínculo com ela, mas ela vai morrer em casa, se vocês não vierem ajudar!”

78 de saturação. 35 de movimento respiratório por minuto. Frequência cardíaca de 150.

João Balieiro Bardy

Acionamos o SAMU em uma última tentativa desesperada. C.C. neste processo reclama com a equipe dizendo que não vai ao hospital de jeito algum. Eu, D. (enfermeiro) e M. (agente de saúde) nos encontramos em uma silenciosa e inquieta agitação. A ambulância chega após 15 ou 20 minutos, ao abrirem as portas da ambulância, uma médica desce e pergunta para nós onde está a paciente. D., desesperado, aponta para C.C. e diz “é ela, ela tá dessaturando!”, afirmação que é prontamente respondida pela médica “paciente dessaturando comendo maçã eu nunca vi! Você realmente acionou o SAMU médico pra isso? Só pode estar de brincadeira. Eu tenho um monte de gente morrendo de covid, sufocando e você ainda me faz bater ponto aqui?”.

Ficamos completamente desmoralizados. Trocam-se farpas entre a médica e o enfermeiro D. Enquanto a médica expressa seu desgosto, reclamando que estamos no meio de uma pandemia e as pessoas estão morrendo, C.C. move-se lentamente até o interior da ambulância. Seus sinais não são aferidos e é entregue um termo para ela assinar que atesta que ela recusou socorros. Ela assina, a ambulância parte.

Ficamos os três nos entreolhando, C.C. volta à entrada da casa para sentar-se onde se encontrava. Volto com D. e M. para o carro. Ao chegarmos ao CAPS AD não conversamos e vamos para a sala dos profissionais. D. chora “ela (médica) nem olhou pra ela (C.C.)... nem olhou...”. Fui embora do CAPS AD com a certeza de que C.C. irá falecer nos próximos dias.

Escolhi este relato pela aglutinação de fatores que podemos destacar que tornaram possível que C.C. não recebesse seu cuidado: o abuso de substâncias e o preconceito que ela já havia sofrido que, combinados, fizeram com que C.C. recusasse cuidados hospitalares; a pandemia que demandava a totalidade dos recursos de saúde pública para ser combatida; a indignação da médica com o chamado da ambulância apesar da gravidade da situação; a desistência de oferecer cuidados que foi imposta aos profissionais por conta da combinação de todas estas contingências.

Se nos lembrarmos da construção feita anteriormente sobre o trabalho de Stengers e Pignarre, temos a noção de que estas escolhas, apesar de se darem nas microrrelações cotidianas, possuem como um de seus fatores articuladores políticas macroestruturais.

Estas dimensões políticas influenciam na construção de mundo e nas possibilidades de atuação dos profissionais de saúde dentro das estruturas disponíveis do SUS, assim como se expressam nas agências individuais de cada ator. Nesse sentido, podemos observar estas transversalidades na recusa da médica do SAMU em oferecer o cuidado tido como adequado pelo enfermeiro. A justificativa, dada pela médica em questão, para recusar colaborar com o pedido feito pela equipe não foi de que C.C. não precisava de cuidados. Mas que seu caso não era urgente como suposto e que não poderiam ajudar em razão das demandas impostas pela pandemia. Não fosse tal contexto, talvez o resultado desta história teria sido di-

João Balieiro Bardy

ferente. São estas atuações políticas que forçam a sobrecarga do aparato público de saúde e impactam a escolha individual de negar assistência a C.C., apesar da avaliação de um profissional que estava mais envolvido no caso.

Compreender como movimentos políticos – macroestruturantes – afetam as políticas cotidianas de cuidado – microestruturadas – de trabalhadores da saúde não é algo evidente. Alinho-me aqui à proposição de Veena Das (2015) no que tange à construção teórica pela qual nós – antropólogos – conseguimos nomear e trabalhar o sofrimento cotidiano, que é constitutivo de nossos campos e das vidas que cruzamos ao longo de nossas etnografias.

Narrativas que operam em níveis macroestruturantes – como é o caso da CPI da Covid no Senado Federal – ou que buscam construir teorias que operem em uma escala macroestruturada e generalizada – como realizei até aqui através de uma análise da noção de alternativas infernais – nos ajudam a compreender os processos que tornam quase-eventos (Povinelli, 2011) em grandes escândalos públicos, processos de midiaticização das mortes provocadas pelo vírus e mobilizações de afetos distintos entre o público geral. Contudo, elas não nos ajudam a compreender o que leva um profissional da saúde a se render, sob a impossibilidade de cuidado, frente a um paciente, por falta de estrutura adequada, ou mesmo como uma jovem mulher é abandonada pelo sistema de saúde, como veremos mais tarde. Como nos lembra Veena Das,

a Justaposição de macro-eventos com micro-eventos não consegue demonstrar os caminhos pelos quais mudanças maiores são absorvidas nas trajetórias individuais. Em suma, a questão para mim se resume a se a etnografia se destina a ilustrar um argumento teórico ou se a teoria pode ser construída na própria etnografia (Das 2015, 15, tradução própria)⁹.

Sigo meu argumento agora realizando o caminho proposto. Para tal, utilizo-me de entrevistas com profissionais da saúde que atuaram durante o período pandêmico, de modo a compor dados qualitativos que nos ajudem a compreender e significar os – poucos, diga-se de passagem – dados quantitativos que conseguimos reunir sobre a saúde mental dos profissionais da saúde pública no Brasil. Espero que, assim, seja possível compreender melhor como a pandemia infectou também os processos de subjetivação desses profissionais e o impacto que isso representa para o funcionamento da política pública como um todo.

Na próxima seção, busco desenvolver melhor como estas transversalidades se desenvolveram a partir do contexto pandêmico e as influências deste no trabalho dos profissionais da saúde, assim como em seus processos singulares de subjetivação. Para tal, apropriei-me da bibliografia pertinente ao campo da antropologia das emoções como forma de expor as consequências e os constrangimentos que fazem com que a pandemia afete processos de subjetivação. Especialmente para aqueles que atuaram sob a sombra do vírus.

9 No original: “The juxtaposition cannot do the work of showing the pathways through which the larger changes are absorbed in individual lives. In short, the question for me comes down to whether the ethnography is meant to illustrate a theoretical argument or whether theory might be built into the ethnography itself”.

Antropologia das emoções: possibilidades de uma análise transversal entre dinâmicas macropolíticas e sofrimento cotidiano

Durante o período em que estive inserido em campo, um dos principais sentimentos que se expressavam cotidianamente no serviço era o medo. Medo da infecção pelo vírus, medo de transmitir a doença para algum ente querido ou para os *usuários* do serviço, medo de não conseguir os recursos necessários para o cuidado do *usuário* do serviço por causa da sobrecarga do sistema de saúde com a pandemia de coronavírus.

Uma pesquisa realizada pela Fiocruz durante o período que estive em campo corrobora a afirmação feita acima. Em média, 87,6% dos profissionais da saúde sentiram medo da covid em algum momento da pandemia (Lotta *et al.* 2021). A emergência do medo como tônica emocional da vida dos profissionais de saúde – tanto da atenção básica quanto especializada e hospitalar – encontra-se intimamente associada com uma carga emocional e psicológica que sobrecarrega os profissionais, algo presente inclusive em momentos em que eles se encontram fora do expediente de trabalho.

Esse esgotamento psíquico, contudo, tem como espaço de emergência fundamental o corpo, transbordando, assim, para um esgotamento físico profundo. Alinho-me aqui a certas perspectivas nas ciências sociais (Csordas 2008, Rezende e Coelho 2010) de que o *locus privilegiado* para suportar, processar e tornar possível a expressão das emoções é, portanto, o corpo. A tristeza que, muitas vezes, tornou-se explícita em meu campo, pelo transbordamento de lágrimas e pelos sons dos soluços; a ansiedade, que se expressava pela falta de ar, os olhos cansados da insônia e o “aperto no estômago”; e, por fim, o medo, suas palpitações e inquietações que eram relatadas pelos profissionais, especialmente quando a suspeita da infecção era levantada.

As diversas emoções que descrevi anteriormente, o esgotamento individual que elas produziram, não se encerram, contudo, nos distintos corpos onde elas emergem. Muito se discutiu na bibliografia da Antropologia das emoções sobre essa aparente qualidade fundamental das emoções (Lutz 2011, Abu-Lughod e Lutz 1990, Coelho e Durão 2017, Coelho 2010): seriam elas expressões individuais do sujeito, ou seriam culturalmente constituídas e portanto possuiriam uma propriedade essencialmente social?

O campo da Antropologia das emoções desenvolveu-se precisamente a partir desse debate. A partir dos anos 1980, especialmente nos Estados Unidos, algumas discussões foram formalizadas respondendo esta questão a partir do que foi posteriormente denominado como “perspectiva relativista”. A questão norteadora e disparadora deste campo de estudos era compreender como as emoções possuem dinâmicas distintas em diferentes contextos culturais. A maior referência sobre a qual podemos nos debruçar neste sentido é o trabalho de Lutz (2011 [1988]) e sua análise da concepção euroamericana sobre as emoções e como elas são construídas.

Mais adiante, contudo, desenvolveu-se o viés contextualista, que não mais

João Balieiro Bardy

buscava compreender as diferentes significações dadas às emoções (por um exercício comparativo). Mas sim compreendê-las, de modo a perceber as dinâmicas micropolíticas que se desenvolviam no campo das emoções de um mesmo grupo (Abu-Lughod e Lutz 1990).

Lutz & Abu-Lughod elaboram, contra o pano de fundo deste mapa, a proposta que batizam de perspectiva contextualista, cuja inspiração teórica é a noção de discurso de Foucault, entendido como uma fala que forma aquilo sobre o que fala, ao invés de manter com ele uma relação de referência, como algo que lhe seria externo. Esta perspectiva permite às autoras adentrarem a dimensão micropolítica dos sentimentos, mostrando como as emoções são tributárias de relações de poder entre grupos sociais, servindo simultaneamente para expressar e reforçar tais relações (Coelho e Durão 2017, 268).

Essa construção teórica, que se alinha, em grande medida, à noção foucaultiana de discurso, embebe a análise das emoções nas relações micropolíticas que constituem o cotidiano. Assim como as dimensões tomadas pela epidemia de coronavírus não podem estar estritamente relacionadas às propriedades do vírus, as emoções também devem ser entendidas em um contexto social e cultural dinâmico, que implica relações de poder.

A problematização que busco colocar refere-se a como podemos perceber a relação entre as emoções – emergentes no cotidiano de trabalho de profissionais da saúde – e a gestão pública da pandemia de coronavírus no Brasil. Tomei a alternativa metodológica de olhar para as emoções suscitadas em situações específicas de difícil atuação por profissionais da saúde por meio da vertente contextualista. Embora o exemplo dado neste artigo seja particular, esta micropolítica emocional do esgotamento se expressava também nas atividades cotidianas. O relato a seguir, que colhi com um médico residente em contexto hospitalar, corrobora como este esgotamento era perene. Quando perguntado sobre sua avaliação da gestão da pandemia em nível federal ele atenta para como se sentia impotente em seu trabalho quando assistia à TV que ficava na “sala vermelha”, para onde os pacientes com quadros graves de covid eram levados.

Como você avalia a qualidade da gestão pública da pandemia no nível federal?

Eu acho que com toda essa turbulência que a gente teve de troca de ministros no início da pandemia (Mandetta por Teich, Teich por Pazuello), e todas as medidas que haviam sido adotadas por um ministro trocadas, e o próprio governo não ter investido direito na compra de vacinas, não ter investido em medidas de isolamento social acabou que, no quesito federal, o Brasil deixou muito a desejar. Tanto que já passamos aí de mais de meio milhão de mortos. E mortes que poderiam ter sido evitadas com medidas simples.

João Balieiro Bardy

Deixou bastante a desejar.

E como que esta gestão te fazia sentir? Era uma coisa que passava na sua cabeça durante seu trabalho? Você mencionou estas “mortes que poderiam ter sido evitadas”, teve alguma situação que isso te pegou? Como que é essa sensação? Essa situação era incorporada na sua atuação profissional? No seu cotidiano?

Então, às vezes a gente tava lá trabalhando, lá na sala vermelha, e a gente via na TV o presidente saindo sem máscara, o presidente aglomerando, o presidente deixando de comprar as vacinas, e cometendo todas estas infrações assim, na minha opinião, que ele cometeu, e **eu sentia raiva**. Porque assim, se ele tivesse aqui, até teve uma época que ele chegou a estimular as pessoas a entrar nos hospitais pra verem como os pacientes tavam, dava vontade de falar “entra aqui pra você ver, pra você passar um tempo aqui, pra você ver o desespero destas pessoas”. E muitos casos de pacientes que chegavam lá muito graves, pacientes que, por exemplo, tinham tomado uma dose só da vacina. E assim, se a campanha tivesse sido adiantada um pouco, teria tomado a segunda dose e provavelmente não estaria grave. Então pacientes com idade, por exemplo, entre 40 e 50 anos, que tinham recebido ou uma, ou nenhuma dose da vacina, previamente saudáveis, e que chegavam muito graves já pra gente. E eu pensava “nossa, se o Brasil tivesse mobilizado mais dinheiro pra comprar mais vacina em menos tempo, isso teria gerado muito menos custos para saúde e muito menos mortes”. Então era uma coisa que era muito discrepante, o que você via na TV, a forma como o presidente estava agindo frente a esta situação e a forma como as coisas estavam acontecendo dentro do hospital. Era uma coisa muito discrepante. Uma sensação de raiva mesmo, de injustiça, de **“por que que eu estou trabalhando se a pessoa que me representa no país está fazendo tudo ao contrário?”**. Já tem pouca coisa que eu posso fazer, e o governo federal não ajuda, pra que que eu vou trabalhar se eu não vou conseguir resolver o problema? Vai ser só uma bola de neve cada vez chegando mais gente. **A principal sensação era de medo, de impotência.**

Alinho-me aqui à fala de Susana Durão e Maria Claudia Coelho no sentido de que as emoções não são uma dimensão da vida que se relega ao domínio do individual e do íntimo, mas encontram-se imbricadas nas relações do mundo e por ele são condicionadas na mesma medida que ele as constitui. Corroboro aqui, portanto, o argumento das pesquisadoras de que

as emoções, assim, parecem fazer coisas. Agimos ao sentir, bem como ao não sentir, ou ao controlar as demonstrações do que sentimos, ou até a natureza mesma daquilo que sentimos. E esses sentires são regidos, como de há muito a antropologia das emoções advoga, não pelas flutuações do

João Balieiro Bardy

íntimo, não de maneira idiossincrática, mas por formas codificadas e passadas por códigos morais e convicções ético-políticas, que prescrevem, avaliam, condenam, exigem e até mesmo proscrevem reações emocionais (Coelho e Durão 2017, 59).

Alinho-me aqui a este segundo aparato teórico para compreender as dinâmicas do cotidiano que se desdobram a partir do estabelecimento de alternativas infernais no contexto da saúde pública. Associado a estes sentimentos de estresse, ansiedade e medo, o processo de tomada de decisões e de cálculo de riscos epidemiológicos muitas vezes foi despejado nos profissionais na ausência de protocolos claros de enfrentamento da pandemia.

No contexto que pude observar, houve ainda o agravamento de alta porcentagem de *usuários* que apresentam quadros de comorbidades, desenvolvidos em decorrência do abuso de substâncias. Quadros graves de HIV/AIDS, tuberculose e distintos tipos de hepatite são frequentemente encontrados entre pessoas que cometem abuso de substâncias como cocaína – em suas diferentes formas; sendo o crack uma destas formas – e álcool (Cruz *et al.* 2013, Martins 2011, Carvalho e Seibel 2009). A fala a seguir, proveniente da mesma entrevista citada anteriormente, evidencia como esses quadros de comorbidades, que têm alta incidência entre a população atendida pelos CAPS AD, sofreram um processo de “descompensação” ao longo da pandemia.

Sim, teve bastante mudança, pois muitas das atividades não relacionadas a covid foram canceladas, então muitos ambulatorios foram cancelados. Então o que acontecia, tipo assim, a gente tinha um ambulatório para atender pacientes com diabetes. E aí o pessoal fazia teleorientação, ligava, perguntava se tava tudo bem, e se tivesse tudo bem remarcava a consulta mais pra frente. **Isso fez com que os pacientes fossem menos atendidos e chegassem cada vez mais descompensados pra gente. Então as doenças crônicas foram ficando cada vez mais descompensadas porque tinham menos atendimento médico.** Então a gente teve menos contatos com estas pessoas, contatos mais limitados, sempre utilizando equipamentos e proteção, então isso meio que dificulta um pouco a relação médico paciente. [...] Dificultou muito o seguimento próximo dos pacientes, que era uma coisa que a gente tinha que ter feito, mas não tinha como fazer, a gente tinha que remarcar os ambulatorios para evitar o contágio mesmo, não teve jeito.

O foco total do aparato público de saúde sobre a pandemia foi um fardo que atingiu tanto seus profissionais quanto seus *usuários*. A sobrecarga do SUS pela pandemia de covid-19 agravou tanto quadros de saúde que dependiam de um acompanhamento constante quanto atacou os processos de subjetivação de seus profissionais. Somado à ausência de posicionamento por parte de setores do governo federal, diversos profissionais foram empurrados, já exaustos, para uma maratona de alternativas infernais que se reproduz cotidianamente.

João Balieiro Bardy

Destaco aqui uma última fala antes de me encaminhar para o encerramento do texto. Tive oportunidade de coletar esta fala em uma reunião pública referente ao conselho de saúde mental do município onde realizei trabalho de campo. A reunião, realizada em março de 2021, buscava dar encaminhamentos a questões urgentes, tanto políticas quanto epidemiológicas, no que tangia à manutenção e ao funcionamento da RAPS municipal durante o período pandêmico. Uma gestora de serviço de saúde da RAPS realizou uma análise que me pareceu profundamente assertiva quanto às possibilidades de existência do cuidado psicossocial no SUS no contexto político e epidemiológico que busquei desenhar ao longo deste artigo.

A coisa da pandemia tá tão pesada e tem efeitos diretos na questão da saúde mental. Há um agravamento da saúde mental, o agravamento da pandemia, a atenção básica tendo que se voltar totalmente para essa questão, aí o sofrimento psíquico, aquilo que se refere à saúde mental, vai ficando muito num limbo. Acho que isso tudo vai reverberar bastante pra dentro do serviço. Como que a atenção básica nesse momento tem se organizado em relação a estes sofrimentos subjetivos e como a gente lida com isso. O CAPS (onde trabalho) suspendeu matriciamentos presenciais, apesar de sustentar atendimentos conjuntos. Agora as coisas estão muito mais graves, também do ponto de vista econômico e social, **as pessoas tão morrendo de covid, ou tão morrendo de fome, ou tão morrendo de violência. Como a gente junta com isso essa ameaça de um governo que usa o contexto da pandemia pra fazer desmonte daquilo que já existia, já estava sendo sucateado. A gente tem que ser uma rede mais solidária, senão a gente não vai sobreviver, e muito menos os usuários do serviço** (Caderno de campo, 19/03/2021).

108

Conclusão

O esgotamento psíquico e corporal, descrito entre profissionais da saúde durante o período de pandemia, tem como consequência, para além da destruição das possibilidades de resistência desses profissionais, o esgotamento do próprio sistema de saúde. O SUS depende da máquina política e de financiamento na mesma medida em que depende dos trabalhadores que lhe dão corpo. O primeiro destes fatores já se encontrava sob ataque antes da pandemia. O segundo, sob a sombra de alternativas infernais, sufoca agora tanto pelo vírus quanto pela falta de ar de ataques de pânico e crises de ansiedade.

As escolhas infernais, como descritas por Stengers e Pignarre, teriam sua raiz nas dinâmicas próprias do neoliberalismo. Poderíamos pensar ser estranha a mobilização dessas fontes no âmbito de uma política pública e universal e nas escolhas infernais que nela emergiram. Mas se nos lembrarmos, foi justamente esta a justificativa utilizada pelo governo federal para resistir às práticas de isolamento social durante o início deste regime de brutalidade.

João Balieiro Bardy

Vimos também como os sentimentos de desprezo em relação às mortes da pandemia enunciados pelo governo afetaram diretamente o cotidiano micropolítico das emoções dos trabalhadores da saúde, fator que deve ser incluído na conta dos danos psicológicos infligidos a estes profissionais durante o contexto pandêmico.

Não inimigo, mas aliado da plataforma de governo bolsonarista, o vírus torna-se duplamente letal: letal aos pulmões, sim, mas também letal às estruturas psíquicas daqueles cujo trabalho é realizar a manutenção das ecologias de cuidado que partem do SUS.

A estas questões somam-se outras prévias à emergência da pandemia. Marcadores sociais de gênero, raça e classe dão carne a este corpo múltiplo que está sendo atacado: majoritariamente feminino, negro e pobre. Nesse contexto tornam-se escassas as possibilidades de atuação que não se traduzam em uma “resignação ou uma denúncia que soa um tanto quanto vazia” (Stengers e Pignarre 2011, 24, tradução própria). Frente ao descaso político com a pandemia e a falta de protocolos de manejo e controle da situação, o Brasil já soma mais de meio milhão de óbitos, mas não só. Matam-se também as possibilidades subjetivas de existência do SUS.

Foucault demonstrou como a gestão da lepra e a gestão da peste foram eventos fundamentalmente processuais na medida em que, a partir deles, desenvolveram-se estratégias de gestão de corpos, assim como mudanças cabais nos modos de expressão do poder. Se a lepra era gerida apenas através de medidas de cerceamento e de exclusão dos corpos doentes, a peste inventa as formas de gestão disciplinares e a inclusão excludente: segmentação do espaço urbano, criação de fronteiras, zonas de controle.

Essa mesma técnica de gestão da peste foi aplicada em muito do mundo ocidental como medida profilática à pandemia. Contudo, podemos perceber, desde já, novas técnicas de gestão destes problemas, ressaltando o caráter processual da pandemia de covid, pelo menos no que tange às formas de controle e poder, de gestão de populações e biopolíticas. As experiências do Japão, Coreia do Sul, Taiwan, Japão, Israel já indicam uma nova gestão, com base em técnicas farmacopornográficas de biovigilância (Preciado 2020), através do *tracking* individual dos doentes a partir de seus telefones celulares¹⁰.

O que acompanhamos aqui, no que tange ao cuidado a pessoas que cometem abuso de SPAs, e as dificuldades particulares da efetivação deste cuidado no contexto pandêmico brasileiro, se dá na medida em que a gestão do dispositivo “droga” (Fiore 2020) comporta uma sobreposição das técnicas que foram criadas a partir do conjunto destas experiências. O encarceramento em massa que se desenvolveu a partir da guerra às drogas e a exclusão de populações periféricas por sua associação com a coisa droga – seja seu consumo ou seu comércio – são expressões de uma lógica necropolítica de exclusão. As técnicas segregatórias, às quais as pessoas em circulação de rua são submetidas sob o pressuposto da saúde e da higiene, impressas em nossas subjetividades são dispositivos que temos da herança de gestão da peste.

A população acompanhada pelo CAPS ADAO, portanto, encontra-se em per-

10 A noção de técnicas farmacopornográficas de biovigilância, como desenvolvida por Preciado, indica o “tipo de gestão e produção do corpo e da subjetividade sexual” dentro de uma nova configuração política onde corpo e subjetividade são regulados, além das instituições disciplinares, também e principalmente “por um conjunto de tecnologias biomoleculares, microprostéticas, digitais e de transmissão de informação”. Preciado afirma que “se as chamei de pornográficas foi porque, em primeiro lugar, estas técnicas de biovigilância se introduzem dentro do corpo, atravessam a pele, nos penetram; e, em segundo lugar, porque os dispositivos de biocontrole já não funcionam por meio da repressão da sexualidade (masturbatória ou não), mas pela incitação ao consumo e à produção constante de um prazer regulado e quantificável. Quanto mais consumimos e mais saudáveis estamos, melhor somos controlados” (Preciado 2020).

João Balieiro Bardy

manente escrutínio de ambas estas lógicas e veem-se espremidas por entre estas forças, o que por muitas vezes impede que seus corpos sejam tidos como dignos de atenção e cuidado. As falas e narrativas etnográficas que dão corpo a este artigo são um retrato deste processo, ainda extremamente inicial, de tentativa de se adaptar às novas formas de gestão biopolíticas e farmacopornográficas de biovigilância.

Não obstante, nas dobras deste processo ainda incompleto, encontram-se outras ferramentas de cuidado, sendo a principal a tentativa permanente da ampliação das ecologias de cuidado (Das 2015, Das e Das 2006). A pandemia, nesse sentido, extrapola sua dimensão processual macroestruturante e infiltra-se nos processos de vida cotidianos, microestruturados, dos corpos que acompanhamos, assim como altera profundamente os projetos de cuidado mesorrelacionais que antes eram articulados através do matriciamento.

Durante o período de pandemia, quando algum usuário apontava sintomas respiratórios durante sua permanência em leito no CAPS ADAO, a solução possível era encaminhamento para abrigo de sintomáticos, organizado pela prefeitura municipal de Campinas. Foram organizados dois abrigos emergenciais para população em situação de rua com sintomas gripais, que em conjunto tinham capacidade para acolher 80 pessoas¹¹. Apesar de estar inserida na rede pública de saúde, a RAPS de Campinas não possuía testes de covid para avaliar o caso a caso. Dessa forma, assim que sintomas gripais eram percebidos pelos usuários ou profissionais, era realizado o encaminhamento para estes abrigos.

Esses novos instrumentos de gestão dos casos de covid compunham as ecologias de cuidado (Das 2015, Das e Das 2006), estas que não deixaram de existir, apesar das novas formas farmacopornográficas de biovigilância dos corpos (Preciado 2020). Igualmente, o papel central dos profissionais na articulação, construção e manutenção destas ecologias, seja articulando familiares dos usuários, alianças medicamentosas ou parcerias institucionais – formais ou não – é reiterado em contextos como o da pandemia e reiteram os múltiplos processos que atravessam a particularidade deste momento histórico.

O que se destaca, portanto, é o fato de que as possibilidades de existência do cuidado permanecem, apesar dos múltiplos ataques desenvolvidos às políticas públicas. As redes de afeto, relacionais e políticas agenciadas a partir do, e também para além do SUS, continuam a se desenvolver, apesar do enfraquecimento material e concreto da política pública.

Torna-se evidente, contudo, como esse desamparo afeta os processos subjetivos de cuidado. Técnicas e recursos tornam-se mais rarefeitos e, conseqüentemente, há um agravamento da vulnerabilidade das populações que são atendidas por estes instrumentos. Fragilizam-se, portanto, as ecologias de cuidado pré-existentes, algo que é refletido nos profissionais a partir de sentimentos de frustração e cansaço.

11 Disponível em: <https://novo.campinas.sp.gov.br/noticia/38425>. Acesso em: 12 jan. 2022.

João Balieiro Bardy

Referências

- Carvalho, Heráclito Barbosa de, e Sergio Dario Seibel. 2009. "Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV". *Clinics* 64: 857–866.
- Castro, Rosana, Cíntia Engel, e Raysa Martins. 2018. *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Sobrescrita.
- Coelho, Maria Claudia Pereira, e Susana Soares Branco Durão. 2017. "Introdução ou como fazer coisas com emoções". *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares* 19(1): 44–60.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. 2021. "Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a Covid". http://www.cofen.gov.br/brasil-perde-ao-menos-um-profissional-de-saude-a-cada-19-horas-para-a-covid_85778.html
- Cruz, Vania Dias *et al.* 2013. "Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa". *SMAD – Revista Electrónica em Salud Mental, Alcohol y Drogas* 9(1): 48–55.
- Csordas, Thomas. 2008. "A corporeidade como paradigma da Antropologia". In *Corpo/significado/cura* (v. 5). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Das, Veena. 2015. *Affliction: health, disease, poverty*. New York: Fordham University Press.
- Das, Veena, e Ranendra K. Das. 2006. "Pharmaceuticals in urban ecologies". In *Global pharmaceuticals*, org. Adriana Petryna, Andrew Lakoff, e Arthur Kleinman, 171–205. Durham: Duke University Press.
- Faria, Paula de Fátima Oliveira, Sabrina Helena Ferigato, e Isabela Aparecida de Oliveira Lussi. 2020. "O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas". *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* 28: 931–49.
- Foucault, Michel. 2012. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Traduzido por Maria Thereza da Costa Albuquerque. São Paulo: Graal.
- Han, Byung-Chul. 2021. "Teletrabalho, zoom e depressão: o filósofo Byung-Chul Han diz que exploramos a nós mesmos mais do que nunca". *El País*, Brasil, 22 mar. 2021. Cultura, Ideias. <https://brasil.elpais.com/cultura/2021-03-23/teletrabalho-zoom-e-depressao-o-filosofo-byung-chul-han-diz-que-nos-exploramos-mais-que-nunca.html?eventlog=oklogin>
- Kuper, Hannah *et al.* 2019. "The association of depression, anxiety, and stress with caring for a child with Congenital Zika Syndrome in Brazil; Results of a cross-sectional study". *PLoS neglected tropical diseases* 13(9): e0007768.
- Lancetti, Antonio. 2015. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec.
- Latour, Bruno. 2020. *Imaginar gestos que barrem o retorno da produção pré-crise*. Traduzido por Débora Danowski e Eduardo Viveiros de Castro. <https://n-1edicoes.org/008-1>
- Lutz, Catherine A. 2011. *Unnatural emotions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lutz, Catherine A., e Lila Abu-Lughod. 1990. « Language and the politics of emotion ». In *This book grew out of a session at the 1987 annual meeting of the American Anthropological Association called "Emotion and Discourse"*. Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Lotta, Gabriela *et al.* 2021. *Nota Técnica à Pandemia de Covid-19 e os(as) Profissionais de saúde Pública no Brasil – 4ª Fase*. Rio de Janeiro: FGV/EASP/Fiocruz. <https://portal.fgv.br/portal>

João Balieiro Bardy

fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil_fase-4.pdf

Machado, Maria Helena, coord. 2017. *Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final – Brasil*. Rio de Janeiro: NERHUS/DAPS/ENSP/Fiocruz.

Martins, Tatiana, Janaína Luz Narciso-Schiavon, e Leonardo De Lucca Schiavon. 2011. “Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C”. *Revista da Associação Médica Brasileira* 57(1): 107–12.

Minayo, Maria Cecília de Souza, e Neylson Freire. 2020. “Pandemia exacerba desigualdades na Saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva* 25(9): 3555–6.

Parker, Richard. 2003. “Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982–1996”. *Divulgação em Saúde para Debate* 1(27): 8–49.

Preciado, Paul B. 2020. “Aprendiendo del vírus”. *El país*. https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952_026489.html

Povinelli, Elizabeth A. 2011. *Economies of abandonment*. Durham: Duke University Press.

Rezende, Claudia Barcellos, e Maria Cláudia Coelho. 2010. *Antropologia das emoções* (Série Sociedade e Cultura). Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

Rui, Taniele Cristina. 2012. *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Rutstein, David D. *et al.* 1976. “Measuring the quality of medical care: a clinical method”. *New England Journal of Medicine* 294(11): 582–8.

Stengers, Isabelle, e Philippe Pignarre. 2011. *Capitalist sorcery: breaking the spell*. New York: Palgrave.

Xiang, Yu-Tao *et al.* 2020. “Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed”. *The lancet psychiatry* 7(3): 228–9.

Doubly lethal: the psychological havoc of healthcare professionals during the covid-19 pandemic

Duplamente letal: a destruição psíquica dos profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9704>

João Balieiro Bardy

Federal University of Rio de Janeiro – Brazil

ORCID: 0000-0003-0736-8134

joao.bardy2@gmail.com

Doctoral candidate in the Postgraduate Program in Sociology and Anthropology at the Institute of Philosophy and Social Sciences of the Federal University of Rio de Janeiro (PPGSA/IFCS at UFRJ). Rio de Janeiro, Brazil.

113

This article sets out to describe and develop an analysis of how the precarization of the Unified Health System (SUS) affects the processes of subjectivation of the bodies that compose it. Using data collected from ethnographic research at an Alcohol and Drug Psychosocial Care Centre (CAPS AD) located in a municipality in the interior of São Paulo state, I explore the impacts that large-scale epidemiological events have on the mental health of the affected populations, particularly the healthcare professionals who continued to pursue their professional activities under such conditions. I first demonstrate the particularity of the covid-19 pandemic through an analysis of the political contingencies that singularize the Brazilian case within the pandemic's global context. Next, I connect macrostructuring political processes with the quotidian micropolitics of care and the affects that they mobilize. To highlight the pathways through which major changes affect individual life trajectories, I use the theoretical matrix developed by the field of the anthropology of emotions. In support of my argument, I turn to interviews and ethnographic narratives that constituted my field material during my master's degree research, initiated and completed during the covid-19 pandemic.

No presente artigo busco expor e desenvolver como a precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) afeta os processos de subjetivação daqueles corpos que o compõem. Utilizando dados colhidos a partir de uma incursão etnográfica em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), em um município do interior paulista, o texto que se segue se organiza por uma elaboração dos impactos que grandes eventos epidemiológicos têm sobre a saúde mental das populações que afetam, particularmente no caso dos profissionais de saúde que seguem suas práticas profissionais sob estes contextos. Ademais, viso trabalhar a particularidade da pandemia de covid-19 a partir de uma análise das contingências políticas que tornam o caso brasileiro singular dentro do contexto global da pandemia. Em um segundo momento, conecto processos políticos macroestruturantes a micropolíticas cotidianas de cuidado e os afetos que elas engajam. Para demonstrar estes caminhos pelos quais grandes mudanças afetam trajetórias individuais, utilizo a base teórica desenvolvida pelo campo da antropologia das emoções. Para sustentar a argumentação, utilizei entrevistas e narrativas etnográficas que compuseram o meu material de campo durante a vigência de meu mestrado, que se deu integralmente durante a pandemia de covid-19.

Precarization; SUS; CAPS AD; Pandemic.

Precarização; SUS; CAPS AD; Pandemia.

Introduction

On the day I began to negotiate my entry into the **Antônio Orlando Alcohol and Drugs Psychosocial Care Centre (CAPS ADAO)**¹, on 14 December 2020, 520 deaths from covid were recorded, adding up to a total of 181,939 deaths in Brazil at that time. On 11 January 2021, when I actually began my fieldwork, 480 people died, a total of 203,617. When my fieldwork was suspended on 16 March 2021, 2.841 deaths were recorded, an average of 1965 deaths over the last 7 days and a total of 282.400 deaths. When I completed this second period of research on 20 November 2021, 326 deaths were recorded, an average of 231 deaths over the last 7 days. And at the moment of writing this final version of this article, the number of people to have died from covid-19 in Brazil had risen to 659,000.

In total, I undertook 16 weeks of field research, divided into two 8-week segments, during which I accompanied the day-to-day life of CAPS ADAO, its workers, its *users (usuários)*² and other figures who circulated in the space: homeless people, street vendors, ambulance staff, police from the Metropolitan Civil Guard (GCM)³ and other professionals linked to the Psychosocial Care Network (RAPS)⁴.

This article is composed of ethnographic material from my master's degree research, which, when first conceived, I expected to tell the history of the Alcohol and Drugs Psychosocial Care Centres (CAPS AD), their functioning, their contingencies, their possibilities and potentialities, the legal and political context that allowed them to operate in the way they do, and the relations that pervade them. Adding to all these factors were the masks, alcohol gel, unelaborated mourning, the fear of infecting others and becoming infected. In essence, this text explores the ecologies of care (Das 2015, Das and Das 2006) and care strategies for people dependent on Psychoactive Substances (PASs) during the pandemic. Anchored in this particular historical process, I hope to describe and develop an analysis of the pathways through which the precarization of the country's principal public policy affects the processes of subjectivation of the bodies that compose it.

The notion of an "ecology of care" developed in the works of Veena Das (2015) and Veena Das and Ranendra Das (2006) produced important dialogues for my argument insofar as their formulation implies situating logics of care within local configurations, as well as revealing the complex relational networks between professionals, patients and households that function as contingencies to the course and development of sickness processes. In the case of the article by Das and Das (2006), in which they evaluate the use of medications and self-medication in poor districts of New Delhi, the causes and phenomenologies attributed to diseases and suffering are embedded in a complex local world where their meanings are entangled with work regimes, houses and distinct professional ethics, which range from the pharmaceutical industry to local medicinal therapies. It is in this amalgam of actors and agencies, meanings and significations, federal polices and local political arrangements that the ecologies of care form and inform each other. Through this theoretical configuration, it was possible to incorporate the pre-existing contingencies, as well as the drastic changes brought by the pandemic during the

1 TN: In Portuguese: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Antônio Orlando.

2 All the emic categories cited in this text are written in italics to emphasize the terms that I borrow from the bodies of knowledge making up the field. In the case of the category *usuário*, user, this graphic recourse is particularly important since the notion of drug *user* – written in the text without italics – is distinct from the *user* of a psychosocial service – written in italics. The category user emerges in the field of public health as a counterpoint to the notion of patient. The understanding is that naming the subject as a *user* of the public policy situates the person within a context of action, engagement, and active composition of their care process. Patient, by contrast, transmit the idea of passivity vis-à-vis the decisions taken by the distinct bodies of knowledge that compose the health area. It is a core part of the care process promoted in the CAPS AD studied by me that the person who requires the care can be an effective participant in this process.

3 TN: In Portuguese: Guarda Civil Metropolitana.

4 TN: In Portuguese: Rede de Atenção Psicossocial.

write-up of this article.

In this sense, the pandemic emerges as a fundamental contingency in the processes of constituting care networks, practices and ecologies, and consequently, also constitutes a processual event insofar as the epidemiological limits were continually negotiated in both the institutional and subjective dimensions.

Thus, care and the agents producing care at CAPS ADAO demonstrated themselves to be, respectively, the central category and central actors in my field site. As well as the care service, it was common to hear CAPS ADAO being called a “care space” among the professionals. At CAPS ADAO, when a *user* mobilizes the team, he or she is said to have “offered him/herself care”.

Frequently during the period of field research, the demands of *users* who turned up at the space’s doors could not be met. Recalling the pre-pandemic times, the professionals told me about occasions when the large patio in the yard of the house where CAPS ADAO was located would contain around 50 *users*. However, during the period I was with the service, use of the space was limited to 8 *users* who had been admitted to beds, plus 5 *users* for a period (morning and afternoon) in accordance with the protocol recommended by the National Health Surveillance Agency (ANVISA)⁵.

Despite the reduced presence of users in the service, demands actually increased during the pandemic. At other moments, group therapy dynamics were held daily. In keeping with the principles of psychosocial methodology, the team sought to create new spaces of sociability and leisure that were not built around the use of substances. The groups were a fundamental part of the everyday work of the services and with their suspension the professionals began to hold individual consultations only. As a result, their agendas were permanently full.

The pandemic also affected the functioning of the public health network’s services. Much of the work undertaken at CAPS ADAO, but also at Health Centres (CSs), Conviviality Centres (CECOs)⁶ and the social care network services are based methodologically on teamwork. A professional would never manage a group alone, and this helped compose the clinical bases and Singular Therapeutic Projects (PTSs)⁷ of the *users*. With the arrival of the pandemic, however, there was a continuous process of individualization of the care process.

*Matrixing (matriciamento)*⁸, another fundamental practice in the constitution of care ecologies, was also suspended during the pandemic period. The exchanges between different services from the network are very important since each instrument offers a distinct type of health-related care or action. Frequently *users* had serious clinical conditions due to their constant use of alcohol – alcoholics formed the majority at CAPS ADAO. The centre was not always able to offer the clinical care needed to deal with these cases, which require on-going care. Likewise, the CSs lacked a team specialized in crisis response or that was prepared for full-time care of cases that involved the problematic use of substances.

This suspension of the *matrixings*, as well as the overload of primary care services by covid cases, meant that the same logic produced internally among the team was reproduced in the dynamic of the healthcare system itself. Services

5 TN: In Portuguese: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

6 TN: In Portuguese: Centros de Saúde and Centros de Convivência, respectively.

7 In Portuguese: Projetos Terapêuticos Singulares. The PTS is one of the main care strategies employed in the RAPS. Concomitantly with the notion of *user*, the PTS is a joint construct involving professionals and *users*, delimiting medium and long-term plans of action to attain objectives or resolve the demands brought by the *user* to the service. This implies that the care strategies implemented are singularized: there is no step-by-step prescribed treatment. Instead, there is a construction permanently negotiated between professionals and other professionals, professionals and users, and professionals and institutions.

8 *Matrixing (matriciamento)* is a practice of exchanging information on cases between the CAPS teams and the Primary Healthcare Units (*Unidades Básicas de Saúde*: UBSs). This involves regular meetings in which healthcare action and promotion strategies can be developed, vital information on cases exchanged, and resources swapped between the network’s services.

ended up atomized and the exchanges between healthcare teams became rarer. At CAPS ADAO, this signified a worsening of the clinical conditions of the *users* as well as a continuous process of individualization of the processes of responsibility assumed by the professionals. The excess workload generated by the pandemic resulted in exhausted professionals and unattended *users*.

Nonetheless, this process of precarization in the possibilities for care is not something that started with the pandemic, despite worsening drastically with its advent. There is nothing new or original in asserting the precarization and dismantling of SUS as a political project (Castro, Engel and Martins 2018). For some time, we have known about the chronic queues, the lack of invested resources, structural inequalities in access to services, which are expressed in the poorest and most vulnerable areas and regions. Combined with the pandemic, this underfunding – whose initial historical landmark was Constitutional Amendment 95 – contributed to an intensification of avoidable deaths (Rutstein *et al.* 1976).

The coronavirus pandemic in Brazil marks a doubling up, a worsening, that cannot be understood as a mere continuation of what happened before. It is this disastrous management that has further intensified Brazil's structural inequalities. The covid mortality rates have reinforced the colonial logic and killed mainly black, brown and indigenous peoples, as well as informal, self-employed and underpaid workers. The vast majority of these bodies, which bear social markers of inequality, depends on the Unified Health System (SUS)⁹.

The exhausting work of confronting the pandemic day-to-day, combined with the precarious investment in public policy, low pay, lack of materials, medications and adequate spaces for performing their work combine towards the precarization of the possibility of care, both due to the lack of basic materials and structures, and due to the consequences that this lack has on the subjective structures of the workers who execute care work.

The rest of the text is organized around a description of the impacts that major epidemiological events have on the mental health of the affected populations, particularly in the case of the healthcare professionals who continue with their professional activities under these conditions. For this purpose, I make use of interviews and ethnographic narratives that composed my fieldwork material during the course of my master's degree. In addition, I set out to explore the particularity of the covid-19 pandemic through an analysis of the political contingencies that make the Brazilian case singular within the global context of the pandemic. This aim in mind, I turn to the theoretical apparatus developed by Stengers and Pignarre (2011), especially their notion of infernal alternatives. Next, I connect macrostructuring political processes with the quotidian micropolitics of care and the affects that they mobilize. To demonstrate these pathways through which major changes affect individual life trajectories, I use the theoretical foundation developed by the field of the anthropology of emotions.

9 In Portuguese: Sistema Único de Saúde.

Mental health and pandemics

Large-scale epidemiological events are known to be events capable of triggering increased mental suffering for the impacted populations. The most recent example in Brazil, the 2015 Zika virus epidemic, led to an increase in diagnoses of depression, anxiety and stress among the affected population, disturbances that are closely associated with the lack of social support or the development of public policies (Kuper *et al.* 2019). During other SARS epidemics, Chinese healthcare professionals reported an increase in depression, fear, anxiety and frustration (Xiang *et al.* 2020).

In the context I was able to observe, there was also the aggravating factor of a high percentage of *users* who presented comorbidities, developed concomitantly with substance abuse. Severe cases of HIV/AIDS, tuberculosis and hepatitis are frequently encountered among people who commit abuse of substances like cocaine – in its different forms – and alcohol (Cruz *et al.* 2013, Martins 2011, Carvalho and Seibel 2009). The overloading of SUS by the covid-19 pandemic particularly worsened the states of health of these people dependent on continual follow-up care, which, in turn, made the work of the CAPS ADAO professionals especially difficult, given that they lacked the resources to perform this on-going care in a way they deemed adequate. Combined with the absence of any coherent stance by sectors of the federal government, diverse professionals were pushed, already exhausted, into a marathon of “infernal alternatives” (Stengers and Pignarre 2011) reproduced quotidianly.

The notion proposed by Pignarre and Stengers of “infernal alternatives” helps give a contour to the situations I witnessed in the field. The authors categorize infernal alternatives as “that set of situations that seem to leave no other choice than resignation or a slightly hollow sounding denunciation” (Stengers and Pignarre 2011, 24). Despite the authors’ elaboration of this idea being inspired by the protests that occurred in response to the World Trade Organization (WTO) conference in Seattle in 1999, it seemed to me to be an effective instrument for thinking about how the precarization of SUS associated with the process of the pandemic had direct impacts on the provision of care at CAPS AD.

One of the fundamental points of the notion of infernal alternatives that, in my view, makes possible its transposition to such a distinct context is the fact that they are constructed, not given. As Stengers and Pignarre highlight: “the machine that produces infernal alternatives implies entire armies of specialists engaged in the ongoing creation of the conditions of its functioning” (*ibid.*, 29). Infernal alternatives and the tiredness and resignation that they imply are not a natural phenomenon, therefore, but produced by the slow erosion of public policy.

They are part of a discourse in which a certain political class seems to try constantly to convince us that nothing can be done to rid ourselves of these binds because mere opposition to them will worsen the situation. There is no possibility of introducing social isolation, or lockdowns, since that would destroy the economy – a fate even worse than the death of hundreds of thousands of Brazilians. Such

is the logic that produces infernal alternatives:

We now find these alternatives everywhere. To adapt, to “reform” the welfare state has become an ardent obligation. Sacrifices are necessary, otherwise the financing of retirement will no longer be assured. Or social security payments will become a bottomless pit! Accepting has become an imperative (*ibid.*, 24, original italics).

The lack of clear protocols for confronting the pandemic or any centralized direction by the Ministry of Health (MS)¹⁰ generated a perverse logic of an inversion of responsibilities between public policy and the people who construct it. The multiple forms of malaise and anguish that trouble health professionals, I argue, stem, among other things, from a subjective outsourcing of responsibilities during the pandemic.

Part of the production of infernal alternatives derives from this dumping of the collective decision-making process onto individuals. In the absence of well-defined protocols for situation management, it was left to the healthcare professional to evaluate which patient should receive their attention and care. How can someone decide who dies and who lives? Which health condition is more urgent, that of an alcoholic in the initial stages of liver cirrhosis, or a HIV-positive crack user, or someone in abstinence? Or perhaps a user living on the street and under threat due to the debts owed to the drug gangs? How can a professional worker be psychologically supported in this process? These are questions to which we still lack any clear answers and merely reflecting on them can provoke nausea and anguish to anyone subject to this process.

Based on what I could observe and construe with health professionals, I understand that the microevents emergent from this context combine to shape a process that seriously threatens the subjective possibilities of existence of SUS. The myriad tales among health professionals of exhaustion, feelings of guilt, chronic tiredness, increasing burnout syndromes, depression and panic are all symptoms of this. This psychological attrition that has removed diverse professionals from the frontline is not simply a result of the pandemic but its combination with the disastrous management, in terms of lives lost, by the federal government.

During the pandemic, the exacerbation of the individualization of care continuously produced situations in which the professionals lacked sufficient resources to provide care. The combination of a care process that became more and more individual, combined with the material impossibility of providing effective care, generated feelings of tiredness and frustration among the professionals that frequently transformed into psychological fatigue.

I accompanied many exhausted professionals who ended up leaving the frontline in the attempt to save their own existence, their mental health and their presence, indispensable in the family sphere, which for a long time now has been irreconcilable with work in hospitals, health centres and analogous services. Precarization does not just apply to public structures, the medications needed to

10 TN: In Portuguese: Ministério da Saúde.

intubate someone, and the equipment needed to maintain a human being breathing when their lungs can no longer do so unaided. During the pandemic it was also possible to say that the precarization of public policy ran hand-in-hand with a precarization of the psychological structures necessary for the provision of care and the promotion of health.

The functioning of SUS depends equally on its specialists in logistics and administration and on its frontline professionals. It depends, fundamentally, on the untiring search to amplify the borders of health governance. It depends, therefore, on sociotechnical networks and on political pacts for the latter to be effective. As emphasized earlier, these networks have undergone a process of deterioration, both following Constitutional Amendment 95 and because of the direct attacks on the care for people who abuse substances in the context of the RAPS network.

Highlighting this process that took shape over the course of the last two governments (the Temer government, 2016-2018, and the Bolsonaro government, 2018 to the present), in my view, helps us understand how the restriction of the care possibilities for substance *users* in the context of SUS constructs this universe of infernal alternatives. The virus has hit an already precarized SUS and the decision to allow it to circulate freely has attacked not only the legal and physical structures and the resources of public health, but also the flesh that sustains this vast public policy: those who work every day to make it a reality.

Many of the *users* with whom I had contact during my immersion in the field also suffered due to these impediments that the pandemic imposed on psychosocial care. As well as mental suffering and deteriorating social relations, continuous substance abuse leads to a greater propensity to develop comorbidities that are difficult to manage, especially when the presence in health services represented a risk of infection by the covid-19 virus.

As my public health interlocutors pointed out to me various times in the field, the inability to accompany clinical cases where chronic diseases were an important factor meant that these bodies became “decompensated”. When I arrived at CAPS AD in the middle of January 2021, the team began to resume home visits and a close accompanying of the service’s *users*. These resumed activities became possible to a large extent because the service’s professionals started to be vaccinated. However, on initiating this process, the impacts of the absence of continuous accompaniment of cases where severe diseases and comorbidities were an important factor became evident.

HIV-positive cases, contracting and worsening of tuberculosis, a deterioration in the care of diabetes and liver functions due to untreated hepatitis were constant themes in the team’s weekly meetings. This worsening, associated with the frequent refusal of *users* to seek out hospital care due to the stigma associated with the abject bodies of people who commit substance abuse (Rui 2012) – widely present in civil society but which is naturally also present in public healthcare institutions¹¹ – imposed new contingencies that made the possibility of care for these *users* profoundly difficult. Frequently, and despite the insistence of the professionals who I accompanied, this attempted care translated into an exhausted

11 For further reading, see Lancetti and his elaboration of the concept of *contrafissura*. In the specific case of health structures, I recommend Faria’s article on the importance of *matrixing* activities in combating *contrafissuras* within the public health system.

resignation.

To illustrate this context to which I refer, below I provide a narrative collected in the field that gives an idea of the situation and helps explain this line of argument. The case is particularly illustrative, I believe, because it is traversed by the multiple contingencies explored here so far: the worsening of comorbidities due to the impossibility of accessing hospital spaces during the pandemic; the prejudice associated with drug users, which makes their care in health services more difficult; the complete focus on the pandemic, which left these subjects to their own fate; the exhaustion and fear that emerge in these situations; and, finally, the resignation imposed by the infernal alternatives.

The account that follows describes a home visit that I conducted with a nurse and a health agent to a woman who used crack, linked to CAPS ADAO. The *user* C.C. had an extremely worrying clinical picture of associated comorbidities: HIV-positive, active tuberculosis and hepatitis C. Prior to the visit we had already learned that her health condition had worsened and reached a point where management was now difficult. In making the visit, our objective was to assess her state of health and try to persuade her to accept admission into a hospital specialized in tuberculosis located in Campos do Jordão¹². The narrative is as follows:

Narrative 8 February 2021

I leave CAPS AD to make a home visit to a user of the service who is worrying the team. Reports that have reached the team from other users suggest that since the start of the pandemic, C.C. has intensified her use of crack and is now in a precarious state of health. The intensified use of crack and alcohol worsens the patient's clinical picture of comorbidities: anaemic, HIV+, Hepatitis C and active tuberculosis. This precarious picture makes it impossible for the user to be present at CAPS AD. Her precarious immunological system, if it enters into contact with SARS-COV-2, could collapse and the service lacks an adequate outpatient structure to admit her. The patient refuses to seek help from Emergency Care after multiple cases of violence that she has suffered due to the "prejudice they have for crack users," as she herself had pointed out on other occasions. Within the limited scope of care alternatives, the key professionals ended up deciding to make home visits in the attempt to persuade C.C. to get treatment. On this visit, the main concern was with the tuberculosis systems that have worsened over the last month. We left to make a weekly visit to her father's house where she lives to check the user's vital symptoms and offer the possibility of referring her to a hospital specialized in the treatment of tuberculosis in Campos do Jordão.

We put on [protective gear], myself, a health agent and a nurse who are C.C.'s key professionals, and went in the car of one of the nurse's – since CAPS ADAO's vehicle was not available that day – to the home of C.C.'s father. The gate is barred and on the veranda of the small house we find C.C.,

12 For more information on the treatment of tuberculosis in referral centres, see Boldrim 2020.

João Balieiro Bardy

sat on a chair holding an apple. The clear morning light illuminates a skeletal body, evident by the shadow of the bones under C.C.'s skin. She weighed 37kg on the last medical visit that had been made a few weeks ago, and seems even thinner now. Each breath demands considerable effort, and a wheezing sound could be heard from the depths of her chest. Each step to the gate threatens a collapse of her body. The two professionals enter, chat and try to convince her once again to access Emergency Care, but unsuccessfully. The nurse calls the Health Centre to which C.C. is linked in an attempt to mobilize other professionals from the network as he checks her vital signs.

“I don't know if you still have her on your books but she's going to die at home if you don't come to help!”

78 saturation. 35 respiratory movements per minute. Heart rate of 150.

We call out SAMU [emergency medical care] in a last desperate attempt. During this process C.C. complains to the team, saying that she won't go to hospital under any circumstances. D. (nurse), M. (health agent) and I fall into an agitated silence. The ambulance arrives after 15 or 20 minutes. On opening the doors of the ambulance, a doctor gets out and asks us where the patient is. D., desperate, points to C.C. and says “it's her, she's desaturating [has a low blood oxygen level]!” – a claim that is immediately answered by the doctor: “I've never seen a desaturated patient eating an apple! Did you really call out SAMU for this? You must be kidding. I have a ton of people dying from covid, suffocating, and you've made me check in here?”

121

We were left completely demoralized. The doctor and the nurse D. exchanged barbed comments. While the doctor expresses her disgust, complaining that we were in the middle of a pandemic and people are dying, C.C. slowly moves inside the ambulance. Her vital signs are not checked, and she is handed a form for her to sign confirming that she has refused care. She signs the form and the ambulance leaves.

The three of us are left exchanging glances, C.C. walks back from the entrance to her house to sit where we had first found her. I return to the car with D. and M. On arriving back at CAPS AD, we don't talk as we head to the staff room. D. cries “she [the doctor] didn't even look at her [C.C.]... didn't even look...” I left CAPS AD certain that C.C. will die in the next few days.

I chose this account since it allows me to highlight the amalgamation of various factors that made it possible for C.C. not to receive care. Substance abuse and the prejudice that she had already suffered, which, combined, led to C.C. refusing hospital care. The pandemic that demanded all public health resources to be com-

batted. The indignation of the doctor over the call out of the ambulance despite the gravity of the situation. The discontinuation in the offer of care that professionals were forced to adopt due to the combination of all these contingencies.

Recalling the analysis made previously concerning the work of Stengers and Pignarre, we are left with the notion that these choices, despite taking place in everyday microrelations, possess macrostructural politics as one of their determining factors.

These political dimensions influence the construction of the world and the possibilities for action of the healthcare professionals within the available structures of SUS, as well as being expressed in the individual agencies of each actor. Along these lines, we can observe these transversalities in the refusal of the SAMU doctor to offer care taken as adequate by the nurse. The justification given by the doctor in question for refusing to collaborate with the request made by the team was not that C.C. did not need care. But rather that her case was not urgent as presumed and that they could not help due to the demands imposed by the pandemic. Had this not been the context, perhaps the outcome of this story would have been different. These are the political actions that have overloaded the public health system and impacted the individual choice to refuse care for C.C. despite the evaluation of a professional more closely involved in her case.

Comprehending how macrostructuring political movements affect the microstructured quotidian care policies of health workers is not something clearly evident. Here I follow the proposal made by Veena Das (2015) concerning the theoretical constructions through which we – anthropologists – manage to name and work with the everyday suffering that is constitutive of our fields and the lives we cross during our ethnographies.

Narratives that operate at macrostructuring levels – as in the case of the covid Parliamentary Commission of Inquiry (CPI) in Brazil's Federal Senate – or that seek to construct theories that operate at a macrostructured and generalized scale – like those I have undertaken so far through an analysis of the notion of infernal alternatives – help us understand processes that become quasi-events (Povinelli 2011) in large public scandals, processes of mediatization of the deaths caused by the virus and mobilizations of distinct affects among the general public. However, these narratives do not help us comprehend what leads a healthcare professional to surrender to the impossibility of providing care to a patient due to the lack of adequate infrastructure or even how a young woman is abandoned by the healthcare system, as we shall see later. As Veena Das reminds us:

The juxtaposition cannot do the work of showing the pathways through which the larger changes are absorbed in individual lives. In short, the question for me comes down to whether the ethnography is meant to illustrate a theoretical argument or whether theory might be built into the ethnography itself (Das 2015, 15).

I continue my argument now by taking the proposed path. To do so, I use in-

João Balieiro Bardy

interviews with healthcare professionals who worked during the pandemic in order to compile qualitative data that helps us understand and give meaning to the – relatively scant, it should be noted in passing – quantitative data that can be gathered on the mental health of public healthcare professionals in Brazil. I hope that this will allow a clearer understanding of how the pandemic also infected the processes of subjectivation of these professionals and the impact that this represents for the functioning of the public policy as a whole.

In the next section I seek to explain more clearly how these transversalities developed in the pandemic context and how the latter influenced the work of the healthcare professionals as well as their singular processes of subjectivation. To this end, I turn to the literature pertaining to the field of the anthropology of emotions as a means to expose the consequences and constraints that led the pandemic to affect processes of subjectivation, especially for those working in the shadow of the virus.

Anthropology of the emotions: possibilities for a transversal analysis between macropolitical dynamics and everyday suffering

While I was researching in the field, one of the main sentiments expressed daily at the centre was fear. Fear of infection by the virus, fear of transmitting the disease to a loved one or to *users* of the service, fear of being unable to obtain the resources needed to care for the *user* of the service due to the overloading of the health system with the coronavirus pandemic.

A study conducted by Fiocruz during my fieldwork period corroborates the above. On average, 87.6% of healthcare professionals felt afraid of covid at some moment of the pandemic (Lotta *et al.* 2021). The emergence of fear as an emotional tone of the life of healthcare professionals – both in primary care and in specialized and hospital care – is closely associated with an emotional and psychological load that effectively overloads health workers, something present at moments outside of work too.

The fundamental space of emergence of this mental exhaustion, however, is the body, thus overflowing into a profound physical exhaustion. Here I draw from various perspectives developed in the social sciences (Csordas 2008, Rezende and Coelho 2010) that identify the body as the main locus for supporting, processing and making possible the expression of emotions. Sadness, which very often became explicit in my field through the sight of people spilling tears and the sound of sobbing; anxiety, expressed in shortness of breath, the tired eyes of insomnia and the “stomach cramps”; and finally fear, the palpitations and unease reported by the professional staff, especially when infection was suspected.

The diverse emotions described above, the individual exhaustion that they produced, were not simply contained, however, in the distinct bodies where they emerged. A rich discussion can be found in the literature on the anthropology of emotions concerning their fundamental quality (Lutz 2011, Abu-Lughod and Lutz 1990, Coelho and Durão 2017, Coelho 2010): are emotions individual expressions

João Balieiro Bardy

of the subject or are they culturally constituted, and do they thus possess an inherently social quality?

The field of the anthropology of the emotions developed precisely out of this debate. From the 1980s, especially in the United States, some discussions were formalized that responded to this question from what was subsequently called a “relativist perspective”. The question inspiring and guiding this field of studies was comprehending how emotions possess distinct dynamics in different cultural contexts. The primary reference to be consulted along these lines is the work of Lutz (2011 [1988]) and her analysis of the Euro-American conception of the emotions and how they are constructed.

Later, however, the contextualist approach was developed, which no longer sought to understand the different significations given to emotions (through a comparative exercise) but aimed instead to discern the micropolitical dynamics that developed in the emotional field of a given group (Abu-Lughod and Lutz 1990).

Against the backdrop of this map, Lutz and Abu-Lughod elaborate the proposal they call the contextualist perspective, theoretically inspired by Foucault’s notion of discourse, understood as a speech that forms what is spoken about, rather than maintaining a relation of reference with it as something external to it. This perspective allows the authors to enter deeper into the micropolitical dimension of feelings, showing how emotions are the result of power relations between social groups, serving simultaneously to express and reinforce these relations (Coelho 2010, 268).

124

This theoretical construction, which largely aligns with the Foucauldian notion of discourse, infuses the analysis of emotions in the micropolitical relations that constitute the everyday. Just as the dimensions taken by the coronavirus epidemic cannot be strictly related to the properties of the virus, emotions should also be understood within a dynamic social and cultural context, which implies power relations.

The problematization that I wish to pose relates to how we can perceive the relation between the emotions – emerging in the everyday work of healthcare professionals – and the public management of the coronavirus pandemic in Brazil. I took the methodological alternative of examining the emotions provoked among healthcare professionals working in specific and difficult situations by using a contextualist approach. Although the example provided in this article is particular, this emotional micropolitics of exhaustion was also expressed by everyday activities. The following account, which I collected from a resident doctor in a hospital context, corroborates how this exhaustion was pervasive. When asked to evaluate the management of the pandemic at federal level, he emphasizes how he felt powerless in his work when watching the TV located in the “red room”, where the patients with severe cases of covid were taken:

What’s your assessment of the quality of public management of the pan-

João Balieiro Bardy

demic at federal level?

I think that with all that turbulence that we had with the swapping of ministers at the start of the pandemic [Mandetta by Teich, Teich by Pazuello], and all the measures that had been adopted by one minister being changed, and the government failing to invest directly in purchasing vaccines, not having invested in social isolation measures, it ended up that in federal terms Brazil left a lot to desire. So much so that we have already surpassed more than half a million deaths. And deaths that could have been avoided with simple measures. It left a lot to be desired.

And how did this management make you feel? Was it something you thought about while working? You mentioned these “deaths that could have been avoided,” was there some situation where this struck you? What does that feel like? Was this situation incorporated in your professional work? In your everyday life?

So, sometimes we were there working, there in the red room, and we saw the president on the TV going around without a mask, the president among crowds, the president refusing to buy vaccines, and committing all these breaches that, in my view, he was committing, and **I felt angry**. Because had he been here, there was even a time when he was encouraging people to enter the hospitals to see how the patients were, you felt like saying: “come in here to see for yourself, spend some time here, so you can see the despair of these people”. And many cases of patients who arrived there in a severe state, patients who, for example, had only had one vaccine dose. So, if the [vaccination] campaign had been sped up a little, they would have had their second dose and probably would not be seriously ill. So patients aged, for instance, between 40 and 50, who had received just one or no vaccine doses, previously healthy, and who came to us already severely ill, I thought “gosh, if Brazil had mobilized more money to buy more vaccines in less time, that would have led to far fewer costs to health and far fewer deaths”. So, there was a huge discrepancy between what you saw on the TV, the way in which the president was acting in response to this situation, the things that were happening in the hospital. There was a huge discrepancy. A real feeling of anger, injustice, **“why am I working if the person who represents me in the country is doing the exact opposite?” There’s already very little I can do, and if the federal government won’t help, why am I working if I’m not going to be able to solve the problem?** It’s going to snowball with more and more people arriving. **The main sensation was fear, impotence.**

Here I concur with Susana Durão and Maria Claudia Coelho when they write that emotions are not a dimension of life relegated to the domain of the individual and the intimate, but are found imbricated in the relations of the world and are

conditioned by the latter to the same extent as they constitute it. I thus concur with the authors' argument that:

Emotions, therefore, seem to do things. We act by feeling, as well as by not feeling, or by controlling the demonstrations of what we feel, or even the nature itself of what we feel. And these feelings are governed, as the anthropology of the emotions has long advocated, not by the fluctuations of the intimate, not in an idiosyncratic way, but by codified forms, permeated by moral codes and ethical-political convictions, that prescribe, evaluate, condemn, demand and even proscribe emotional reactions (Coelho and Durão 2017, 59).

I make use of this second theoretical apparatus here to comprehend the dynamics of the everyday that develop following the establishment of infernal alternatives in the context of public health. Associated with these feelings of stress, anxiety and fear, the process of decision-making and epidemiological risk calculation was very often dumped on healthcare workers in the absence of clear protocols for confronting the pandemic.

In the context that I was able to observe, there was also the aggravating factor of a high percentage of *users* who presented comorbidities, developed as a result of substance abuse. Serious conditions of HIV/AIDS, tuberculosis and different types of hepatitis are frequently encountered among people who commit abuse of substances like cocaine – in its different forms, including crack – and alcohol (Cruz, *et al.* 2013, Martins 2011, Carvalho and Seibel 2009). The remarks below, taken from the same interview cited previously, show how these conditions of comorbidities, which have a high incidence among the population assisted by the CAPS AD, suffered a process of “decompensation” over the course of the pandemic.

Yes, there were a lot of changes, since many of the activities not related to covid were cancelled, so many outpatient services were cancelled. So what happened, like, we had an outpatient clinic for patients with diabetes. So staff provided teleguidance, phoned people, asked whether everything was okay, and if they were fine, they would reschedule appointments for a later time. **This meant that patients received less care and would come to us increasingly decompensated. So chronic diseases became increasingly decompensated because they were receiving less medical care.** So, we had less contacts with these people, more limited contacts, always using equipment and protect, so that somewhat hinders the doctor-patient relationship. [...] It was very difficult to follow-up on patients closely, which was something we should have done, but there was no way to do so, we had to reschedule the outpatients to avoid infections, there was no alternative.

The complete focus of the public health system on the pandemic was a burden that affected both the professionals and its users. The overwhelming of the SUS by

João Balieiro Bardy

the covid-19 pandemic both worsened the state of health of those dependent on constant accompaniment and attacked the processes of subjectivation of health workers. Combined with the absence of positioning by sectors of the federal government, diverse professionals were pushed, already exhausted, into a marathon of infernal alternatives that were reproduced quotidianly.

Here I highlight one final quotation before concluding the text. I had the chance to record this dialogue in a public meeting concerning the mental health council from the municipality where I conducted fieldwork. The meeting, held in March 2021, sought to address a number of urgent questions, both political and epidemiological, relating to the maintenance and functioning of the municipal RAPS during the pandemic. A manager from the RAPS health service made an analysis that seemed to me profoundly assertive in terms of the possibilities of existence of psychosocial care in SUS in the political and epidemiological context that I have sought to describe in this article.

The pandemic thing is so hard and has had direct effects on the issue of mental health. There has been a worsening of mental worse, the worsening of the pandemic, primary care having to be focused entirely on this issue, hence the mental suffering, everything relating to mental health, much has ended up in a limbo. I think all of this is going to reverberate a lot within the service. How primary care at this moment has become organised in relation to these subjective forms of suffering and how we deal with this. CAPS (where I work) suspended face-to-face matrixings [*matriciamentos*], though it maintained group care. Now things are much more serious, including from the economic and social viewpoint, **people are dying of covid, or dying of hunger, or dying of violence. Then added to that we have this threat from a government that uses the context of the pandemic to dismantle what already existed, what was already being scrapped. We have to be more solidary as a network, if not we won't survive, much less the users of the service** (Field notebook, 19/03/2021).

127

Conclusion

The mental and physical exhaustion described by healthcare professionals during the period of the pandemic has as a consequence, beyond the destruction of the possibilities of resistance of healthcare professionals, the depletion of the health system itself. SUS depends on the political machine and on funding to the same extent that it depends on the workers who give it body. The first of these factors already found itself under attack prior to the pandemic. The second, under the shadow of infernal alternatives, now suffocates both from the virus and from the lack of air caused by panic attacks and anxiety crises.

The infernal choices described by Stengers and Pignarre have their roots in the very dynamics of neoliberalism. We might think it strange to mobilize these

João Balieiro Bardy

sources in the context of a public and universal policy and in the infernal choices that emerge from within it. Yet if we recall, this was precisely the justification given by the federal government for resisting the practices of social isolation at the beginning of this regime of brutality.

We also saw how the feelings of disdain over deaths from the pandemic expressed by the federal government had a direct impact on the micropolitical everyday of the emotions of healthcare workers, a factor that should be included in the reckoning of the psychological havoc inflicted on these professionals during the pandemic context.

Not an enemy but allied to the Bolsonaro government's agenda, the virus became doubly lethal: lethal to the lungs, yes, but also lethal to the psychological structures of those whose work is to maintain the ecologies of care that set out from SUS.

To these questions we can add others prior to the emergence of the pandemic. Social markers of gender, race and class flesh out this multiple body that is under attack: mostly female, black and poor. In this context, the possibilities shrink for actions that do not translate into a "resignation or a slightly hollow sounding denunciation" (Stengers and Pignarre 2011, 24). Faced by this political negligence over the pandemic and the lack of protocols for managing and controlling the situation, Brazil already has a tally of more than half a million deaths. But not only. The subjective possibilities for the existence of SUS are also being killed.

Foucault showed how the management of leprosy and plague were fundamentally processual events insofar as it was through them that strategies were developed for managing bodies, as well as sweeping changes in the ways that power is expressed. While leprosy was managed simply through measures for containing and excluding the sick bodies, the plague invented the forms of disciplinary management and excluding inclusion: the segmentation of urban space, the creation of boundaries, zones of control.

This same plague management technique was applied in much of the western world as a prophylactic measure against the covid pandemic, but we can also already perceive new techniques for managing these problems, emphasizing the processual character of the covid pandemic, at least with regard to the forms of control and power, the management of populations and biopolitics. The experiences of Japan, South Korea, Taiwan and Israel already indicate a new management based on pharmacopornographic techniques of biosurveillance (Preciado 2020) through the individual tracking of sick people via their mobile phones¹³.

What we have seen here in relation to care for people who abuse PASs and the particular difficulties of implementing this care in the context of the pandemic in Brazil is the extent to which the management of the drug dispositif (Fiore 2020) entails an overlap of the techniques created on the basis of these experiences as a whole. The mass incarceration that developed from the war on drugs and the exclusion of peripheral populations by their association with drugs – whether their consumption or trafficking – are expressions of a necropolitical logic of exclusion. The segregation techniques to which people circulating on the street are submit-

13 The notion of pharmacopornographic techniques of biosurveillance developed by Preciado indicates a "type of management and production of the body and of sexual subjectivity" within a new political configuration where body and subjectivity are regulated, beyond the disciplinary institutions, also and principally "by a set of biomolecular, microprosthetic, digital and information transmission technologies". Preciado writes that "if I call them pornographic it is because, firstly, these techniques of biosurveillance introduce themselves into the body, traversing the skin, penetrating us; and, secondly, because the dispositifs of biocontrol no longer function through the repression of sexuality (masturbatory or not) but through the incitement to the constant consumption and production of a regulated and quantifiable pleasure. The more we consume and the healthier we are, the better controlled we become" (Preciado 2020).

ted under the pretext of health and hygiene, impressed in our subjectivities, are dispositifs that we have inherited from the management of the plague.

The population accompanied by CAPS ADAO, therefore, find themselves under permanent scrutiny of both these logics and squeezed between these forces, which frequently prevents their bodies from being taken as worthy of attention and care. The ethnographic dialogues and narratives that give body to this article are a portrait of this process, still highly preliminary, of attempting to adapt to the new biopolitical and pharmapornographic forms of management of biosurveillance.

Nevertheless, in the folds of this still incomplete process, we can find other tools of care, the principal example of which is the permanent attempt to amplify the ecologies of care (Das 2015, Das and Das 2006). In this sense, the pandemic extrapolates its macrostructuring processual dimension and seeps into the everyday microstructured life processes of the bodies that we accompany, as well as profoundly altering the mesorelational care projects that were previously articulated through matrixing.

During the pandemic, whenever a user indicated respiratory symptoms during their stay in a bed at CAPS ADAO, the only solution possible was to forward them to a shelter for symptomatic patients, organised by the Campinas municipal government. Two emergency shelters were organised for the homeless population with flu-like symptoms, which combined had the capacity to hold 80 people.¹⁴ Despite being part of the public health network, the Campinas RAPS did not have covid tests to evaluate people case-by-case. Consequently, when flu-like symptoms were perceived by the user or the health workers, the person was sent to these shelters.

These new management instruments for covid cases comprised ecologies of care (Das 2015, Das and Das 2006) and the latter have not ceased to exist despite the new pharmapornographic forms of biosurveillance of bodies (Preciado 2020). Equally, the central role of the professionals in the articulation, construction and maintenance of these ecologies, whether articulating family members of the users, medicinal alliances or institutional partnerships, formal or informal, is reiterated in contexts like that of the pandemic and reiterate the multiple processes that permeate the particularity of this historical moment.

What stands out, therefore, is the fact that the possibilities of existence of care remain, despite the multiple attacks made on public policies. The relational and political networks of affect mobilized from and also beyond SUS continue to be developed despite the material and concrete weakening of public policy.

It becomes clear, however, how this abandonment affects the subjective care processes. Techniques and resources are becoming ever scarcer and, consequently, there is a worsening of the vulnerability of the populations assisted by these instruments. This, in turn, weakens the pre-existing ecologies of care, something reflected in the professionals through feelings of frustration and fatigue^{15, 16}

Recebido em 23/05/2022

Aprovado para publicação em 23/05/2022 pelo editor Henyo Trindade Barretto Filho

14 Available at: <https://novo.campinas.sp.gov.br/noticia/38425>. Last consulted: 12 January 2022.

15 Translation: David Rodgers

16 The publication of this article was supported by Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), through Faperj Edital n° 29/2021 (process E-26/211.048/2021)

João Balieiro Bardy

References

- Carvalho, Heráclito Barbosa de, and Sergio Dario Seibel. 2009. "Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV". *Clinics* 64: 857–66.
- Castro, Rosana, Cíntia Engel, and Raysa Martins. 2018. *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Sobrescrita.
- Coelho, Maria Claudia Pereira, and Susana Soares Branco Durão. 2017. "Introdução ou como fazer coisas com emoções". *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares* 19(1): 44–60.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. 2021. "Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a covid". http://www.cofen.gov.br/brasil-perde-ao-menos-um-profissional-de-saude-a-cada-19-horas-para-a-covid_85778.html
- Cruz, Vania Dias *et al.* 2013. "Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa". *SMAD – Revista Electrónica em Salud Mental, Alcohol y Drogas* 9(1): 48–55.
- Csordas, Thomas. 2008. "A corporeidade como paradigma da Antropologia". In *Corpo/significado/cura* (v. 5). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Das, Veena. 2015. *Affliction: health, disease, poverty*. New York: Fordham University Press.
- Das, Veena, and Ranendra K. Das. 2006. "Pharmaceuticals in urban ecologies". In *Global pharmaceuticals*, org. Adriana Petryna, Andrew Lakoff, and Arthur Kleinman, 171–205. Durham: Duke University Press.
- Faria, Paula de Fátima Oliveira, Sabrina Helena Ferigato, and Isabela Aparecida de Oliveira Lussi. 2020. "O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas". *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* 28: 931–49.
- Foucault, Michel. 2012. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Translated by Maria Thereza da Costa Albuquerque. São Paulo: Graal.
- Han, Byung-Chul. 2021. "Teletrabalho, zoom e depressão: o filósofo Byung-Chul Han diz que exploramos a nós mesmos mais do que nunca". *El País*, Brasil, 22 mar. 2021. Cultura, Ideias. <https://brasil.elpais.com/cultura/2021-03-23/teletrabalho-zoom-e-depressao-o-filosofo-byung-chul-han-diz-que-nos-exploramos-mais-que-nunca.html?eventlog=oklogin>
- Kuper, Hannah *et al.* 2019. "The association of depression, anxiety, and stress with caring for a child with Congenital Zika Syndrome in Brazil; Results of a cross-sectional study". *PLoS neglected tropical diseases* 13(9): e0007768.
- Lancetti, Antonio. 2015. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec.
- Latour, Bruno. 2020. *Imaginar gestos que barrem o retorno da produção pré-crise*. Translated by Débora Danowski and Eduardo Viveiros de Castro. <https://n-1edicoes.org/008-1>
- Lutz, Catherine A. 2011. *Unnatural emotions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lutz, Catherine A., and Lila Abu-Lughod. 1990. « Language and the politics of emotion ». In *This book grew out of a session at the 1987 annual meeting of the American Anthropological Association called "Emotion and Discourse"*. Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Lotta, Gabriela *et al.* 2021. *Nota Técnica à Pandemia de Covid-19 e os(as) Profissionais*

João Balieiro Bardy

- de saúde Pública no Brasil – 4ª Fase. Rio de Janeiro: FGV/EASP/Fiocruz. https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil_fase-4.pdf
- Machado, Maria Helena, coord. 2017. *Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final – Brasil*. Rio de Janeiro: NERHUS/DAPS/ENSP/Fiocruz.
- Martins, Tatiana, Janaína Luz Narciso-Schiavon, and Leonardo De Lucca Schiavon. 2011. “Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C”. *Revista da Associação Médica Brasileira* 57(1): 107–12.
- Minayo, Maria Cecília de Souza, and Neylson Freire. 2020. “Pandemia exacerba desigualdades na Saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva* 25(9): 3555–6.
- Parker, Richard. 2003. “Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982–1996”. *Divulgação em Saúde para Debate* 1(27): 8–49.
- Preciado, Paul B. 2020. “Aprendiendo del vírus”. *El país*. https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952_026489.html
- Povinelli, Elizabeth A. 2011. *Economies of abandonment*. Durham: Duke University Press.
- Rezende, Claudia Barcellos, and Maria Cláudia Coelho. 2010. *Antropologia das emoções* (Série Sociedade e Cultura). Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.
- Rui, Taniele Cristina. 2012. *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Doctoral Thesis, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Rutstein, David D. et al. 1976. “Measuring the quality of medical care: a clinical method”. *New England Journal of Medicine* 294(11): 582–8.
- Stengers, Isabelle, and Philippe Pignarre. 2011. *Capitalist sorcery: breaking the spell*. New York: Palgrave.
- Xiang, Yu-Tao et al. 2020. “Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed”. *The Lancet Psychiatry* 7(3): 228–9.

Driblando o desmonte: um experimento etnográfico com agentes populares de saúde frente à pandemia de covid-19

Dribbling the dismantle: an ethnographic experiment with popular health agents due to the covid-19 pandemic

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9705>

Stella Z. Paterniani

Universidade Federal do Paraná – Brasil

ORCID: 0000-0003-0639-3186

stella.paterniani@gmail.com

Mestra em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas e doutora em Antropologia Social pela Universidade de Brasília. Desenvolve pesquisa com movimentos de luta por moradia. É uma das organizadoras do livro *Pensamento negro radical: antologia de ensaios*, publicado em 2021 pelas editoras crocodilo e n-1.

132

Frente à ausência de uma política nacional de combate à pandemia de covid-19 foram sendo articuladas, nas periferias brasileiras, campanhas de solidariedade popular, a partir de redes que desde há muito combinam formas de cuidado e por meio de um modo de vida baseado na convivialidade e na consubstancialidade. Essas campanhas entendem a vida e a sobrevivência como indissociáveis: manter-se vivo, nessa conjuntura, é se alimentar bem, cuidar da saúde, cuidar de si e do outro e viver na luta em comunidade – driblando o confinamento à precariedade que o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) produz. A partir da história e da experiência dos agentes populares de saúde de uma campanha de solidariedade, proponho reconhecer um vínculo entre convivialidade, consubstancialidade e a brincadeira com a legibilidade estatal por meio do cuidado, a partir do que os militantes reivindicam como saúde popular. Como a pesquisa se deu com ativistas envolvidos em distintos territórios nacionais em torno da campanha e em distintas instâncias organizativas, o método encontrado para torná-la inteligível à leitora foi uma experimentação etnográfica criando uma família composta pelas muitas famílias e pelos muitos ativistas com os quais conversei ao longo de 2020 e 2021.

Etnografia; Covid-19; Saúde popular; Consubstancialidade; Convivialidade; Cuidado; Periferia.

Due to the absence of a national policy against covid-19 pandemic, popular solidarity campaigns were articulated in Brazilian peripheries, based on networks that have long articulated forms of care and through a way of life that merges conviviality and consubstantiality. These campaigns understand life and survival as inseparable: to stay alive, in this context, is to eat well, to take care of your health, to take care of yourself and others and to live in the struggle in community – dribbling the confinement to the precarity that the dismantle of the Unified Health System (SUS) produces. Based on the history and the experience of popular health agents of a solidarity campaign, I propose to recognize a link between conviviality, consubstantiality and the playing with state legibility through care, based on what activists claim as popular health. As the research was carried out with activists involved in different national territories around the campaign and in different organizational instances, the method found to make it intelligible to the reader was an ethnographic experimentation, creating a family composed by the many families and the many activists with whom I spoke throughout 2020 and 2021.

Ethnography; Covid-19; Popular health; Consubstanciality; Conviviality; Care; Periphery.

Stella Z. Paterniani

Introdução

Desde março de 2020, quando a pandemia do novo coronavírus chegou ao Brasil, circularam nas redes sociais e nas mesas de jantar considerações de que o vírus seria democrático, por contaminar qualquer pessoa, independentemente de sua classe social, raça ou gênero. Essa impressão rasteira foi cedendo lugar a análises, conforme a contaminação foi se alastrando, sobre como o vírus aprofundava e desmascarava ainda mais as desigualdades no nosso país, revelando uma geopolítica da pandemia que impactava desigualmente territórios e pessoas atravessadas por condições sociais históricas de negação de acesso à saúde (Goes, Ramos e Ferreira 2020, Castro 2021, Santos *et al.* 2020). Um elemento revelador dessa geopolítica diz respeito à diferente letalidade do vírus e sua relação com territórios e populações – a pandemia concentrou suas vítimas nas periferias urbanas, negras e indígenas¹.

É importante observar que a maior letalidade e o maior contágio por covid-19 nas periferias urbanas, às quais este trabalho está circunscrito, vincularam-se não às condições de suas moradias, mas sim, à falta de política de enfrentamento à pandemia pensada a partir das especificidades de cada território (Marino *et al.* 2020). Com alto número de pessoas moradoras trabalhando como empregadas domésticas que seguiram pegando metrô para chegar às casas de suas patroas; técnicas de enfermagem que seguiram se deslocando para o trabalho, e muitas vezes trabalhando sem EPIs (Sudré 2020a); e entregadores de aplicativos rodando a cidade em bicicletas alugadas e ganhando, muitas vezes, menos de R\$5,00 por dia de trabalho, os deslocamentos se intensificaram e asseguraram o isolamento e distanciamento social dos setores médios e altos da sociedade. Com o deslocamento, essas pessoas foram ainda mais expostas ao vírus e, voltando para casa, se deparavam com a precariedade da rede pública de saúde nas regiões onde moravam: os maiores tempos de espera por uma consulta e os menores números de leitos hospitalares por habitantes (Marino *et al.* 2020, Souza 2020).

Não obstante, este texto parte de uma perspectiva que recusa o confinamento de tais territórios à definição pela ausência, pela pobreza, pela degradação, pela precariedade, e recusa também o confinamento das pessoas que neles vivem à ação reativa, e jamais criativa (Borges 2009). Tais periferias aqui são entendidas sobretudo como regiões e pessoas tornadas vulnerabilizadas por condições produtivas estruturais e conjunturais e que, no entanto, produzem suas vidas e seus modos de conhecer e de estar no mundo para além das urgências e da miséria do presente e do possível, articulando a vida na luta em três dimensões: a da resistência a projetos estabilizadores de corpos, pessoas e casas sob a racionalidade da economia política da urbanização; a de reivindicações de dignidade via políticas públicas; e a da prefiguração de modos de vida, preenchendo o presente de futuro (Paterniani 2018). Sobretudo a dimensão da prefiguração aqui nos interessa, “a capacidade de forjar, no próprio processo de luta, as formas sociais a que se aspira” (Ortellado 2016, 13), isto é, uma temporalidade que torna o presente prehe de futuro, e não confina as existências de grupos específicos de pessoas a um

1 Este texto é baseado em pesquisa conduzida por Lauro Carvalho e por mim entre 2020 e 2021 e financiada pelo Instituto Tricontinental de Pesquisa Social. Agradeço a Lauro Carvalho pelas reflexões compartilhadas, e também a André Cardoso, Olivia Carolino, Cristiane Ganaka, Delana Corazza, Angélica Tostes e Ana Penido pelos debates e parcerias de pesquisa, bem como às ativistas e aos movimentos que tornaram a pesquisa possível. Pelos comentários e sugestões, agradeço a Antonádia Borges, Gustavo Belisário, Hugo Ciavatta e Julian Simões, bem como aos pareceristas anônimos.

Stella Z. Paterniani

presentismo constrangido pela urgência.

Ao longo do ano de 2020, diante da ausência de políticas de saúde estatais sólidas de enfrentamento à pandemia e aos seus efeitos, como o desemprego, a ausência de renda, a insegurança alimentar e a fome (Blanco e Sacramento 2021), ações e campanhas de solidariedade foram despontando e sendo organizadas nas periferias. Por um lado, essas ações de solidariedade partem de redes que desde há muito articulam experiências e formas de cuidado e tradições e organizações de luta, como mostraram recentemente os trabalhos de Oliveira e Carmo (2020) e de Eilbaum *et al.* (2020), sobre as redes de articulação criadas, respectivamente, nas periferias de São Paulo e nas favelas e periferias do Rio de Janeiro para o enfrentamento da pandemia de covid-19.

Por outro lado, essas ações de solidariedade também nos revelam ontologias, epistemologias e mundos em conflito, como nos mostra Olivar (2020) em uma de suas fabulações:

Quando o pessoal da CasaNem ou as prostitutas do Brasil ou as mulheres indígenas no rio Negro ou os solitários e desarraigados urbanos, ou as minhas alunas negras, ou xs moradorxs de rua ou de determinadas periferias urbanas dizem “não vamos morrer!”, dizem “vamos nos cuidar, galera”, as forças cosmopolíticas que se ativam não são as mesmas que quando eu, professor universitário e funcionário público, digo a mesma coisa. O mundo e o curso da pandemia agem tendo a morte delxs como efeito previsível, disponível ou desejado, não a minha. O grito de guerra delxs deveria ser o marco novo para qualquer ação, política e escola de saúde pública. Não o meu. A nossa aliança suprema deveria ser com esse grito, e essa aliança nova deveria ser nossa orientação para atravessar a tormenta e para refundar o mundo depois. Não a aliança com nós mesmos. O melhor remédio é, ainda, a solidariedade e a luta, a partilha do risco, como poderia dizer Juma Santos; as formas de vida social (logo nem prolongadamente isoladas nem intensamente distanciadas) de quem já viu seu mundo acabar muitas vezes e continuou a andar. Essas pessoas encontrarão outro mundo porque habitam outro mundo porque praticam outro mundo (Olivar 2020).

Essas forças cosmopolíticas que se ativam quando as pessoas de periferias urbanas e outros grupos sociais subalternizados reivindicam cuidar-se e não morrer operam uma equivocação controlada (Viveiros de Castro 2004) no cuidado. Esse cuidado inerente a praticar o mundo, habitar o mundo, encontrar o mundo e produzir-se como pessoa no mundo, desde essa perspectiva, sugere-nos um modo de vida que opera muito mais pela consubstancialidade do que pela propriedade na relação entre corpos, pessoas e casas (Borges 2021). Quando, aqui, trato de consubstancialidade, refiro-me à oposição ao paradigma do indivíduo (Povinelli 2011) e de quaisquer divisórias de sujeitos e substâncias afins a esse paradigma que se retroalimenta pela produção de fronteiras e de escaninhos coloniais onde é preciso delimitar e separar uns e outros (Trouillot 2016). Sigo a proposição de

Stella Z. Paterniani

Borges (2020) acerca dos corpos dotados de composição-terra em oposição à composição-*plantation*, sendo a primeira, operando na consubstancialidade, a fuga da segunda e, não obstante, sendo ambos modos coetâneos de produção de corpo, sentido e legibilidade. Embora não tenha trabalhado explicitamente com a noção de consubstancialidade, Pierobon (2022), ao mostrar como a política pública de saúde produz tanto o corpo da filha cuidadora como o de sua mãe adoentada, também nos sugere que tais corpos partilham de substância e são dotados de alguma contiguidade.

Este texto tratará da experiência de uma campanha nacional de solidariedade nas periferias urbanas brasileiras, organizada por movimentos populares e que reuniu militantes, moradores, lideranças comunitárias e voluntários em torno de três eixos de funcionamento, a partir da bandeira da solidariedade: a organização para recebimento de doações (de alimentos, máscaras e produtos de higiene); o protagonismo popular na organização dos territórios; e a formação de agentes populares de saúde. Buscarei argumentar como sobretudo a criação dos agentes populares de saúde operou um drible com relação ao “desmonte do SUS”, e como esse drible está vinculado a um modo de vida orientado pela consubstancialidade (Nogueira 2013, Borges 2021).

Etnografia na pandemia?

Este texto é oriundo de pesquisa realizada durante a pandemia de covid-19, entre os anos de 2020 e 2021. A pandemia impôs desafios metodológicos à pesquisa etnográfica, sobretudo quando a antropóloga não pode mais ir a campo como costumava fazer – saindo de casa, deslocando-se na cidade, chegando a outro bairro, visitando casas, cruzando ruas e becos e frequentando estabelecimentos comerciais – e ir a campo torna-se ligar o computador, conectar-se a um aplicativo de comunicação síncrona por videoconferência, ou conduzir entrevistas assíncronas, por meio do envio e recebimento de mensagens de voz por outro serviço de comunicação, nesse caso via aparelho celular².

É também por isso que, metodologicamente, quem nos acompanhará neste texto serão Mara, sua família e vizinhança: fabulações etnográficas a partir da pesquisa possível durante a pandemia. A criação de Mara, sua família e vizinhança corporifica textualmente as informações, as narrativas, os números e as histórias com as quais a pesquisa foi se encontrando. Além de entrevistas com ativistas e lideranças comunitárias realizadas ao longo dos anos de 2020 e 2021, a pesquisa também incluiu análise de dados disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde;; acompanhamento de notícias da mídia; levantamento bibliográfico e pesquisa em dissertações e teses sobre os movimentos populares de saúde e a formação dos agentes comunitários de saúde e o SUS; e acompanhamento de reuniões da campanha de solidariedade em formato remoto.

Parto do entendimento de que as vidas das pessoas com quem faço pesquisa borram as fronteiras entre a resistência e a prefiguração; a vida no registro da urgência e a criatividade (Paterniani 2019). Por isso, isto é, por levar a sério

135

2 Estou aqui me referindo especificamente às plataformas Zoom e WhatsApp, respectivamente, por meio das quais foram realizadas entrevistas síncronas e assíncronas com pessoas participantes de campanhas de solidariedade, bem como o acompanhamento de reuniões organizativas.

Stella Z. Paterniani

a fabulação, o engajamento e a produção de conhecimento por parte de meus companheiros de pesquisa, que borram fronteiras conceituais e revelam suas insuficiências, optei pelo recurso metodológico de borrar também as fronteiras entre ficção e realidade, ou, melhor dizendo, de não entender como “real” o que se opõe à ficção.

Ficcionalizar não é novidade na antropologia. Pelo menos desde Malinowski, esse recurso está disponível ao ofício do etnógrafo, que nunca presenciou todas as etapas de construção de uma canoa kula, embora em sua monografia sobre os habitantes das Ilhas Trobriand nos sugira que o tenha feito. No entanto, o recurso de fabulação como experimentado aqui é inspirado também na metodologia de brincadeira de Belisário (2021), esse fruto do encontro etnográfico entre o antropólogo e os sem-terrinha, que desestabilizam os conceitos pré-definidos do primeiro acerca de ser adulto e ser criança e que os inspira a implodir a cisão entre ser sério e ser faz-de-conta na etnografia; e na ficção etnográfica de Cruz (2017), que elegeu uma personagem e relatos coletados em campo com mulheres brasileiras, moçambicanas e angolana e os reúne em uma única história passada em Maputo e Brasília, composta também por suas experiências pessoais. Em ambos os casos, trata-se também de um experimento narrativo que visa borrar a fronteira entre sujeito e objeto, ao mesmo tempo que uma estratégia narrativa para manter certa reserva à intimidade das pessoas envolvidas.

Aqui, o experimento etnográfico implica a criação de personagens de uma família e sua vizinhança como personagens-compósitas de muitas pessoas, histórias, experiências, dados estatísticos, conversas, notícias de jornal e entrevistas. A motivação é múltipla: se, por um lado, busca tornar inteligível à leitora uma pesquisa realizada com as limitações técnicas impostas pela pandemia, por outro, busca reforçar a defesa de que a etnografia prescinde da definição de um objeto de pesquisa estável e, por fim, busca também, considerando a atual conjuntura política brasileira, preservar as pessoas envolvidas na pesquisa. Não menos importante, busca, como o fazem as experiências de Belisário (2021) e Cruz (2017) supracitadas, mimetizar na experiência da escrita algo semelhante que meus companheiros de pesquisa fazem: cuidar e viver bem, tornar-se legíveis ao Estado, driblando a precariedade do acesso à saúde. Tentarei torná-los inteligíveis às antropólogas, driblando a precariedade como categoria totalizante de suas vidas.

Essas personagens-compósitas, assim, são também atravessadas pelas técnicas de pesquisa à disposição, o que envolve precário acesso à internet, dificuldades de conexão e pouco tempo disponível para a pesquisa, com a troca de mensagens possível apenas durante o deslocamento para o trabalho. Se, por um lado, essas precariedades impactavam o andamento de uma conversa, por outro, permitiam à interlocutora retomar o assunto ou trazer outro assunto horas ou dias depois, por meio de uma mensagem de texto ou envio de imagem. A precariedade das conexões técnicas por meio das quais eu acessava as pessoas com quem fiz pesquisa era também driblada pelas pessoas o tempo todo. Foi exemplar disso a primeira entrevista feita por meio de troca de mensagens de voz por um aplicativo de mensagens de celular, depois de tentativas frustradas de uma entrevista via

Stella Z. Paterniani

videoconferência. Foi a própria pessoa entrevistada que sugeriu esse formato, e a entrevista seguiu caminhos inesperados. Portanto, ainda que as técnicas de pesquisa e as idas a campo tenham sido impactadas pela pandemia, a etnografia segue possível, e não precisa divergir de uma “vida em estado de campo” (Biondi 2014) – que contempla, ainda, desigualdades radicalmente reveladas em aspectos como trabalho, já que a antropóloga esteve confinada em sua casa, em regime de trabalho *home office*, como cerca de apenas 11% da população economicamente ativa em 2020 (dados da PNAD-Covid).

Pandemia, o vírus e o verme na periferia

Morada da periferia leste da cidade de São Paulo, Mara trabalha fazendo faxina em casa de uma família branca. Uma de suas filhas, Janaína, é técnica em enfermagem e a primeira da família a entrar na Universidade – cursa a graduação em Enfermagem, mas precisou trancar o curso na pandemia por conta das dificuldades em seguir trabalhando, dividir com a prima os cuidados com a filha pequena e acompanhar as aulas remotas. Mara mora com seu esposo e o filho caçula, que trabalha como entregador de aplicativo. O filho do meio estava encarcerado, contraiu covid-19 na prisão e faleceu em novembro de 2020. O marido de Mara foi demitido da empresa onde trabalhara nos últimos treze anos e, desde a morte do filho e o desemprego, tem enfrentado dificuldades com depressão e dependência de álcool. O maior suporte que o marido de Mara tem encontrado vem de Geni e de Ângela, agentes populares de saúde formadas, junto com Janaína, no bairro onde vivem.

Era um final de tarde quente do início de março de 2020. Janaína ainda se recuperava, no sofá da casa de sua mãe, da *carnavalite* que costuma abater os jovens que se aglomeram nos bloquinhos de carnaval nas ruas do centro da cidade e, enquanto seu irmão preparava o jantar, o âncora do telejornal noticiava com preocupação que o novo coronavírus extrapolava as fronteiras nacionais. Havia casos suspeitos no Brasil, particularmente em São Paulo. Menos de duas semanas depois, o chefe de Janaína a avisaria, por uma mensagem de texto enviada a seu celular, que o paciente internado na unidade em que ela trabalha no esquema de rodízio com outras funcionárias era a primeira morte por covid-19 confirmada no Brasil.

Janaína trabalha como técnica de enfermagem em um grande hospital da rede privada, o que traz a ela algum alívio, pois um dos benefícios do trabalho é um abatimento no valor da mensalidade do plano de saúde para a família. Ela não queria que sua mãe passasse pelo que passara sua avó na velhice: a demora da fila do SUS para o tratamento e a cirurgia que, sempre que pode, repete Janaína, se tivesse sido feita pelo convênio, poderia ter sido agilizada. Para Janaína, foi a fila de espera do SUS que encurtou a vida de sua avó: “ela morreu de agonia, nessa terra que é nossa bênção e nossa maldição”.

Esse duplo bênção-maldição da terra a que Janaína se refere tem em um de seus termos, a bênção, a casa fruto da luta de sua avó, onde moram sua mãe,

Stella Z. Paterniani

Mara, seu pai, Elias, e seu irmão mais novo, Felipe. A unidade habitacional foi a bênção-conquista depois de meses a fio de tempo de acampamento (Loera 2014), sob os códigos da forma acampamento, esse modo de apresentar e reivindicar demandas ao Estado a partir de uma gramática da ocupação de territórios com barracos de lona preta (Sigaud 2000). O bairro onde moram hoje foi por muito tempo ocupação, cujos barracos foram destruídos pela prefeitura tantas vezes que a avó perdera a conta, até conquistarem as casas de bloco. O asfalto veio substituir o barro muito depois; a iluminação pública, a água encanada e o sistema de esgoto, depois ainda. Heranças do tempo da ocupação são a solidariedade e a camaradagem entre vizinhos, a vida cotidiana compartilhada, a igreja – uma das primeiras construções, primeiro católica e hoje evangélica – e alguns espaços de terreno de terra batida, sobre os quais nunca se subiu nenhuma edificação.

O segundo termo do duplo, a maldição, conecta-se intimamente à agonia vivida pela avó de Janaína e reflete o racismo fundiário (Dias Gomes 2019) na conformação do que hoje conhecemos por sociedade brasileira. Desde a Lei de Terras de 1850, o padrão fundiário brasileiro tem articulado terra e raça na medida que se tornar proprietário é também embranquecer, e os processos de desposseção são racialmente informados, o que Roy (2017) chama de banimento racial. Voltando ainda mais na narrativa, o racismo fundiário remonta à *plantation* e à permanência e atualização da lógica-*plantation* sob a forma da branquidade, da desumanização da pessoa e do corpo negro (Wynter 2021, Ferreira da Silva 2019), ou da composição-*plantation* como a “existência predadora de um Outro constituído para fins de perpetuação dos próprios meios de produção – que se tornam inquestionáveis – e sua principal mercadoria” (Borges 2020, 3), a qual, para os propósitos deste texto, podemos entender tanto como a casa discreta, o corpo invólucro, a precariedade como categoria englobante ou a noção de saúde estritamente biomédica.

A cidade de São Paulo, que Jaime Alves (2018) mostra, a partir de sua pesquisa com mães de jovens que foram esquartejados e tiveram pedaços de seus corpos espalhados pela cidade, como uma cidade sob uma governança racializada que produz, a todo o tempo, suas topografias de morte, foi o grande epicentro da pandemia no Brasil. Apesar do alto número de casos, a letalidade na cidade, de 3,9%, fica pouco acima da média nacional, de 2,8%. Essa diferença mínima manteve-se ao longo de todo o ano de 2020. Esse número, no entanto, mascara a desigualdade da distribuição de mortes na maior e mais populosa cidade do Brasil: concentradas em bairros periféricos com uma população de pessoas autodeclaradas negras (isto é, autodeclaradas pretas ou pardas) muito maior que a média do município de São Paulo (32,1%). Em um deles, a Brasilândia, a proporção de leitos hospitalares é de 0,01 para cada 1 mil habitantes – inferior à recomendada pela Organização Mundial da Saúde (2,5 a 3,0). O tempo de espera para uma consulta com um médico clínico geral é o segundo maior da cidade (Simões 2020).

Depois de quase um ano de pandemia, em janeiro de 2021, iniciou-se a vacinação contra covid-19 no Brasil. Isso exigiu a elaboração de um plano de vacinação, com a criação de categorias de pessoas e sua organização em uma ordem de prio-

Stella Z. Paterniani

ridade para a vacina. A estratégia de vacinação consistiu em um escalonamento de vulnerabilidades. Foram priorizados idosos, pessoas com comorbidades e trabalhadores de serviços entendidos como essenciais. Essa estratégia de vacinação nos diz sobre o funcionamento do Estado, a todo tempo criando populações geríveis e legíveis via categorias de trabalhadores. Além disso, a produção e a priorização de categorias de trabalhadores revelaram, por um lado, a primazia dos conselhos profissionais e dos diplomas para a legibilidade da produção desses trabalhadores e, por outro, a branquidade do Estado (Paterniani 2016), na medida em que, finda a vacinação dos grupos prioritários, tínhamos vacinada uma população idosa, branca e rica, moradora dos enclaves brancos da cidade, como também afirmou o epidemiologista Paulo Lotufo (Alegretti 2021).

A vacina não chegou para a família de Mara, composta, segundo as categorias de suas ocupações, por uma empregada doméstica, um homem negro desempregado, uma técnica em enfermagem, um entregador de aplicativo e um encarcerado. Todas essas categorias de trabalhadores foram excluídas da lista de prioridades da vacinação. Muito depois de psicólogos e fonoaudiólogos em trabalho remoto, foram vacinados os motoristas de ônibus. Como já argumentei em outro lugar (Paterniani 2019), trabalhador, aqui, é uma categoria acionada como equivocação controlada (De la Cadena 2010). Quando Janaína, Mara e Felipe se dizem trabalhadores, não dizem a mesma coisa que o Estado quando este usa o mesmo termo. Esse trabalhador reconhecido pelo Estado é o trabalhador fe(i)tiche (Latour 2002), embranquecido por meio de um trabalho no qual não há lugar para o corpo negro desumanizado.

O conjunto desses dados revela-nos que, se a covid-19 tem na sua alta transmissibilidade um dos motivos de sua alta letalidade, a qualidade do atendimento médico e o acesso à saúde tornam-se dois dos fatores que amenizam o número de mortes. Embora a covid-19 tenha chegado ao Brasil de avião, pelos bairros elitizados e corpos brancos, em regiões mais brancas e com mais infraestrutura, o percentual de mortes é menor do que nas periferias negras. Como teria dito Mara: “não é o vírus que gosta de uma melanina, é o verme [referindo-se ao atual governo] que odeia preto e trabalhador”.

Mara teria dito isso em reunião pela plataforma Zoom da campanha de solidariedade, como poderia ter bradado ao ver seu esposo chegar em casa mais cedo, as costas encurvadas, o uso da máscara fazendo o rosto suar mais do que de costume. Não foram muitos meses entre os primeiros casos de covid-19 em São Paulo e a sua demissão, depois de anos a fio trabalhando na mesma empresa, junto com mais dezenas de colegas de trabalho. O Boletim 17 da Rede Pesquisa Solidária (2020), pesquisa feita com mais de 70 lideranças comunitárias em seis regiões metropolitanas do país, apontou, em maio de 2020, o desemprego, a redução do salário e a ausência de renda como o segundo efeito já então sentido da pandemia nas periferias, seguindo de perto o primeiro: a fome.

Apesar da alta de desemprego, há um setor de trabalhadores informais que tem crescido durante a coronacrise e chamado atenção da mídia e da população em geral: os entregadores de aplicativos. Só em março de 2020, o Ifood recebeu 175 mil novos pedi-

Stella Z. Paterniani

dos de cadastros (G1, 1º abr. 2020). Um deles foi o do filho caçula de Marta, que já havia desistido dos estudos antes mesmo da pandemia, sem ter concluído o Ensino Médio. Com a pandemia, antes da demissão do pai, Felipe cadastrou-se na plataforma. Seu primo já rodava como entregador de aplicativos havia meses, mas se acidentara, não conseguia dirigir e sugeriu emprestar a moto. Os entregadores de aplicativos são, em grande maioria, jovens e negros das periferias (Núcleo de Estudos Conjunturais, 2020, Central Única dos Trabalhadores 2021) que estão trabalhando mais e ganhando menos na pandemia (Abílio *et al.* 2020). Felipe nunca nos precisou o quanto ganhava por mês, mas vez ou outra ajudava com as contas da casa e, quando dava, trazia algum industrializado para compor as refeições – bolachas, macarrão instantâneo ou molho de tomate.

As panelas das casas de Mara e de sua irmã não se esvaziaram, mas o mesmo não aconteceu com seus vizinhos. Nas cozinhas do bairro onde moram, a carne começou a rarear. Logo depois, foi o gás, cujo preço aumentou, o que levou as famílias a improvisarem fogões a lenha e a revezar os usos das cozinhas: a cada dia da semana, as refeições para mais de uma casa eram feitas em apenas uma cozinha, o que reunia moradores de casas diferentes. Em razão da pandemia, os moradores também se revezavam para baixar suas máscaras e se alimentar: embora sob o mesmo teto, o ritmo das refeições era organizado casa a casa. Às vezes, parentes que moravam em casas diferentes montavam seus pratos e subiam para a laje, o local mais ventilado, para juntos baixarem as máscaras e fazerem suas refeições.

A sugestão inicial do rodízio de cozinhas veio de Geni, pastora de uma das igrejas evangélicas do bairro, cujos cultos acontecem ora na garagem de sua casa, ora no espaço da igreja edificado desde o início da ocupação, que rotaciona cultos das várias igrejas evangélicas. Desde antes da pandemia, as igrejas evangélicas começaram a se multiplicar no bairro de Mara, e hoje já passam de dez. Foi na igreja de Geni que Felipe conheceu sua namorada. Os dois participam do grupo de jovens e organizam atividades para entreter as crianças menores durante os cultos dominicais. Foi na mesma igreja que conheceu Lurdes, cabeleireira de mão cheia, e com ela tomou algumas aulas: o suficiente para que Mara conseguisse auxiliar Lurdes em seu salão nos dias de folga do trabalho na casa de sua patroa. Janaína participava do coral quando adolescente, mas depois que entrou na faculdade e começou a namorar Adriana, saiu do coral; o casal se reveza entre os cultos evangélicos e as giras de candomblé no terreiro que fica a poucos metros da igreja de Geni.

Quando o avô de um vizinho começou a tossir, foi Janaína quem teve a ideia de transferir a cama do senhor para um puxadinho construído em cima da casa de Mara, num espaço entre a sua laje e a do vizinho. Seu Naldo foi carregado nos braços da vizinhança e ficou lá por duas semanas. Janaína sabia o que fazer: emprestou um oxímetro do hospital e orientou seu Naldo a medir a oxigenação três vezes por dia. A irmã de Mara e outras vizinhas revezavam-se para subir café, sucos, chás, frutas e, toda noite, uma sopa grossa para seu Naldo. Depois de duas semanas, sem tosse mas ainda cansado para levantar-se, sua cama foi transferida de volta à sua casa.

Stella Z. Paterniani

A salvação de seu Naldo não veio do plano de saúde privado com abatimento na mensalidade nem da política pública de saúde, mas da vizinhança como modo de existência e de conhecer baseado no compartilhamento de espaço, tempo e substância (Borges 2021). A salvação de seu Naldo é também a salvação da avó de Janaína. Numa espécie de redenção do duplo bênção-maldição da terra, Janaína produziu um desvio na repetição da história de sua avó como a repetição fadada à morte na *plantation*. Em combate com a lógica *plantation* e a orientação para aniquilação das vidas no bairro-quilombo pela ausência de vacina, isto é, em combate com a lógica estatal de produção e escalonamento de categorias de pessoas-trabalhadores para serem vacinadas que não contempla as vidas de Mara, Felipe e seu Naldo, a vida no bairro-quilombo se autopreservou. Podemos também entender essas vidas como ontologias combativas (Mafeje 2008), isto é, em combate com a ontologização-*plantation* que as quer corpos estáveis, terceirizados, discretos e operando como indivíduos em suas casas discretas, separadas por muros, onde a consubstancialidade é a todo o tempo barrada – como preveem projetos de urbanização de favelas e suas cartesianas construções de casas (Paterniani 2019).

Janaína e a vizinhança recusam a narrativa da fortificação da civilização da branquidade e do massacre da vida negra. Lembremos aqui de pensadores que recusam a narrativa da fortificação da nação e do massacre dos quilombos e que insistem que essa nação imaginada e executada estava e está, a todo o tempo, cercada por quilombos, como nos lembra Pinho (2014) em seu prefácio ao texto de Moten e Harney (2004) sobre o *undercommons*, os subcomuns, as rupturas e os planos de fuga e a vida prefigurativa no espaço do quilombo como futuro imaginado-vivido (McKittrick 2013). O episódio com seu Naldo também prefigura o que viria a acontecer em seguida: a formação de agentes populares de saúde.

141

Do agente comunitário ao agente popular de saúde

As décadas de 1970 e 1980 guardam a gestação e a história do movimento popular de saúde nas periferias de São Paulo, principalmente na Zona Leste, com a pioneira criação do Conselho de Saúde do Jardim Nordeste em 1979, com o objetivo de fiscalizar a atuação das unidades de saúde, e a criação do Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL) em 1983, que passou a organizar lutas até então dispersas nos bairros e conduzidas por grupos, pastorais e comissões de saúde (Sader 1988, Jacobi e Nunes 1981, Cardoso 1988, Doimo 1995, Neder 2001, Palma 2013, Silva 2014). A criação do MSZL mobiliza um debate exemplar na literatura específica sobre movimentos sociais e nos debates entre movimentos populares: aquele entre a autonomia dos movimentos e suas lutas com relação ao Estado e a institucionalização das lutas em formas de demandas e políticas públicas (Alonso 2009, Tatagiba e Teixeira 2016). No caso do movimento de saúde, esse debate torna-se cada vez menos polarizado, e as contradições e possibilidades envolvidas nessas duas percepções de relação entre movimento social e Estado materializam-se na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus conselhos populares de saúde e a regulamentação e prática da participação institucional (Neder 2001).

Stella Z. Paterniani

Em 1991, uma medida importante de consolidação da capilaridade do SUS, da participação da comunidade na atenção à saúde e da estratégia centrada na saúde da família foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no âmbito do Ministério da Saúde, visando contribuir para melhor qualidade de vida da população (Levy *et al.* 2004, Marzari *et al.* 2011). “O agente comunitário de saúde atua como um elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade” (Levy *et al.* 2004, 197). A regulamentação da profissão ocorreu em 2002 e os agentes “devem estar comprometidos com sua realidade local e capacitados para contribuir na minimização dos fatores que respondem pelos indicadores socio sanitários [negativos]” (Marzari *et al.* 2011, 874). Nesse movimento de criação dos agentes comunitários de saúde, é a família a unidade de ação programática da saúde, e não o indivíduo, e a prática dos agentes também converge com diferentes arranjos familiares, além de compreensões ampliadas do processo saúde-doença (Santos *et al.* 2011), considerando também a coexistência dos diversos sistemas de atenção à saúde operando nas comunidades (Langdon e Wiik 2010).

O agente comunitário de saúde funciona, assim, como um mediador entre saberes e sistemas de atenção à saúde e um facilitador do trabalho de atenção básica em saúde. Na equipe de saúde do SUS, nas palavras de Bornstein e Stotz (2008), o agente comunitário de saúde

é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características quer pelos profissionais, quer pelos moradores traduz-se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde (Bornstein e Stotz 2008, s/n).

142

Em 2020, a ausência de ações específicas de prevenção e cuidado de acordo com a necessidade de cada território por parte do Estado e dos governos durante a pandemia de covid-19 fez, emprestando a expressão de Eder Sader (1988), novos atores entrarem em cena: os agentes populares de saúde. Esses agentes são formados em uma relação de continuidade e contraponto com os agentes comunitários de saúde. Continuidade, por seguirem reivindicando uma noção de protagonismo do território; contraponto, por surgirem em regiões que os agentes comunitários não alcançavam. Mara nos conta como o início do sonho dos agentes populares de saúde nasce da necessidade da conjuntura e do trabalho de educação popular, e quando ele se inicia, são as pessoas que estão muito envolvidas no SUS que ajudam na formação dos agentes populares. Ainda no sonho, cada agente comunitário de saúde coordenaria uma turma de formação de agentes populares de saúde, em parceria com universidades e institutos de pesquisa. No entanto, os agentes não

Stella Z. Paterniani

chegam. A periferia de Recife, por exemplo, tem uma cobertura de menos de 56% dos agentes comunitários de saúde, contou-me Geni. Dessa forma, os agentes populares passaram a, de alguma forma, também cumprir o papel dos agentes comunitários, levantando demandas e fazendo determinados encaminhamentos para os postos de saúde ou para a unidade básica de família.

No bairro de Mara, a gestão dos agentes populares de saúde vincula-se a outro projeto: um cursinho comunitário pré-vestibular. Com a pandemia, a suspensão das aulas e os impactos sentidos na comunidade, jovens que participavam do cursinho tanto como estudantes quanto como professores, junto com, principalmente, suas mães e avós, começaram a organizar campanhas de arrecadação de doações. Como o cursinho acontecia nas dependências de uma escola municipal no contraturno das aulas, moradores puderam contar com a infraestrutura da escola para organizar as arrecadações e doações. Ângela, professora do cursinho, disponibilizou sua conta bancária para receber doações em dinheiro. Gil, morador que estava trabalhando como Uber, disponibilizou seu carro – às vezes era Felipe quem dirigia – para o transporte de cestas básicas, máscaras e produtos de higiene, que foram chegando aos quilos, junto com quilos de alimentos agroecológicos que chegavam por kombis dos assentamentos do MST.

Reunidas as doações, era preciso distribuí-las. Os primeiros momentos de distribuição geraram muita apreensão a todos os envolvidos, sobretudo com a preocupação acerca de como realizar a entrega das cestas sem aglomerar. Janaína criou um grupo de *WhatsApp* para pensar dinâmicas de distribuição espaçadas no tempo e no espaço das famílias. Posteriormente, os moradores foram percebendo que a distribuição de cestas fechadas e prontas não era a melhor maneira de sanar suas demandas: Gil não precisava de tanto açúcar; Geni desejava mais bananas; Mara ainda tinha óleo sobrando da última sexta; Ângela precisava de mais farinha. Pelo grupo de *WhatsApp*, os moradores decidiram realizar uma Feirinha popular, abrindo as cestas e organizando os alimentos como se fosse uma feira: cada pessoa ia passando pelas barracas e pegando os itens que precisava ou desejava. O formato da feira não promoveu aglomeração, atendeu melhor às necessidades das famílias e promoveu também a autonomia de quem recebe a cesta: “só porque recebe doação, não pode escolher o que vai comer?”, provoca Geni.

Garantir alimentação saudável é fundamental, conta-nos Geni, e com o avanço das doações, os militantes passam a refletir sobre o que fazer a partir das cestas. Havia uma angústia acerca do que fazer para se diferenciar do que identificavam como solidariedade S.A, a solidariedade que funciona como a caridade: vertical, a partir de uma relação entre quem tem e escolhe doar e quem não tem e só pode receber, como conceitua Keli Maffort (Sudré 2020b). Essa relação entende as pessoas que recebem as doações como meros receptáculos da benevolência de quem doa. É um modo de produzir um Outro destituído de capacidade de criação, situá-lo, estabilizá-lo e reduzi-lo à situação de vulnerabilidade. Os ativistas críticos à solidariedade S.A. aproximam tal prática ao que Paulo Freire (1970) chama de educação bancária, e também enfatizam como, no caso das grandes corporações, as doações funcionam como propaganda, que poderão estimular ainda mais os

Stella Z. Paterniani

lucros das empresas num futuro próximo (Sodré 2020b).

À solidariedade S.A. ativistas e militantes da campanha de solidariedade contrapõem a solidariedade popular, protagonizada por coletivos de cultura, movimentos populares, movimentos negros, associações de bairro, torcidas antifascistas de times de futebol, e grupos de amigos e familiares. Nessa concepção, quem recebe a cesta básica, os alimentos, os produtos de higiene ou as máscaras não é um mero receptáculo de doações, mas também faz parte da campanha. Isso não significa que essa pessoa deverá posteriormente se incorporar à campanha porque em dívida por ter recebido uma doação; não: a pessoa, ao receber a doação, já faz parte da campanha. Essa solidariedade popular funciona a partir de uma relação orgânica, próxima ao que Paulo Freire denomina educação popular, e entende a solidariedade, ela mesma, como uma relação na qual todos os envolvidos participam e todos têm algo a partilhar e receber. Podemos pensar aqui numa lógica da dádiva (Maus 2003), na qual não há diferente valoração entre quem doa e quem recebe, que partilham, inclusive, do mesmo nome: participante da campanha de solidariedade.

E foram os participantes das campanhas de solidariedade que viam a fome se avizinhar em suas panelas e casas e que recebiam as cestas, compartilhavam com os vizinhos e organizavam o recebimento das doações que se tornaram agentes populares de saúde. A criação dos agentes populares de saúde parte, assim, de uma avaliação por parte dos movimentos acerca da insuficiência do alcance dos agentes comunitários de saúde e da ausência de uma campanha de educação em saúde conduzida pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia de covid-19, no contexto de desmonte do SUS. Ao mesmo tempo, os agentes populares de saúde são uma forma de tentar formular em termos legíveis para o Estado a experiência da existência consubstancial no bairro-quilombo.

A formação³ dos agentes populares de saúde no bairro de Mara consistiu em seis encontros, organizados pelos movimentos populares da campanha de solidariedade, que aconteceram ao longo de tardes de sábado. Nesses encontros, mesclavam-se aulas expositivas e discussões envolvendo noções básicas de biologia e epidemiologia – o que é um vírus, como ele se comporta, o que o novo coronavírus causa em nossos corpos, como ele é transmitido –, educação em saúde e prevenção – como manusear uma máscara, como lavar corretamente as mãos, quais plantas medicinais utilizar em benefício da saúde, por que evitar aglomerações, a importância da vacinação, como identificar sintomáticos de covid-19 e orientações de cuidados individuais e coletivos –, e conhecimento sobre o funcionamento do SUS e o que significa o direito à saúde.

Durante os encontros, alguém sugeriu transformar a escola em centro de acolhimento para infectados poderem ficar em quarentena de maneira segura, o que foi vetado por outros, afinal, a escola era onde as pessoas se reuniam para organizar as doações que chegavam e que seriam distribuídas, ou para abrir as cestas e reorganizar os produtos para fazer a feirinha popular. Tudo isso exigia espaço, máscaras, álcool gel e uma logística que levasse em consideração a convivência com o vírus. Geni sugeriu utilizarem o espaço da igreja. Consultou as outras pas-

3 Já discuti, em outra ocasião, a formação como um dos pilares dos movimentos populares (Paterniani 2013).

Stella Z. Paterniani

toras que também realizavam seus cultos no espaço e, não sem alguma discussão, semanas depois ele se tornou o centro dos quarentemados.

Ao final do ciclo, muito mais pessoas estavam usando as máscaras corretamente na vizinhança. Os agentes populares de saúde tornaram-se coordenadores de rua e passaram a ser responsáveis por arrecadar e organizar as doações de cestas básicas e por monitorar a saúde dos moradores. Para cumprir ambas as tarefas, mapearam as famílias da comunidade e o modo como cada uma delas participaria da ação – doando alimento, sendo voluntárias na organização, recebendo doações – e foram capacitadas para dar encaminhamento às pessoas que apresentassem sintomas de covid-19. Janaína foi uma figura fundamental para esclarecer seus vizinhos sobre a importância do monitoramento da oxigenação no cuidado com pessoas com suspeita ou em casos confirmados de covid-19. Os agentes populares conseguiram direcionar algumas doações para a compra de quatro oxímetros comunitários. O uso contínuo do oxímetro possibilitou chegadas ao hospital para receber suporte de oxigênio antes do agravamento dos sintomas e garantiu que muitas vidas não fossem perdidas.

Como conclusão do curso de agentes populares de saúde no bairro de Mara, uma última atividade foi realizada. Nos espaços de terra batida, onde nenhuma edificação havia sido levantada desde os tempos da ocupação, foram construídos uma horta comunitária com plantas medicinais e um jardim sensorial com manjerição e ervas aromáticas, rosas e flores coloridas, orégano e ervas comestíveis e uma trilha sensorial na entrada, com diferentes texturas sobre as quais se pode caminhar. As crianças ficaram particularmente empenhadas em enfeitar os pedaços de madeira que indicavam os caminhos, identificavam as plantas e funcionavam como barreiras para que os cachorros não destruíssem o jardim.

145

Considerações finais

O acúmulo dos movimentos de saúde das décadas anteriores; o acúmulo da experiência da campanha de solidariedade durante a pandemia; a experiência de educação popular e o histórico do trabalho militante; os impactos da pandemia nas periferias e a ausência de políticas de Estado de combate a tais impactos, bem como a ausência de uma campanha de educação em saúde; tudo isso foi gestando uma noção de cuidado que não prescinde de uma ética e de uma prática política, a partir da tríade convivialidade-contiguidade-consubstancialidade da vida no bairro-quilombo. De acordo com Maria Puig de la Bell casa: “Cuidado é tudo que é feito (e não tudo que ‘nós’ fazemos) para manter, continuar e reparar ‘o mundo’ de modo que todos (e não apenas ‘nós’) possam viver da melhor maneira possível. Esse mundo inclui tudo o que buscamos alinhar em uma rede complexa e mantenedora da vida” (Bell casa 2017, 161, tradução minha⁴).

Esse cuidado foi corporificado numa tradução paraestatal nos agentes populares de saúde, que enfatizam o protagonismo das pessoas em suas comunidades, seus bairros e suas redes de vizinhança para o enfrentamento da pandemia nas periferias. Paralelamente, este texto consistiu em um experimento etnográfico a partir de pesquisa com pessoas envolvidas em uma campanha de solidarieda-

4 No original: “Care is everything that is done (rather than everything that ‘we’ do) to maintain, continue, and re-pair ‘the world’ so that all (rather than ‘we’) can live in it as well as possible. That world includes... all that we seek to interweave in a complex, life-sustaining web (modified from Tronto 1993, 103)”.

Stella Z. Paterniani

de – dentre elas, agentes populares de saúde. Assim como os agentes populares de saúde são uma forma de tentar formular, em termos legíveis para o Estado, a experiência da existência consubstancial (e não confinada à precariedade e ao banimento racial) no bairro-quilombo, também este artigo experimentou tentar torná-los inteligíveis às antropólogas, driblando a precariedade como categoria totalizante de suas vidas.

A vida no bairro-quilombo de Mara e Janaína engendra casas e famílias contíguas cujas arquiteturas, fronteiras e parentescos vão sendo feitas e refeitas a todo o tempo, seja via banimento racial, como na destruição dos barracos no tempo da avó de Janaína – que perdera a conta do número de vezes porque a demolição de seus barracos se confunde com a demolição dos barracos que vieram antes e que viriam depois –, seja na convivialidade, como no revezamento de cozinhas para feitura das refeições ou no cuidado com seu Naldo. Busquei mostrar como esse modo de vida opera pela consubstancialidade e pelo drible ao confinamento da precariedade como categoria englobante. A criação dos agentes populares de saúde pode ser lida como um drible com relação ao “desmonte do SUS”, que inclui, na ética e na prática do cuidado, pessoas, terra, plantas, casas, aplicativos de celulares, máscaras, farinha, automóveis, motocicleta, banana, gás de cozinha, laje e vírus.

Recebido em 15/10/2021

Aprovado para publicação em 27/04/2022 pelo editor Guilherme Moura Fagundes

Stella Z. Paterniani

References

- Abílio, Ludmila C., Paula F. Almeida, Henrique Amorim, Ana C. M. Cardoso, Vanessa P. Fonseca, Renan B. Kalil, e Sidnei Machado. 2020. *Condições de trabalho em empresas de plataforma digital: os entregadores por aplicativo durante a Covid-19* (Relatório Parcial de Pesquisa). São Paulo: REMIR.
- Alegrete, Laís. 2021. “Covid: vacinação por comorbidade no Brasil ‘foi maluquice’ e encorajou fraudes, diz epidemiologista Paulo Lotufo”. *Folha de S. Paulo*, 29 jun 2021.
- Alonso, Ângela. 2009. “As teorias dos movimentos sociais: um balanço do debate”. *Lua Nova* 76: 49–86.
- Alves, Jaime. 2018. *The Anti-black city: police terror and black urban life in Brazil*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bella Casa, María Puig de la. 2017. *Matters of care: speculative ethics in more than human worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Belisário, Gustavo. 2021. “Café-com-leite, piques e gigantes: brincando no acampamento Canaã (MST-DF)”. *Horizontes Antropológicos*, 60(1): 255-83.
- Biondi, Karina. 2014. *Etenografando no movimento: território, hierarquia e lei no PCC*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Blanco, Lis, e Jonatan Sacramento. 2021. “Pós-pandemia ou a ‘endemização do (extra) ordinário’”? Uma análise comparativa entre as experiências com a fome, Zika vírus e Covid-19 no Brasil”. *Horizontes Antropológicos* 27: 183–206.
- Borges, Antonádia. 2021. The plot. An ethnographic theory on land disputes in Brazil. (mimeo).
- Borges, Antonádia. 2020. “Very rural background: os desafios da composição-terra da África do Sul e do Zimbábue à chamada Educação Superior”. *Revista de Antropologia* 63(3): e178183.
- Borges, Antonádia. 2009. “Explorando a noção de etnografia popular: comparações e transformações a partir dos casos das cidades-satélites brasileiras e das *townships* sul-africanas”. *Cuadernos de Antropología Social*, 29; 23–42.
- Bornstein, Vera, e Eduardo Stotz. 2008. “O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora”. *Trabalho, educação e saúde* 6(3), 457–80.
- Cardoso, Ruth, coord. 1988. *Relações entre instituições prestadoras de serviços e seus usuários. Política de Promoção da Participação Popular: implantação dos conselhos de comunidade nos centros de saúde. Jardim Nordeste, relatório de pesquisa*. São Paulo: CEBRAP.
- Carvalho, Luciana, Raimundo Nascimento, e Sérgio Chene. 2021. “Cem dias de “virose brava” no Quilombo”. *Boletim A Questão Étnico-Racial em Tempos de Crise* 46. <https://www.anpocs.com/index.php/publicacoes-sp-2056165036/boletim-cientistas-sociais/2497-boletim-a-questao-etnico-racial-em-tempos-de-cri-se-n-46>
- Central Única dos Trabalhadores – CUT. 2021. *Condições de trabalho, direitos e diálogo social para trabalhadoras e trabalhadores do setor de entrega por aplicativo em Brasília e Recife*. São Paulo: CUT – Secretaria de Relações Internacionais e Instituto Observatório Social.
- Cruz, Denise Ferreira da Costa. *Que leveza busca Vanda? Ensaio sobre cabelos no Brasil e*

Stella Z. Paterniani

em Moçambique. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

De La Cadena, Marisol. 2010. "Indigenous Cosmopolitics in the Andes: Conceptual Reflections beyond 'Politics'". *Cultural Anthropology* 25(2). <https://anthrosource.OnlineLibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1548-1360.2010.01061.x>

Dias Gomes, Tatiana Emília. 2019. "Racismo fundiário: a elevadíssima concentração de terras no Brasil tem cor". *Comissão Pastoral da Terra Regional Bahia*. <https://cptnacional.org.br/publicacoes/noticias/artigos/4669-racismo-fundiario-a-elevadissima-concentracao-de-terras-no-brasil-tem-cor>

Doimo, Ana Maria. 1995. *A voz e a vez do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ANPOCS.

Eilbaum, Lucía, Fabíola Cordeiro, Luciano Santos, e Patrícia Oliveira. 2020. "Movimentos em rede: a luta pela vida e contra a violência do Estado". *Boletim A Questão Étnico-Racial em Tempos de Crise* 36. <http://www.anpocs.com/index.php/publicacoes-sp-2056165036/boletim-cientistas-sociais/2483-boletim-a-questao-etnico-racial-em-tempos-de-criese-n-36>

Ferreira da Silva, Denise. 2019. *A dívida impagável*. Traduzido por Amílcar Packer e Pedro Daher. São Paulo: Forma Certa.

Freire, Paulo. 1970. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

G1. 2020. "Candidatos a entregador de aplicativo mais que dobram após isolamento causado pelo coronavírus". 1º abr 2020. <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/04/01/candidatos-a-entregador-do-ifood-mais-que-dobram-apos-coronavirus.htm>

Jacobi, Pedro, e Edison Nunes. 1981. "Movimentos por melhores condições de saúde: Zona Leste de São Paulo – a Secretaria de Saúde e o Povo". *V Encontro da ANPOCS, Friburgo*.

Moten, Fred, e Stefano Harney. "The University and the Undercommons: Seven Theses". *Social Text* 79 (22, 2): 101–15.

Langdon, Esther Jean, e Flávio Wiik. 2010. "Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde". *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18(3): 459–66.

Latour, Bruno. 2002. *Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches*. Bauru: EDUSC.

Levy, Flávia, Matos, Patrícia, Tomita, Nilce. 2004. "Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde". *Cadernos de Saúde Pública* 20(1): 197–203.

Loera, Nashieli. 2014. *Tempo de acampamento*. São Paulo: Editora da Unesp.

Mafeje, Archie. 2008. "Africanity: a combative ontology". *Codesria Bulletin* 3-4: 106–10.

Marino, Aluizio, Danielle Klintowitz, Gisele Brito, Pedro Mendonça, Raquel Rolnik, e Paula Santoro. 2020. "Circulação para trabalho explica concentração de casos de Covid-19". *Labcidade*, 30 jun 2020. <http://www.labcidade.fau.usp.br/circulacao-para-trabalho-inclusive-servicos-essenciais-explica-concentracao-de-casos-de-covid-19/>

Marino, Aluisio, Gisele Brito, Pedro Mendonça, e Raquel Rolnik. 2021. "Prioridade na vacinação negligencia a geografia da Covid-19 em São Paulo". *Labcidade*, 26 maio 2021. <http://www.labcidade.fau.usp.br/prioridade-na-vacinacao-negligencia-a-geografia-da-covid-19-em-sao-paulo/>

Stella Z. Paterniani

- Marzari, Carla, José Junges, e Lucilda Selli. 2011. "Agentes comunitários de saúde: perfil e formação". *Ciência & Saúde Coletiva* 16 (Supl 1): 873–80.
- Mauss, Marcel. 2003. "Ensaio sobre a dádiva". *Sociologia e Antropologia*, 183-314. São Paulo: Cosac Naify.
- McKittrick, Katherine. 2013. "Plantation Futures". *Small Axe: A Caribbean Journal of Criticism* 17(3): 1–15.
- Neder, Carlos Alberto Pletz. 2001. *Participação e gestão pública: a experiência dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Nogueira, Renato. 2013. "O conceito de drible e o drible do conceito: analogias entre a história do negro no futebol e do epistemicídio na filosofia". *Revista Z Cultural* 2. <https://bit.ly/2CpN2Z6>
- Núcleo de Estudos Conjunturais. 2020. *Levantamento sobre o Trabalho dos Entregadores por Aplicativos no Brasil. Relatório 1 de pesquisa*. Faculdade de Economia, Universidade Federal da Bahia. <http://abet-trabalho.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rio-de-Levanta-mento-sobre-Entregadores-por-Aplicativos-no-Brazil.pdf>
- Olivar, José Miguel Nieto. 2020. "Mundos, vida e vidas em jogo – fabulações sobre quarentena e imaginação". In *Cientistas sociais e o coronavírus*, orgs. Miriam Grossi, e Rodrigo Toniol, 106-11. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha.
- Oliveira, Alessandra, e Milena Mateuzi Carmo. 2020. "'Dar conta': cuidado, afeto e redes de ativismo em tempos de pandemia". *Boletim A Questão Étnico-Racial em Tempos de Crise* 37. <https://www.anpocs.com/index.php/publicacoes-sp-2056165036/boletim-cientistas-sociais/2484-boletim-a-questao-etnico-racial-em-tempos-de-crie-n-37>
- ORTELLADO, Pablo. 2016. "Prefácio". In *Escolas de Luta*, orgs. Antonia M. Campos, Jonas Medeiros, e Márcio M. Ribeiro. São Paulo: Veneta.
- Palma, José João Lanceiro da. 2013. *Lutas sociais e construção do SUS: o movimento de saúde da zona leste da cidade de São Paulo e a conquista da participação popular na saúde*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Paterniani, Stella Z. 2019. *São Paulo cidade negra: branquidade e afrofuturismo a partir de lutas por moradia*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Paterniani, Stella Z. 2018. "Resisting, Claiming and Prefiguring. Movements for Dignified Housing in São Paulo". *Agrarian South: Journal of Political Economy* 7 (2). <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2277976018778625>
- Paterniani, Stella Z. 2016. "Da branquidade do Estado na ocupação da cidade". *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 31(91): e319109. <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/V9QSx3qZj5RBq5L93jpSMgj/?format=pdf&lang=pt>
- Paterniani, Stella Z. 2013. "Ocupação Mauá e poder de fabulação: considerações a partir de uma atividade de formação". *Lugar Comum* 40: 171–87.
- Pierobon, Camila. 2022. "O duplo fazer dos corpos: envelhecimento, adoecimento e cuidado na vida cotidiana de uma família". *Cadernos Pagu* 64: e226401. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8668830>
- Pinho, Osmundo. 2014. "Undercommons no Brasil: o muro e o débito". *Decolonial Gesture* 11(1). <https://hemisphericinstitute.org/pt/emisferica-11-1-decolonial-gesture/11-1-essays/the-university-and-the-undercommons.html>

Stella Z. Paterniani

- Povinelli, Elisabeth. 2011. *Economies of abandonment: social belonging and endurance in late liberalism*. Durham; London: Duke University Press.
- Rede Pesquisa Solidária. 2020. “Nota Técnica n. 17”. Covid-19: *Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade*. https://redepesquisasolidaria.org/wp-content/uploads/2020/07/boletimpps_17_24_julho.pdf
- Roy, Ananya. 2017. “Dis/possessive collectivism: Property and personhood at city’s end”. *Geoforum*, 80: A1–A11.
- Sader, Eder. 1988. *Quando novos personagens entraram em cena*. São Paulo: Paz e Terra.
- Santos, Marcia Pereira Alves et al. 2020. “População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde”. *Estudos Avançados* 34(99): 225–43.
- Santos, Karina Tonini, Nemre A. Saliba, Suzely A. Moimaz, Renato M. Arcieri, e Maria de Lourdes Carvalho. 2011. “Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família?”. *Ciência & Saúde Coletiva* 16 (Supl. 1): 1023–1028.
- Sigaud, Lygia. 2000. “A forma acampamento”. *Revista Novos Estudos Cebrap* 58: 73–92.
- Silva, Marisilda. 2014. *Escritos guardados: sobre a experiência de participação e luta social do Movimento de Saúde da Zona Leste*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Simões, Nataly. 2020. “O que faz da Brasilândia o bairro mais afetado pela pandemia?”. *Alma Preta*, 3 jun 2020. <https://almapreta.com/sessao/videos/video-o-que-faz-da-brasilandia-o-bairro-mais-afetado-pela-pandemia>
- Souza, Marcelo Nogueira de. 2020. O Programa Saúde da Família como estratégia de enfrentamento da Covid-19 na periferia de Curitiba. In *Cientistas sociais e o Coronavírus*, org. Miriam Grossi, e Rodrigo Toniol. São Paulo: Anpocs; Florianópolis: Tribo da Ilha.
- Sudré, Lu. 2020a. “Profissionais com covid-19 denunciam falta de EPIs em hospital privado de SP”. *Brasil de Fato*, 20 abr 2020. <https://www.brasildefato.com.br/2020/04/20/profissionais-com-covid-19-denunciam-falta-de-epis-em-hospital-privado-de-sp>
- Sudré, Lu. 2020b. “Para combater ‘a pandemia da fome’, MST já doou mais de 600 toneladas de alimentos”. *Brasil de Fato*, 11 maio 2020. <https://brasildefato.com.br/2020/05/11/para-combater-a-pandemia-da-fome-mst-ja-doou>
- Tatagiba, Luciana, Ana Claudia Chaves Teixeira. 2016. “Efeitos combinados dos movimentos de moradia sobre os programas habitacionais autogestionários”. *Revista de Sociologia e Política* 24: 85–102.
- Trouillot, Michel-Rolph. 2016. *Silenciando o passado: poder e produção da história*. Curitiba: Huya.
- Viveiros de Castro, Eduardo. 2004. “Perspectival anthropology and the method of controlled equivocation”. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America* 2(1): 3–22.
- Wynter, Sylvia. 2021. “Nenhum humano envolvido – Carta aberta a colegas”. Traduzido por Stella Z. Paterniani, e Patricia D. Fox. In *Pensamento negro radical: antologia de ensaios*, org. Barzaghi, Paterniani, e Arias, 42–73. São Paulo: crocodilo/n-1.

O tempo da medicina e o tempo da sobrevivência: as experiências de sofrimento de médicas e médicos cubanos

The time of medicine and the time of survival: the suffering experiences of Cuban doctors

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9709>

Bruna Motta dos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil

Doutoranda em Antropologia Cultural pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais – IFCS, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

ORCID: 0000-0002-8730-6058

bruna-motta@outlook.com

151

O presente trabalho tem como objetivo lançar um olhar antropológico sobre as experiências de sofrimento de profissionais da medicina de origem cubana que, após o fim do Programa Mais Médicos, tiveram suas vidas completamente transformadas. Para tal empreendimento, utilizaremos matérias jornalísticas nas quais estão expressos relatos sobre as vivências desses profissionais. Nesse sentido, usaremos o aporte teórico-conceitual da Antropologia das Emoções e do Sofrimento, mais especificamente, entendendo esse conjunto de acontecimentos através das noções de *evento crítico* e *sofrimento social*. Ao final, buscaremos refletir sobre como a irrupção deste evento impactou as vivências e percepções acerca do passado, presente e futuro, bem como as emoções que daí emergem.

Médicos Cubanos; Sofrimento Social; Evento Crítico; Emoções.

The present work aims to launch an anthropological look at the experiences of suffering of medical professionals of Cuban origin who, after the end of the Mais Médicos Program, had their lives completely transformed. For such an undertaking, we will use journalistic reports in which reports about the experiences of these professionals are expressed. In this sense, we will utilize the theoretical-conceptual contribution of the Anthropology of Emotions and Suffering, more specifically, understanding this set of events through the notions of critical event and social suffering. At the end, we reflect on how the irruption of this event impacted the experiences and perceptions about the past, present and future, as well as the emotions associated with these temporalities.

Cuban Doctors; Social Suffering; Critical Event; Emotions.

Bruna Motta dos Santos

Introdução

Enquanto um fenômeno humano, o sofrimento tem sido apropriado como objeto de estudo e intervenção pelas mais diversas áreas do campo científico, que buscaram, cada uma à sua maneira, compreender e diminuir as dores e aflições que assolavam os sujeitos. A exemplo disso, podemos citar a Medicina, que ao longo do seu processo de desenvolvimento se legitimou enquanto campo privilegiado para lidar com as dores e o sofrer físico dos pacientes, criando diversas formas de cessar ou aliviar o sofrimento daqueles a que se propunha curar (Victoria 2011). Entretanto, no presente trabalho, nos reportamos à área médica, seguindo outros caminhos. Não trataremos aqui dos modos de sofrimento de pacientes, suas dores e lamentações, cujo mal estar é tratado pela Medicina em hospitais, postos de saúde ou clínicas. Entendendo o sofrimento como uma condição na qual as esferas física, psicológica, mental e espiritual não podem estar cindidas (Victoria 2011), centramo-nos nas experiências do sofrer dos próprios médicos, compreendendo as dimensões sociais e culturais do sofrimento.

Situados enquanto um importante objeto de investigação antropológica, as perturbações, aflições e o sofrer humano serão aqui compreendidos para além de uma experiência estritamente física. Voltando nosso olhar para as experiências do sofrer, entenderemos o sofrimento associado àquilo que Victoria (2011) chamou de políticas e economias da vida, cuja atenção está nas maneiras pelas quais as esferas política, econômica e institucional impactam as experiências íntimas e cotidianas dos sujeitos. Nesse sentido, nosso objeto no presente trabalho será o sofrimento social vivenciado por médicas e médicos cubanos que, após o fim da participação no Programa Mais Médicos (PMM), viram suas vidas completamente transformadas. Diante da impossibilidade de continuarem atuando em sua área de formação, esses profissionais passaram a realizar as mais diversas atividades, no intuito de permanecer no país onde criaram vínculos e estabeleceram suas vidas. No entanto, a submissão a atividades em condições de subempregabilidade os colocou diante de uma experiência de grande dor e tristeza, trazendo-os para terrenos de perdas em diversas instâncias.

Com o intuito de dar sentido às experiências desses profissionais, nos ocuparemos de matérias jornalísticas publicadas de modo online e aquelas transmitidas em programas de televisão. Para tal empreendimento, realizamos um levantamento das notícias sobre os profissionais cubanos após o fim da participação no Programa, partindo da delimitação daquelas reportagens que versavam sobre a condição específica dos médicos e médicas que aqui permaneceram¹. Assim, trataremos os referidos materiais como a materialização dos fenômenos, entendidos como modos de estabilizar as interpretações dos eventos, considerando-os como artefatos de documentação, tal como propõe Freire (2019).

A partir desses aparatos midiáticos, torna-se possível conhecer os modos de sofrimento social e, mais que isso, torna-se possível situá-los enquanto objetos científicos (Wilkinson e Kleinman 2016). Buscaremos entender, portanto, as trajetórias mobilizadas nessas reportagens à luz do aporte teórico-conceitual dos

1 Após o primeiro levantamento, chegamos a um número relevante de reportagens. Após uma segunda etapa, direcionada à realização de uma triagem dos dados, optamos por centrar nossa atenção apenas nas notícias que versavam sobre os casos específicos de médicos e médicas que aqui permaneceram, em consonância com os objetivos traçados no presente trabalho.

Bruna Motta dos Santos

campos da Antropologia das Emoções e do Sofrimento, principalmente voltando-nos para as noções de *evento crítico* e *sofrimento social*. Isso porque entendemos essas experiências como ocasionadas por um acontecimento mais amplo que teve grande impacto na vida de milhares de pessoas e, principalmente, como modos de sofrer causados e condicionados pela sociedade, cujas consequências ultrapassam a dimensão individual, reverberando a totalidade das práticas desses sujeitos.

Nesse sentido, no texto que segue, apresento inicialmente alguns pontos à guisa de contextualização, buscando apontar as principais características e objetivos do Programa Mais Médicos, as tensões e conflitos em torno da presença cubana e como se deu o fim de sua participação. Em seguida, busco descrever e analisar as trajetórias pessoais dos médicos e médicas cubanas, mostrando como as experiências desses sujeitos podem ser compreendidas nos termos colocados pela antropologia. Por fim, partindo da análise das experiências de sofrimento desses profissionais, busco refletir como a irrupção deste evento impactou as vivências e percepções acerca do passado, presente e futuro, bem como as emoções que daí emergem.

1 O Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos, instituído a partir da Lei nº 12.871 de outubro de 2013, foi um programa governamental que tinha como objetivo central sanar a carência de profissionais médicos em determinadas regiões do Brasil. Não se restringindo a esse objetivo, o PMM tinha como base três estratégias que se estruturavam em torno do aumento das vagas e dos cursos de graduação em Medicina (que deveriam se fundamentar nas renovadas Diretrizes Curriculares), da ampliação dos investimentos na esfera estrutural, manifestos na construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e na admissão de médicos para os municípios de difícil acesso, com dificuldade no provimento de profissionais e considerados como áreas de vulnerabilidade socioeconômica. Dessas estratégias, a que mais ganhou visibilidade e despertou a atenção de setores da sociedade foi a admissão de médicos (Santos *et al.* 2015), que tinha o objetivo de suprir de maneira imediata a escassez dos profissionais nessas regiões e se caracterizou como uma medida emergencial e de curto prazo, enquanto os efeitos estruturais ainda não apresentavam resultados.

Segundo Pinto *et al.* (2014), o Brasil é um país cuja proporção de médicos por habitantes se encontra em uma condição muito inferior às necessidades apresentadas pela população e pelo Sistema Único de Saúde, sendo as regiões mais pobres as que mais sofrem com a má distribuição desses profissionais. As áreas mais afetadas, de acordo com o Cremesp, são as regiões Norte e Nordeste, que possuem a menor disponibilidade de médicos, enquanto as regiões Sul e Centro-Oeste estariam próximas da média, e a região Sudeste se situaria acima da média brasileira (CREMESP 2013 apud Pereira *et al.* 2015). Nessa perspectiva, o Programa tinha a finalidade de admitir profissionais da medicina de dentro e de fora do país, que passariam por uma formação complementar, além de uma supervisão para que a atenção à saúde fosse dispensada aos usuários, em consonância com

Bruna Motta dos Santos

os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica.

A atuação do Programa neste âmbito partia de incentivos para que os médicos passassem a atuar nas regiões do interior do Brasil, como fomento para especialização, bolsas de estudo, supervisão e tutoria em serviço, além de apoio clínico. Realizado por meio de Editais, poderiam se candidatar médicos brasileiros formados no Brasil e no exterior e médicos estrangeiros (Pereira *et al.* 2015). A ordem de prioridade obedecia aos seguintes critérios: os médicos com registro no Brasil compunham o primeiro grupo, abarcando médicos de qualquer nacionalidade que haviam se formado no país ou que tinham o diploma revalidado e registro no Conselho Regional de Medicina; o segundo grupo era composto por brasileiros intercambistas graduados no exterior e que não tinham o diploma revalidado e registro no CRM e, por último, os médicos estrangeiros que possuíam habilitação para exercer a medicina fora do país, mas que não tinham o diploma revalidado e, por conseguinte, registro no CRM (Ministério da Saúde 2015). Os médicos admitidos recebiam uma bolsa de 10 mil reais, cuja responsabilidade ficava a cargo do Ministério da Saúde (MS), enquanto as despesas de moradia, alimentação e transporte eram arcadas pelo município receptor (Pereira *et al.* 2015).

Os médicos estrangeiros, mais particularmente, possuíam uma licença de caráter provisório – o Registro Único – disponibilizada pelo Ministério da Saúde para desenvolverem suas atividades, permitindo que eles exercessem seu ofício apenas pelo período em que vigorasse o contrato. Dessa maneira, esses médicos tinham suas atividades restritas somente ao município e às Unidades Básicas de Saúde em que estavam lotados (Pereira *et al.* 2015). Além disso, os médicos participantes do PMM não poderiam substituir os profissionais já atuantes nas equipes multidisciplinares da Estratégia de Saúde da Família (ESF), já que as vagas oferecidas pelo Programa eram disponibilizadas em um processo anterior de adesão dos municípios, que deveriam optar pela implantação das novas ESFs ou pela integração destes médicos às ESFs nas quais havia a ausência dos profissionais (Pinto *et al.* 2014). Em julho de 2014, o Programa havia admitido 14.462 médicos brasileiros e estrangeiros em 3.785 municípios, com uma redução de 53% da escassez desses profissionais (SANTOS *et al.* 2015). Desse total, 1.846 eram médicos formados no Brasil, 11.429 médicos cubanos e 1.187 profissionais brasileiros formados no exterior (PEREIRA *et al.* 2015). Marcado pelo maior intermédio do Ministério da Saúde na Atenção Básica, em uma esfera cuja responsabilidade era predominantemente municipal, o Programa se constituiu com um papel mais central do nível federal em áreas que iam desde a admissão, passavam pela remuneração e alcançavam a formação médica.

2 A presença cubana: conflitos e tensões

Após o recrutamento de médicos brasileiros formados no Brasil e no exterior, percebeu-se que a demanda não havia sido suprida, emergindo a necessidade da abertura de vagas para médicos estrangeiros, que, como observamos, passam a ser compostas de forma majoritária por médicos de origem cubana. Conforme a ordem de prioridade, estabelecida por lei, se as vagas das três chamadas não

Bruna Motta dos Santos

fossem preenchidas, o Ministério da Saúde encontrava-se autorizado a estabelecer um acordo de cooperação com organismos internacionais, acordo que tinha como finalidade atender as demandas nacionais. Segundo o livro intitulado *Mais médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros* (2015), organizado pelo Ministério da Saúde, o Programa valeu-se do acordo de cooperação já no primeiro ano, visto que não havia sido alcançado o preenchimento de vagas necessário.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), organização ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS) com a qual o governo brasileiro já estabelecia uma relação de cooperação, firma um acordo de cooperação com o governo de Cuba, que passa a disponibilizar profissionais médicos cuja área de experiência e formação estavam voltadas para a Atenção Básica. É nesse contexto que o Brasil passa a importar os médicos cubanos, denominados pelo programa como *médicos cooperados*, já que não ingressavam de forma individual, mas por intermédio da OPAS, do governo de Cuba e do governo brasileiro (Campos e Junior 2016). Os médicos cubanos interessados em participar do Programa deveriam possuir especialização em Medicina Geral Integral, ter pelo menos 10 anos de experiência, 2 anos de trabalho em outros países, bem como conhecimento básico do português. Além disso, a partir do seu ingresso, os profissionais passariam por um “módulo de acolhimento”, no qual seriam abordados temas como o funcionamento do SUS, protocolos relativos à atenção básica e conteúdos de língua portuguesa, acrescidos de uma especialização em saúde familiar e comunitária (Molina *et al.* 2016).

Entretanto, a determinação positiva em relação à contratação de médicos oriundos do exterior sem o exame que revalidaria seus diplomas culminou em um grande conflito com entidades médicas radicalmente contrárias ao Programa e ao governo no qual ele fora instituído. Para Campos e Júnior (2016), esta tensão intensificou-se pelo fato de a maioria dos médicos estrangeiros ser proveniente de Cuba, ainda que possuíssem formação e experiência particular em Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade, estando em consonância com as diretrizes do Programa. Na página do Conselho Federal de Medicina é possível encontrar diversas notícias e artigos que tratam do PMM, como em uma nota publicada em agosto de 2013. Nela, o Conselho situa sua posição contrária ao Programa e, mais especificamente, aos médicos cubanos, considerando o anúncio de importação dos profissionais como “eleitoreiro, irresponsável e desrespeitoso”, podendo-se ler o seguinte trecho:

O Conselho Federal de Medicina (CFM) condena de forma veemente a decisão irresponsável do Ministério da Saúde que, ao promover a vinda de médicos cubanos sem a devida revalidação de seus diplomas e sem comprovar domínio do idioma português, desrespeita a legislação, fere os direitos humanos e coloca em risco a saúde dos brasileiros, especialmente os moradores das áreas mais pobres e distantes (Conselho Federal de Medicina 2013).

As entidades médicas e os setores de oposição ao governo situaram-se como

155

Bruna Motta dos Santos

um importante polo desta relação, como uma esfera da sociedade cuja posição era afirmada e reafirmada como contrária ao Programa, especificamente quando se tratava dos médicos oriundos da Ilha, sendo raras as menções aos médicos brasileiros intercambistas que se graduaram em outros países. O que quero dizer, a partir deste aspecto, é que as questões envoltas no Programa são complexas e ultrapassam aspectos relativos à promoção e assistência à saúde, envolvendo questões econômicas, partidárias e políticas, em que setores específicos da sociedade tomam posições de acordo com os lugares que ocupam. Penso como esse processo de construção de um imaginário negativo em torno da atuação dos médicos estrangeiros pode ter corroborado para o fim da participação cubana e, conseqüentemente, no que analisaremos posteriormente como as trajetórias de sofrimento de médicos e médicas após o fim do PMM.

Foi nesse cenário de tensões e conflitos que, após meia década em vigor, o Programa Mais Médicos passa a atuar sem a participação dos médicos cubanos. Quando ainda se encontrava em campanha eleitoral, o atual presidente da República Jair Bolsonaro (PL) proferiu diversas críticas ao Programa e ao governo de Cuba, afirmando que expulsaria seus profissionais a partir da revalidação do diploma, promessa esta que compunha seu plano de governo. Nas palavras de Bolsonaro, em discurso proferido na cidade de Presidente Prudente: “Vamos expulsar com o Revalida os cubanos do Brasil”, e continua:

Qualquer estrangeiro vindo trabalhar aqui na área de medicina tem que aplicar o Revalida. Se você for para qualquer país do mundo, também. Nós não podemos botar gente de Cuba aqui sem o mínimo de comprovação de que eles realmente saibam o exercício da profissão. Você não pode, só porque o pobre que é atendido por eles, botar pessoas que talvez não tenham qualificação para tal (G1 2018).

156

Diante das ameaças de mudanças nos termos do acordo, consideradas inconcebíveis pelo governo da Ilha, o Ministério da Saúde de Cuba decide cessar sua participação no Programa, publicando sua decisão em nota no dia 14 de novembro de 2018, por considerar ameaçadoras as declarações do então futuro Presidente e por julgar inaceitável “questionar a dignidade, o profissionalismo e o altruísmo dos colaboradores cubanos que, com o apoio de suas famílias, prestam atualmente serviços em 67 países”. Afirmaram, ainda, que os colaboradores cubanos se alocaram em mais de 3.600 municípios, chegando a constituir 80% do corpo médico participante do Programa, tendo aceitação de 95% da população brasileira. Como apontam em um trecho da nota,

o presidente eleito do Brasil, Jair Bolsonaro, com referências diretas, depreciativas e ameaçadoras à presença de nossos médicos, disse e reiterou que modificará os termos e condições do Programa Mais Médicos, desrespeitando a Organização Pan-Americana da Saúde e o que esta acordou com Cuba, ao questionar o preparo de nossos médicos e condicionar sua permanência

Bruna Motta dos Santos

no programa à revalidação do título e como única forma de se contratá-los a forma individual (G1 2018).

Com o fim da participação, Cuba solicitou o retorno dos 8.332 mil médicos que na época exerciam sua profissão no Brasil. Regressaram à Ilha, em novembro de 2018, os primeiros 200 daqueles que deveriam deixar o país até meados de dezembro daquele ano. Desse total, cerca de 2.500 médicos optaram por permanecer no Brasil e, considerados como desertores, não poderiam retornar a Cuba por um período de oito anos. Os que aqui permaneceram – muitos por motivos comuns, entre os quais se destaca a constituição de uma nova família – passaram a trabalhar nas mais variadas funções, seja como motoristas, faxineiros, pedreiros ou ambulantes, enquanto aguardavam as promessas de reintegração do atual governo. Das trajetórias e experiências destes sujeitos é que nos ocuparemos agora.

3 Trabalho, sobrevivência e recomeço: as trajetórias de vida depois do PMM

Em uma das primeiras cenas da reportagem produzida pelo programa de televisão “Profissão Repórter”, da Rede Globo, uma jornalista dirige-se até uma barraca de churrasquinhos. Conforme se aproxima, é possível ouvir a música latina, em língua espanhola, enquanto a câmera foca uma placa em que se pode ler o seguinte escrito: “EspetoCuba”. Uma mulher, Suleni, apresenta aquele que comanda o empreendimento: “Esse é meu esposo, o doutor Humberto”. E a jornalista o cumprimenta: “Oi, doutor Humberto”. A esposa de Humberto segue apresentando o outro homem, que se encontra ao lado do marido: “Esse é o doutor Miguel”. Enquanto serve seus clientes, Miguel conta: “em Cuba não temos espeto. Aprendemos aqui, agora. Em Itaituba aprendemos a fazer”.

O trabalho era recente, há apenas 20 dias os dois médicos cubanos haviam começado a vender churrasquinho nas ruas da cidade. Suleni conta como o “EspetoCuba” era fruto da solidariedade familiar: “Um cunhado deu, para iniciar, a carne, o outro cunhado ajudou com a mesa, outras coisinhas, a lâmpada... É assim, cada um da família ajudou com alguma coisa”. Enquanto a jornalista explica como aquela havia sido a maneira encontrada pelos médicos para ganhar a vida, são mostradas imagens dos clientes de Humberto e Miguel. “Eu tô casado aqui, a minha mulher está grávida. Então eu tenho que fazer alguma coisa pra sobreviver aqui no Brasil. É difícil trabalhar nisso aqui que estamos fazendo, é um pouco difícil”, lamenta Miguel (Profissão Repórter 2019).

Abro a seção com esta descrição por considerá-la emblemática e elucidativa frente às tantas experiências de médicas e médicos cubanos de que trataremos aqui. Colocamo-nos a questão de como, diante de um acontecimento de ordem política, diversos sujeitos tiveram suas vidas cotidianas impactadas, passando a mobilizar formas múltiplas para lidar com as situações em que se encontravam. Após a declaração de Bolsonaro, Cuba retira-se do Programa e, com o fim da participação cubana, os profissionais da medicina veem suas vidas completamente transformadas. Para muitos, voltar à Ilha era o que deveria ser feito. Para outros, essa não era mais uma opção. Assim como Humberto e Miguel, muitos deles

Bruna Motta dos Santos

conheceram brasileiras e brasileiros com quem se casaram e tiveram filhos. Para eles, voltar à Ilha seria o mesmo que abandonar ou romper seus laços afetivos.

Através das trajetórias discutidas, veremos como a principal motivação que impulsionou os(as) médicos(as) cubanas a permanecerem no Brasil foi a constituição de relacionamentos afetivos. Esse “permanecer” mostra-nos como amores também possuem a capacidade de motivar e reconfigurar a vida destes sujeitos, cujas trajetórias passam a situar-se entre dois países distintos (Coelho e Oliveira 2020). Nas palavras de Padovani (2015, 277), o “amor” é mobilizado para “falarem sobre as malhas relacionais que as[os] localizam perante as instituições estatais e perante as próprias redes”, sendo diante desses amores e da constituição de seus novos laços que eles e elas decidem ficar, adaptando-se a outras funções para permanecer no país.

Nesse sentido, entendemos o fim da participação cubana no PMM como um evento crítico, nos termos que Das (1999, 2020) conceituou. Para a antropóloga indiana, tais eventos, ao ocasionarem rupturas e transformações drásticas na vida dos sujeitos, implicam na constituição de novos modos de ação e na reconfiguração de suas vidas a partir da redefinição de valores e significados. Com a irrupção desses acontecimentos, os sujeitos criam modos para lidar com as consequências no seu cotidiano, como uma forma de reabitar o mundo. Assim, ao buscarem reconstruir suas vidas fazendo com que sua existência se torne possível novamente, os sujeitos empreendem uma descida ao ordinário, ou seja, vivenciam aquele cenário devastado, mas o reconstróem, buscando novas formas para seguir.

Como buscarei demonstrar a seguir, o trabalho aparece como a principal forma de adequação aos novos contornos das vidas de médicos e médicas cubanas. Diante da impossibilidade de exercerem a medicina, os sujeitos reabitam seus mundos perdidos realizando as mais diversas atividades laborais, sendo através da vivência em seus novos cotidianos de trabalho que encontram formas de se reconstruírem.

Em uma reportagem do jornal matutino Bom Dia Cidade, da região de Campinas, vemos trajetórias semelhantes. Trata-se, aqui, das experiências de quatro médicos que decidiram se unir após a decisão de permanecer no Brasil. Eduardo, um dos entrevistados, fala do interior de uma cozinha, que naquele momento havia se tornado seu ambiente de trabalho. O médico, que veio de Cuba para atuar na cidade de Luziânia, em Goiás, relembra com pesar o momento em que recebeu o comunicado do governo cubano, de que deveria voltar ao seu país de origem:

Recebemos a informação diretamente da Embaixada de Cuba e dos coordenadores da UPA de que o programa havia sido fechado. Isso para nós foi um impacto muito grande. A gente acordando todos os dias para trabalhar, para salvar vidas como estávamos acostumados e de pronto falaram: vocês não são mais médicos. Se querem ser médicos têm que voltar para a Cuba (Bom Dia Cidade 2019).

Bruna Motta dos Santos

Conforme o tempo passava e as dívidas aumentavam, os médicos decidiram se mudar para Restinga, em São Paulo, e lá iniciaram a venda de marmitas. Nairóbi, prima de Eduardo, o acompanhou no empreendimento: “começamos a fazer marmitas e vimos pelas coisas iam mais ou menos funcionando, não dava muito lucro, mas dá para pagar as contas”. Cinco meses depois e com a parceria de Ariel e Junete, mudaram-se para a cidade de Franca, onde abriram um restaurante maior. Ainda que o resultado do trabalho fosse favorável, possibilitando que os médicos possuíssem uma renda para viver, a perspectiva futura era de voltar a exercer a medicina, através da revalidação dos seus diplomas: “a gente falou assim: vamos tentar, até sair o Revalida, até sair um edital em que a gente seja contemplado, porque ficar parado não dá realmente”, contou Ariel. À espera de retornar às rotinas de atendimentos, os médicos e médicas se viam tomados pela angústia e tristeza por não poder clinicar. Nas palavras de Junete:

Mesmo se você não tá exercendo como médica, você é médica. Ninguém vai tirar isso de você. (...) É difícil, é muita ignorância, é um sentimento muito difícil de explicar, porque passei muitos anos de sacrifício em meu país, seis anos de carreira, depois três anos de especialização em clínica geral e dá muita saudade, muita dor. Você prepara sua vida para uma coisa e de repente por coisas que acontecem acorda de outro jeito (Bom Dia Cidade 2019).

Roberto é outro médico que decidiu permanecer no Brasil e seguia vivendo na cidade de Nova Olinda do Norte, no Amazonas, desde 2014, quando chegou de Cuba para trabalhar em um distrito indígena. Lá estabeleceu família ao se casar com uma brasileira e por esta razão decidiu ficar no Brasil, mesmo diante da impossibilidade de atuar como médico. Quando suas economias acabaram, iniciou uma dupla jornada de trabalho, sobrevivendo do emprego que conseguiu em um supermercado e da venda de farofa com carne salgada, atividade desempenhada em uma praça da cidade em parceria com a esposa. “Isso faço à noite. De dia, trabalho em um supermercado, arrumando estoques”. Diante do presente penoso longe da medicina, Roberto também situa o retorno às rotinas de trabalho no horizonte de suas perspectivas futuras:

Tenho muitas esperanças de fazer o Revalida e exercer a profissão aqui. Não quero nada de graça, apenas uma oportunidade para continuar trabalhando num lugar que me apaixonei, que formei vínculos, que tenho certeza de que posso ajudar e, claro, também posso ficar feliz (O Estado de S. Paulo 2019).

Os laços aqui estabelecidos também motivaram a decisão do médico Yonnel, que chegou a Luziânia em 2014 e pouco tempo depois se casou com a brasileira Vânia, com quem teve um filho. Com o fim da participação de Cuba, Yonnel decidiu ficar no Brasil: “Eu gosto do meu país. Mas fiz minha vida aqui”, conta. Ao ver-se desempregado e com um filho para cuidar, o médico passou a contar com

Bruna Motta dos Santos

doações, fruto da solidariedade de seus antigos pacientes e de um amigo, também médico cubano, que anos atrás conseguiu validar o diploma no Brasil. Em entrevista, Yonnel conta que já havia realizado inúmeras tentativas de emprego, mas a formação em medicina o impediu de ser admitido: “As pessoas têm um certo receio de achar que eu, como médico, agora não posso fazer esse tipo de atividade. Eles ficam com vergonha”. Em relação à medicina, relata o anseio em voltar a exercer a profissão em que se formou: “não perco a esperança de voltar a atuar”. Mas enquanto não é possível, passou a criar peixes ornamentais em caixas d’água no quintal de sua casa, buscando ter alguma renda para as despesas.

“Como não tenho mais pacientes, trato deles com muita atenção. Refeições, cuidados. E eles sabem quando me aproximo, parece que até já me conhecem. (...) Sei que isso não será suficiente para me sustentar. Mas será uma ajuda”. (O Estado de S. Paulo 2019).

Diante das múltiplas possibilidades encontradas para ganhar o sustento no Brasil, a área da saúde, mesmo que em tempos de dificuldade, acaba por se constituir como direção a ser seguida diante da impossibilidade de clinicar. Juan inicialmente exercia a função de motorista de aplicativo: “é uma função digna, consigo dinheiro para despesas pequenas”, afirma. Mesmo não podendo exercer a medicina, anseia por atividades que se aproximem dela, realizando cursos de terapias alternativas, como o de acupuntura. “Está mais próximo da minha área, o rendimento é melhor do que o de motorista”, e completa: “Vamos nos virando. Mas não seria muito melhor para todos se pudessemos trabalhar como médicos?” (O Estado de S. Paulo 2019). O mesmo aconteceu com Valenciano, que investiu suas economias fazendo cursos de terapia holística, forma como hoje consegue sobreviver na cidade de Franca, em São Paulo: “estou conseguindo duas ou três sessões por dia. Muitos clientes são indicados por amigos e pacientes com quem fiz amizade” (O Estado de S. Paulo 2019).

As estratégias mobilizadas por médicas e médicos cubanos são as mais variadas, demonstrando criatividade frente às drásticas transformações em suas vidas. A nacionalidade cubana, por exemplo, alvo de críticas negativas quando se tratava da profissão médica, tomou um sentido positivo e valorizado diante das possibilidades encontradas por estes sujeitos. Tendo permanecido durante quatro anos no Programa, Bermudez passou a trabalhar como garçom, cozinheiro e animador de festa no típico bar cubano que abriu em Sorocaba, o “Cuba Libre”. Assim, contou em entrevista: “as contas não param de vencer e não dava mais para ficar esperando o governo. Resolvi arriscar e acho que o mais difícil já passou. O bar já tem até karaokê e está bombando”. Bermudez ainda empregou mais quatro médicos cubanos que atuavam em Campinas e Pernambuco: “eles ajudam a preparar e servir pratos, ensinam a dançar salsa, fazem um pouco de tudo. Aqui virou um refúgio” (O Estado de S. Paulo 2019).

Entretanto, os encontros com os antigos pacientes e as memórias do cotidiano nos consultórios os trazem, também, para cenários onde a tristeza e o pesar

Bruna Motta dos Santos

são constantes. Niurka, que recebeu apoio do prefeito da cidade em que atuava, trabalha hoje na função administrativa de um hospital, onde no passado exercia a medicina. Estar neste ambiente, ainda que empregada, traz as lembranças dos tempos de médica, memórias que emergem em um presente no qual não pode atender os pacientes: “Quando chego, evito entrar pela porta principal. Sempre tem um paciente ou outro que pergunta se não posso dar uma olhadinha rápida. Atender é minha paixão, mas estou impedida”. De modo semelhante, Mercedes relata como o reencontro com os pacientes era um momento difícil, algo frequente, já que ela passou a trabalhar como balconista em uma farmácia, em Piracicaba. “Fiz muitos amigos e meus ex-pacientes acham estranho quando me encontram no balcão da farmácia. Mas dou graças a Deus por estar aqui” (O Estado de S. Paulo 2019). Nessa mesma perspectiva se desenrolam os relatos de Yamilet, que atuava em Jacobina, na Bahia, e permaneceu legalmente no Brasil após se casar com um brasileiro: “As pessoas vêm todo dia procurando atendimento, eles acham que eu ainda sou a médica deles. E para mim é muito difícil falar ‘eu não posso’. Para nós é difícil, sabe? Porque a gente já provou que é médico” (Veja 2019).

Contudo, mesmo em suas novas funções, a carga do imaginário criado em torno da profissão médica não cessa de emergir. No Brasil, os cursos de medicina se constituem como as graduações mais concorridas, com salários que saltam aos olhos daqueles que anseiam ou não por seguir na profissão. Nas palavras de Machado (1997, 21), “a profissão médica é este estereótipo de profissão com alto grau de autonomia técnica (saber) e econômica (mercado de trabalho)”. Para a autora, a Medicina é dotada de pressupostos monopolistas, possuindo um projeto profissional bem-sucedido, cujas alianças com o Estado e com setores da elite fizeram com ela possuir aparatos legais para que exercesse seu ofício de forma exclusiva, vendendo seus serviços particulares.

Num dado momento, esta expertise tornou-se exclusiva do exercício dos experts. Assim, os médicos adquiriram, historicamente, o monopólio de praticar a medicina de forma exclusiva, colocando na ilegalidade e clandestinidade todos os praticantes empíricos e curiosos desse ofício (Machado 1997, 22).

Nessa perspectiva, compreendemos não só a dinâmica dos registros e como eles operam como aparatos de liberação ou restrição da atividade médica, por nós já discutida, como também o caráter que a Medicina, enquanto profissão técnica e economicamente autônoma, adquire em nossa sociedade. Assim, é frequente não só o espanto das pessoas ao perceberem médicos trabalhando em funções consideradas como “inferiores” ou “desvalorizadas”, como também a recusa em empregar estas pessoas em funções percebidas como não dignas de um profissional da Medicina. Como afirmou Rodriguez,

muitas pessoas, quando descobrem nossa profissão, nos dizem que não podem nos contratar, porque os empregos não estariam à altura de um

Bruna Motta dos Santos

médico. Éramos médicos, sim, mas hoje não somos nada. Somos como qualquer um que precisa de um trabalho para sobreviver (BBC 2019).

Durante a reportagem que abre esta seção, uma jornalista entra em um supermercado e pergunta por Miguel, que logo chega cumprimentando os funcionários do estabelecimento. Enquanto empacota as compras de uma senhora, a jornalista se aproxima e pergunta à mulher se ela já conhecia Miguel, que respondendo negativamente é informada de que ele é um médico cubano. Surpresa, a mulher diz: “Ah tá! Poxa! É um prazer ser atendida por ele, porque ele atende muito bem os clientes. Mas ao mesmo tempo, eu acho que é uma pena. Na profissão dele, acaba sendo um desperdício”. A reportagem continua e Miguel afirma:

É incrível que a gente fique aqui, fazendo esse trabalho aqui que é um trabalho digno pra mim, eu não tenho frescura em trabalhar com qualquer coisa que eu precise. Só que é difícil. Eu tenho 18 anos de médico, entendeu, de formado. Então, ficar empacotando aqui, enquanto tem comunidade que está sem médico, é ruim (Profissão Repórter 2019).

Os entraves ao reestabelecimento de uma nova vida parecem não ter fim. A condição de imigrante é apontada como um elemento negativo frente às suas tentativas de conseguir um emprego no país, tanto nas funções médicas quanto naquelas que nada tem a ver com o mundo da saúde. Enquanto uns ajudam, pelo conhecimento da difícil situação vivenciada por esses médicos, outros se recusam, pelo fato de serem estrangeiros. Molina lamenta: “Só quero trabalhar [...]. Criam obstáculos, sem qualquer justificativa. Há uma xenofobia como com qualquer estrangeiro, não só com os cubanos. Antigamente, nos viam como deuses, hoje nos veem como um nada” (BBC 2019).

Aqui, não podemos tecer as associações do imigrante com o trabalho sem qualificação, já que esses profissionais vieram para o Brasil justamente por possuírem a formação de que necessitavam os postos de saúde e hospitais brasileiros. O que ocorre, entretanto, é o que Sayad (1998) chamou de *qualificação social do trabalho*, imposta pela própria condição do imigrante, uma identificação que ultrapassa as esferas do trabalho, expressando-se na totalidade de suas práticas sociais, algo já manifesto quando ainda participavam do Programa. Nas palavras do autor, “a condição de imigrante não deixa de qualificar socialmente o trabalho que é efetuado pelo trabalhador imigrante e, para ser mais verdadeiro, lhe é reservado o que lhe cabe” (Sayad 1998, 108).

Trajetórias como as que descrevemos são atravessadas por grandes dificuldades, um sofrimento que se estende para as diversas dimensões de suas vidas. Essas vidas, precarizadas após determinados acontecimentos, são colocadas sob foco e a elas são dados rostos que permitem que nos identifiquemos ou não. Ao nos identificarmos com elas, nós as humanizamos; ao não nos identificarmos, nós as trazemos para a esfera da não-humanização. Essas reportagens, ao darem nome, rosto e imagem a essas experiências, operam uma identificação simbólica. Para

Bruna Motta dos Santos

Butler (2011), a insensibilidade frente à dor e ao sofrimento humano traz-nos para uma desumanização consumada, por isso a importância de colocar em evidência as dores, os sofrimentos e as lamentações diante das experiências desses sujeitos.

Se continuarmos a desconsiderar as palavras que nos entregam essa mensagem, e se a mídia não fizer essas imagens correr, e se essas vidas continuarem inominadas e não lamentadas, se elas não aparecerem em toda sua precariedade e destruição, não nos emocionaremos com elas. Não retornaremos àquele senso de indignação ética que é, distintivamente, para um Outro e em nome de um Outro (Butler 2011, 31).

Ao tratarmos dessas experiências, através das reportagens que lhes dão um rosto, estabelecemos não somente um contato com o sofrimento do Outro. Elas possibilitam, sobretudo, que lancemos um olhar às vivências sociais e às circunstâncias que definem a forma como tal sofrimento ocorre e os efeitos que eles causam na vida das pessoas. Todo esse emaranhado de trajetórias e de diversas formas de agir diante de um evento crítico de grandes proporções individuais e coletivas mostra-nos como o sofrimento está para além de uma experiência física. Essas experiências, produzidas socialmente, trazem os sujeitos para um terreno de angústia, vergonha social e, sobretudo, de perda, seja dos contextos e dos indivíduos que dão sentidos positivos às suas vidas, seja de suas identidades e papéis (Wilkinson e Kleinman 2016). Nessa perspectiva, apropriamo-nos da noção de *social suffering* no intento de dar inteligibilidade a essas vivências, compreendendo como esse processo de perda da participação no Programa culminou em uma série de outras perdas em várias esferas de suas vidas. Como um evento, de ordem política, teve um impacto tão grande na vida individual de milhares de pessoas?

Segundo Wilkinson e Kleinman (2016), o sofrimento social permite que compreendamos como o sofrimento experienciado pelos sujeitos é provocado e condicionado pela sociedade e, mais do que isso, como o sofrimento consiste em um elemento dinâmico que se insere em processo mais amplo de transformação sociocultural. Falar do fim do PMM implica que nos direcionemos a acontecimentos de ordem política nacional e internacional. Ainda que tenham ocorrido em um nível mais amplo, seus efeitos tiveram implicação direta na vida privada dessas pessoas. Esse é o caráter do que os autores chamaram de *sofrimento social*, sendo experiências que ocorrem em contextos de eventos críticos e que colocam as pessoas em vivências de destruição e perdas abruptas, que podem ser ocasionadas tanto pelo homem quanto pela natureza: “se é claro que o sofrimento se dá nos dramas mais íntimos da vida pessoal, ao mesmo tempo quase sempre engloba atitudes e compromissos que compõem nosso ser social mais amplo (Kleinman e Wilkinson 2016, 8, tradução nossa)².

No caso aqui analisado, o sofrimento social emerge da “ruptura” de uma trajetória profissional por processos políticos mais amplos, do padecimento em experienciar esse novo cotidiano e da esperança de um futuro incerto. Para Victora (2011), a análise antropológica dos sofrimentos a partir das dinâmicas sociais,

2 No original: “At this point, while it is clear that suffering takes place within the most intimate dramas of personal life, at the same time it almost always encompasses attitudes and commitments that comprise our wider social being”.

Bruna Motta dos Santos

políticas, culturais e econômicas que os produzem, tensiona a clássica oposição sociedade-indivíduo, ao evidenciar como o sofrer está atravessado por causas diversas e variáveis, tal como buscamos refletir através das experiências de médicas e médicos cubanos. Nesse sentido, compartilhamos da reflexão proposta pela autora, que chama atenção para a necessidade de enfrentamento do caráter indissociável das esferas físicas, psicológicas, morais e sociais do sofrimento, atentando para como as análises dessas experiências colocam em questão os modos através dos quais buscamos dar inteligibilidade aos fenômenos humanos.

4 Rupturas, adaptações e futuros possíveis

Como vimos, o trabalho foi a principal forma encontrada por médicas e médicos cubanos para se adequarem aos novos contornos de suas vidas e, embora muitos deles tenham alcançado modos para sobreviver, essas trajetórias envolveram experiências de grande sofrimento. Como apontou Castellitti (2019), ao analisar trajetórias de comissárias de bordo após a falência da Varig, processos como estes envolvem mais do que a perda de um emprego; associam-se, sobretudo, à ausência do sentido do tempo, enquanto um elo coerente entre passado, presente e futuro. A profissão que outrora realizavam fica no passado, fazendo com que os sujeitos empreendam *movimentos biográficos* no sentido de enfrentar os novos rumos de suas trajetórias no presente, frente a distintos horizontes de possibilidade. Diante de um cenário em que a profissão fica no passado, é no presente que os sujeitos fazem o que entendem ser necessário para sobreviver. Ainda que as funções de motorista, ambulante ou balconista não fossem atividades pretendidas, era o que precisava ser feito na busca de um futuro, um tempo incerto, porém desejado e planejado. Assim, podemos refletir, acerca de como o trabalho é pensado em termos de temporalidade, marcando não só uma ruptura entre passado, presente e futuro, mas como uma forma de referência às atividades que desempenhavam anteriormente e as que passaram a realizar (Ayoub 2014), temporalidades que tratamos aqui como o *tempo da medicina e tempo da sobrevivência*.

Podemos refletir, ainda, acerca de como médicos e médicas atribuem sentido às experiências vivenciadas em seu passado, presente e futuro. O exercício da medicina já não faz mais parte das vivências cotidianas; está situado em um passado que não se quer esquecer, mas lembrar e reviver. O *tempo da medicina* torna-se, assim, uma temporalidade valorizada, cujas memórias os levam para um momento no qual realizavam a função que escolheram para as suas vidas e podiam sobreviver de um modo economicamente satisfatório. O presente, por sua vez, é marcado pela experiência penosa da ausência do fazer médico e das dificuldades financeiras; é o *tempo da sobrevivência* ou, como pontuamos acima, do sofrimento, de adaptar-se para existir. Nesse ínterim, o futuro é tempo do desejo e da esperança, no qual se espera retornar ao exercício da medicina, mas ao mesmo tempo da incerteza de sua concretização. Nessa ótica, o tempo da medicina não é forjado apenas a partir das vivências de outrora, mas se encontra intimamente vinculado ao presente e às perspectivas de futuro, tendo como pano de fundo os laços construídos e as emoções experienciadas.

Bruna Motta dos Santos

Nessa perspectiva, Coelho e Oliveira (2020) abordam como uma gramática específica dos sentimentos pode estar associada aos modos de se *viver*, *reviver* e *antecipar* o tempo, ressignificando vivências do passado e perspectivas de futuro. Assim, experiências emocionais particulares se vinculam a temporalidades específicas, podendo estar relacionadas tanto à sua duração, quanto aos períodos ou situações em que emergem, formando o que os autores denominaram como um *complexo emocional*. Nesse sentido, quando tratamos do amor, descrito nas trajetórias como a motivação para ficar no Brasil, estamos falando de uma emoção situada no presente; o amor consiste em uma modalidade de *viver* o tempo presente. O mesmo acontece com a tristeza e o sofrimento, vinculados ao presente de dificuldades e às jornadas de trabalho dissociadas da prática médica.

Já a nostalgia, aqui identificada mais propriamente pelo termo *saudade*, é referenciada às rotinas médicas e às interações com os pacientes. Para Coelho e Oliveira (2020), a nostalgia refere-se à experiência de perda inscrita no tempo, um sentimento referenciado a um ponto inicial e fundado na experiência subjetiva de um passado reavivado pela memória e que permanece no presente. A nostalgia emerge, desse modo, como uma experiência emocional vinculada ao passado, evidenciando as formas como médicos e médicas enfrentam subjetivamente o que entendem não mais existir ou, dito de outro modo, como *revivem* o tempo.

Contudo, dirão os autores, a nostalgia não se limita ao passado, mas consiste em um sentimento que tem a capacidade de impulsionar a esperança no futuro, fazendo com que a experiência do presente tenha sentido (Coelho e Oliveira 2020). É nessa perspectiva que busco pensar as experiências dos profissionais aqui descritas, refletindo sobre como as memórias do tempo da medicina conduzem os sujeitos a ter esperanças em um futuro melhor, onde seja possível reviver o passado de algum modo. Ao preservarem suas expectativas nesse futuro, seu presente de sofrimento torna-se dotado de significado, como um momento a ser superado. Assim, a esperança é associada ao futuro, vivenciada como um modo de *antecipar* o tempo.

Nesse sentido, tratar de sofrimento social a partir das experiências de médicas e médicos cubanos implica que olhemos para os impactos sociais das perdas em suas trajetórias de vida. Mas não só isso. Implica que olhemos, também, para os projetos, os sonhos e as estratégias para lidar com o sofrimento e para construção de novos contextos de vida. O sonho de voltar a exercer a medicina no Brasil, ainda que acreditem como remotas as possibilidades, é colocado em foco em diversos momentos e, enquanto isso não ocorre, buscam agir no sentido de ocuparem outros espaços, lidando com as dificuldades cotidianas. Como afirmou Zampirolli (2018), sonhar é trazer para o presente um futuro mais ameno em meio a um ambiente de dor e tristeza.

Sonhar, portanto, ao mesmo tempo que é o reconhecimento das distâncias entre o presente e aquilo que deve ser mudado para haver algum futuro, não implica uma passividade, mas um movimento de trabalho e de pequenas conquistas que vão travando uma possibilidade de futuridade (Zampiroli 2018, 364).

Bruna Motta dos Santos

Como relataram por diversas vezes as médicas e médicos cubanos, as possibilidades de retomarem o exercício da profissão no país não depende somente deles, está na ordem do incontável e por isso mesmo a situamos como um *sonho*. Os sonhos, para além de uma simples idealização, constituem-se para estes sujeitos em uma “potência grandiosa em forçar novos limites na malha do cotidiano ao fazer projeções de melhores futuros” (Zampirolli 2018, 366). É essa potência que os move no sentido de jamais desistirem de retornar à Medicina.

Considerações finais

Ao nos voltarmos para as narrativas midiáticas em torno do fim do Programa Mais Médicos e, sobretudo, para o sofrer de médicas e médicos cubanos, nos foi possível tomar conhecimento dessas vivências e de, também, visualizarmos a constituição do que Vieira (2014) chamou de *comunidade de sofrimento*, expressos em uma experiência compartilhada por meio de histórias e símbolos comuns. Por meio dessas experiências compartilhadas e compartilháveis, buscamos situar o fim do Programa com um *evento crítico*, entendendo-o como um acontecimento de ordem política que teve consequências diretas na vida de milhares de pessoas, redefinindo rotinas e modos de viver. A partir desse evento, instaura-se uma condição de *sofrimento social*, na qual profissionais formados e com anos de prática na área médica são impedidos de prestar atendimentos, o que os faz mobilizar estratégias diversas e novos modos de ação para sobreviver. É por meio do trabalho que eles buscam não só a sua sobrevivência, mas um retorno à própria dignidade, ainda que não estejam nas funções mais privilegiadas.

Tendo por base as mudanças e a ruptura drástica sofrida em seus modos de vida, buscamos demonstrar, ainda, como noções de tempo estabelecem uma relação íntima com a dimensão do trabalho. Assim, o *tempo da medicina* e o *tempo da sobrevivência* possuem significados particulares, relacionados com o presente de dificuldades e com as expectativas que traçam para os seus futuros. Destas experiências, emerge um complexo emocional (Coelho e Oliveira 2020) específico das vivências de médicas e médicos cubanos, sendo o amor e a tristeza referenciados ao presente, a nostalgia/saudade referida ao passado, e a esperança atribuída a um tempo futuro. Situados entre um *tempo da medicina* e um *tempo da sobrevivência*, as experiências das médicas e médicos mostram-se permeadas por sofrimentos, mas também por amores e sonhos, que os fazem nunca perder de vista o retorno ao ofício que escolheram para suas vidas.

Recebido em 15/10/2021

Aprovado para publicação em 09/05/2022 pelo editor Alberto Fidalgo Castro

Bruna Motta dos Santos

Referências

- Ayoub, Dibe. 2014. “Sofrimento, tempo, testemunho: expressões da violência em um conflito de terras”. *Horizontes Antropológicos* 42: 107–131.
- Butler, Judith. 2011. “Vida precária”. *Contemporânea* 1(1): 13–33.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa, e Nilton Pereira Junior. 2016. “A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites”. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(21): 26–55.
- Castellitti, Carolina. 2019. “O naufrágio da Varig: bifurcações biográficas, desilusão e quebra do futuro”. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo* 3: 5–30.
- Coelho, Maria Claudia Pereira, e Eduardo Moura Pereira Oliveira. 2020. “Reflexões sobre o Tempo e as Emoções na Antropologia: definições, práticas e políticas”. *Sociologia e Antropologia* 10(3): 1087–100.
- G1. 2018. “Cuba decide deixar programa Mais Médicos no Brasil e cita declarações ‘ameaçadoras’ de Bolsonaro”. G1, 14 nov 2018. <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/11/14/cuba-decide-deixar-programa-mais-medicos-no-brasil.ghtml>
- G1. 2019. “Cubanos que eram do Programa Mais Médicos abriram restaurante em Franca”. *Bom Dia Cidade – Campinas/Piracicaba*, 28 maio 2019. <https://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2019/06/01/estrangeiros-tentam-se-manter-com-restaurante-em-franca-apos-saida-de-cuba-do-mais-medicos.ghtml>
- Das, Veena. 1999. *Critical events: an anthropological perspective on contemporary India*. New Delhi: Oxford University Press.
- Das, Veena. 2020. *Vida e palavras. A violência e sua descida ao ordinário*. São Paulo: Editora da Unifesp.
- Díez, Beatriz. “Mais Médicos: cubanos que ficaram no Brasil após fim do programa relatam dificuldades”. *BBC News Mundo*, 23 mar 2019. <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-47634101>
- G1. 2019. “Estrangeiros tentam se manter com restaurante em Franca após saída de Cuba do ‘Mais Médicos’”. EPTV 2, 1º jun 2019. <https://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2019/06/01/estrangeiros-tentam-se-manter-com-restaurante-em-franca-apos-saida-de-cuba-do-mais-medicos.ghtml>
- Formenti, Lígia. 2019. “Dois mil médicos cubanos que continuam no País vivem na informalidade”. *O Estado de S. Paulo*, 15 abr 2019. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,dois-mil-medicos-cubanos-continuam-no-pais-e-sobrevivem-na-informalidade,70002791613>
- Freire, Lucas. 2019. *A gestão da escassez: uma etnografia da administração de litígios de saúde em tempos de “crise”*. Tese de doutorado, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Machado, Maria Helena. 1997. “Características sociológicas da profissão médica”. In *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade* (21–49). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Veja. 2019. “Menos Médicos: o retrato do sertão da Bahia”. *Veja*, 10 maio 2019. <https://veja.abril.com.br/videos/em-pauta/menos-medicos-o-retrato-do-sertao-da-bahia/Brasil>.
- Ministério da Saúde. 2015. *Programa Mais Médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde.

Bruna Motta dos Santos

- Molina, Joaquin *et al.* 2016. “Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/ OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho”. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(21): 2925–33.
- Padovani, Natália. 2018. *Sobre casos e casamentos: afetos e amores através de penitenciárias femininas de São Paulo e Barcelona*. São Carlos: Editora UFSCar.
- Conselho Federal de Medicina – CFM. “Para CFM, importação de médicos cubanos é medida eleitoreira e irresponsável”. *Portal do Conselho Federal de Medicina*, 21 ago 2013. <https://portal.cfm.org.br/noticias/para-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreira-e-irresponsavel/>
- Pereira, Lucélia Luiz *et al.* 2015. “Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas”. *Revista da ABPN* 7(16): 28–51.
- Pinto, Hêider Aurélio *et al.* 2014. “O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. In: Atenção Básica: construindo a base da integralidade”. *Revista Divulgação em saúde para debate* : 105–120.
- Santos, Leonor Maria Pacheco *et al.* 2015. “Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva* 11(20):35–47.
- Sayad, Abdelmalek. 1998. *A imigração ou Os paradoxos da alteridade*. São Paulo: EdUSP.
- G1. 2019. Saída de profissionais cubanos afeta programa Mais Médicos. *Profissão Reporter*, 02 maio 2019. <https://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2019/05/02/saida-de-profissionais-cubanos-afeta-programa-mais-medicos.ghtml>
- Tomazela, José Maria. 2019. “Em SP, ‘bicos’ de médicos cubanos vão de balconista de farmácia a garçom”. *O Estado de S. Paulo*, 15 de abril de 2019. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,em-sp-bicos-de-medicos-cubanos-vaio-de-balconista-de-farmacia-a-garcom,70002791627>
- Victoria, Ceres. 2011. “Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da antropologia”. *Reciis* 5(4): 3–13.
- Vieira, Suzane de Alencar. 2014. *Césio-137, o drama azul: irradiação em narrativas*. Goiânia: Cênone Editorial.
- Wilkinson, Iain, e Arthur Kleinman. 2016. *A passion for society: how we think about human suffering*. California: University of California.
- Zampiroli, Oswaldo. 2018. “Tornar-se esposa, fazer-se mulher: o casamento estabelecendo gênero nas relações conjugais de mulheres trans/travestis”. *Teoria e Cultura* 13(1): 143–60.

“A medicação eu consegui bem fácil. A maior dificuldade tem sido a internação”. Crise, suspeição e bioseguigualdades na (des)judicialização da saúde

“I got the medication pretty easy. The biggest difficulty has been placement”: crisis, suspicion and bio-inequalities in the de-judicialization of health

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9714>

Leonardo do Amaral Pedrete

Defensoria Pública da União (DPU) – Santa Maria, RS, Brasil

ORCID: 0000-0002-8020-9634

leopedrete@gmail.com

Doutor em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS). Pesquisador-Líder do Grupo Nacional de Pesquisa em Sociologia da Defensoria Pública da União (DPU).

O recurso ao sistema de justiça potencialmente constitui possibilidades de lidar com experiências de enfermidades crônicas. No entanto, sugiro que os espaços de negociação em torno do que é devido pelo Estado em matéria de saúde têm se mostrado, ao longo dos anos, cada vez menos fluidos e mais constrangidos pela criação de infraestruturas burocráticas (na forma de protocolos, quesitos, laudos, perícias, comitês e assessorias especializadas, por exemplo). Mais, identifico um cenário de suspeição generalizada e desconfiança mútua que aparece como elemento fundamental na circulação de discursos, práticas, estruturas institucionais e tecnicidades voltadas à burocratização das vias judiciais e à evitação (ou desjudicialização) das demandas, cujos efeitos não são homogêneos em relação a diferentes grupos e, especialmente, determinadas demandas de saúde. Com base em achados de uma etnografia sobre a luta de pessoas que convivem com enfermidades crônicas em situações de incapacidade e deficiência em busca de acesso a saúde, no universo da região central do Rio Grande do Sul, discuto a produção de biodesigualdades em um modelo farmacêutico e cada vez mais burocratizado de judicialização da saúde no Brasil.

Accessing the justice system potentially constitutes possibilities for dealing with the experiences of chronic illnesses. However, I suggest that the spaces for negotiation around what is owed by the State in terms of health have, over the years, less fluid and more constrained by the creation of bureaucratic infrastructures (in the form of protocols, questions, reports, expertise, committees and specialized advisory services, for example). Furthermore, I identify a scenario of widespread suspicion and mutual distrust that appears as a fundamental element in the circulation of discourses, practices, institutional structures and technicalities aimed at the bureaucratization of judicial channels and the de-judicialization of demands, whose effects are not homogeneous in relation to distinct groups and, especially, certain health demands. Based on findings from an ethnography on the struggle of people living with chronic illnesses in situations of incapacity and disability in search of access to health, in the universe of the central region of Rio Grande do Sul, I discuss the production of bio-inequality in a pharmaceutical model and increasingly bureaucratic judicialization of health in Brazil.

Judicialização da Saúde; Vulnerabilidade; Suspeição; Crise; Biodesigualdades.

Judicialization of Health; Vulnerability; Suspicion; Crisis; Bio-Inequalities.

Leonardo do Amaral Pedrete

1 Crônicas (e) vulneráveis

“A medicação eu consegui bem fácil, graças a Deus. A maior dificuldade tem sido a internação, que eu não consigo. É demorado”, me disse Fernanda, uma senhora de 58 anos, esposa de Baltazar, um ex-ferroviário aposentado, de 65 anos. Baltazar foi diagnosticado com demência frontotemporal, além de doença de Alzheimer e acidente vascular encefálico isquêmico, sem possibilidade de recuperação. Após o insucesso de outros dois tratamentos medicamentosos, uma medicação antipsicótica foi indicada para contenção de agressividade do paciente.

Quando entrevistei Fernanda pela primeira vez, em sua casa, no bairro periférico de Nova Santa Marta, em Santa Maria-RS, Baltazar estava internado em uma clínica geriátrica privada, recebendo cuidados de sua equipe. Mas antes disso, a esposa era sua única cuidadora: “*não aceita outra pessoa junto com ele*”. Pouco acima de mil reais, a renda familiar proveniente da aposentadoria de Baltazar era insuficiente para custear a internação em clínica privada – estimada em cerca de três mil reais, em média, em 2018.

Ao ser questionada sobre quando Baltazar começou a desenvolver os primeiros sintomas, Fernanda respondeu que o ex-agente ferroviário sempre demonstrou agressividade e uso frequente de álcool. Relatou as várias situações de violência: “*as portas, a pia (...) têm uns buracos de faca, (...) as crianças vinham me defender, ele se revoltava (...) Fugia para o mato com meus filhos (...) voltava pé por pé, para não acordar ele*”. Contou que chegou a fazer registro de ocorrência das ameaças de morte, por parte de Baltazar, contra ela, quando moravam no município de Jaguari, há alguns anos. Algum tempo depois, retomaram a convivência. Contou que os surtos de agressividade o levaram a uma sucessão de internações e tratamentos, incluindo eletrochoques.

Sentindo-se sobrecarregada com os cuidados e sem atendimento especializado a Baltazar, Fernanda recorreu a internação em instituição privada de longa permanência, acumulando uma dívida significativa, objeto de seu pedido na Defensoria Pública da União em Santa Maria-RS. As condições de enfermidade, deficiência e dependência de Baltazar, o sofrimento pelo impacto financeiro de dívidas, o cansaço e a sobrecarga de cuidados na figura de Fernanda, sua esposa e curadora, o histórico de violência familiar (especialmente de Baltazar em face da própria Fernanda), a reclamação de demora do sistema de justiça, a carência de serviços públicos e a falta de suporte familiar são elementos que compõem um quadro complexo. Quadro este que é comum a milhares de pessoas que recorrem ao sistema de justiça todos os anos em busca de demandas de saúde das mais diversas, em especial aquelas que envolvem necessidade de acompanhamento multiprofissional de longo prazo para pessoas em situação de deficiência e/ou incapacidade.

Vale salientar que, embora o tema da judicialização da saúde contemple uma série de termos correlatos sujeitos a usos polissêmicos e que englobam fenômenos muito diversos, para os fins deste trabalho, privilegiam-se as práticas e experiências dos demandantes no acesso a diferentes instâncias do Estado e do jurídico, em detrimento de concepções jurídico-normativas. Dessa maneira, do ponto de vista analítico, assumo aqui a judicialização como o (crescente) recurso ao Poder

Leonardo do Amaral Pedrete

Judiciário para a solução de demandas – e, por oposição, a desjudicialização como a (também crescente) busca por evitar a esfera judicial na composição dos conflitos, em favor de outras formas de resolução (como a administrativa, por exemplo). Por outro lado, aproprio-me do termo *justicialização*¹ para me referir tanto a práticas de mobilização do sistema de justiça (incluindo-se aí aquelas externas ao Poder Judiciário, como as polícias, as defensorias públicas e ministérios públicos), quanto à criação de procedimentos padronizados e estruturas institucionais de justiça (e saúde).

O recurso ao sistema de justiça constitui possibilidades de lidar com experiências de enfermidades crônicas. No entanto, sugiro que os espaços de negociação em torno do que é devido pelo Estado em matéria de saúde têm se mostrado, ao longo dos anos, cada vez menos fluidos e mais constrangidos pela criação de infraestruturas burocráticas (na forma de protocolos, quesitos, laudos, perícias, comitês e assessorias especializadas, por exemplo). Mais, identifico um cenário de suspeição generalizada e desconfiança mútua que aparece como elemento fundamental na circulação de discursos, práticas, estruturas institucionais e técnicas voltadas à burocratização das vias judiciais e à evitação (ou desjudicialização) das demandas, cujos efeitos não são homogêneos em relação a diferentes grupos e, especialmente, determinadas demandas de saúde. Com base em achados de uma etnografia sobre a luta de pessoas que convivem com enfermidades crônicas em situações de incapacidade e deficiência em busca de acesso a saúde, no universo da região central do Rio Grande do Sul, discuto a produção de biodesigualdades em um modelo farmacêutico e cada vez mais burocratizado de judicialização da saúde no Brasil.

2 Judicialização da saúde no Brasil em quatro momentos

Em que pesem os adventos da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde – Leis 8.080/90 e 8.142/90, até meados da década de 1990, os pedidos judiciais em relação a demandas de saúde eram amplamente rejeitados pelos tribunais, com base na interpretação de que o dispositivo constitucional segundo o qual “saúde é direito de todos e dever do Estado” era norma meramente programática. Por volta dos anos 2000, notadamente a partir de reivindicações de movimentos sociais de pessoas com HIV/Aids e doenças raras, os tribunais superiores passam a proferir decisões concedendo plenamente pedidos de medicamentos (Gouvêa 2003, 7), em um segundo modelo da judicialização da Saúde no Brasil reconhecido por profissionais jurídicos como “tudo para todos”².

Com o conseqüente crescimento exponencial das ações judiciais pedindo serviços de saúde, em um ambiente jurídico-político no qual análises econômicas do direito ganham especial relevância na reinterpretção do direito à saúde, o Supremo Tribunal Federal (STF) passa, em um terceiro momento materializado em uma audiência pública realizada em 2009, a eleger três focos claros no então panorama da judicialização da saúde: a dispensação de medicamentos, a alocação de recursos e as relações entre os três Poderes (Machado 2014).

No entanto, nota-se a emergência de um quarto momento da judicialização

1 Para um aprofundamento do argumento e da discussão conceitual, ver Pedrete, 2019.

2 Conforme entendimento do Ministro Luís Roberto Barroso, do Supremo Tribunal Federal (STF), “(...) é preciso desjudicializar o debate sobre saúde no Brasil”; e verifica-se “o esgotamento do modelo tudo para todos” (STF, Recurso Extraordinário 566.471 Rio Grande do Norte, Ministro Luís Roberto Barroso. 2016).

Leonardo do Amaral Pedrete

da saúde no Brasil, marcado não apenas pela progressiva construção de critérios e parâmetros de decisão que pretendem conferir racionalidade e consistência às decisões em matéria de judicialização da saúde. Mas, sobretudo, pela proliferação de estruturas burocráticas de articulação do sistema de justiça, com o claro objetivo de "evitar a judicialização da saúde" (CNJ 2012). Essa recente tendência burocratizante se apoia em entendimentos do STF, sobretudo a partir de demandas de medicamentos, nas quais o tribunal sustenta que o Sistema Único de Saúde (SUS) "filhou-se à corrente da Medicina com base em evidências" e preconiza a formulação de critérios para a "análise detida e a consideração aprofundada das especificidades do caso concreto", sob risco de "grave lesão à ordem e à economia públicas" (Mendes 2010b, doc. elet.).

Nesse processo de burocratização, porém, algumas iniciativas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) merecem destaque. Dentre elas: a criação dos Comitês Estaduais da Saúde e de varas especializadas em saúde (CNJ 2016); fomento à atuação dos comitês de saúde dos estados e do Distrito Federal; criação do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (Cejuscon); fomento à criação e adoção dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus); criação da plataforma e-NatJus e a realização frequente de eventos sobre o tema (Lima Jr. e Schulze 2018).

A expansão da assistência farmacêutica por via judicial se consolidou, assim, há décadas, como um modelo para toda a judicialização da saúde no Brasil. Embora os problemas centrais do SUS não sejam tidos como redutíveis aos temas da assistência farmacêutica e da alta complexidade, as discussões e jurisprudências em torno da judicialização da saúde no Brasil relegaram a um segundo plano estratégias coletivas de prevenção e redução de risco de doenças (Bisol 2009). Em outras palavras, não houve centralidade de enfoque no SUS (Bandarra 2009), mas em um modelo farmacêutico e individualista da judicialização da saúde no Brasil.

Em que pese o fato de 69% dos mais de quarenta mil processos que chegam à segunda instância da justiça brasileira em matéria de saúde incluírem pedidos de medicamentos, outras demandas atingem patamares próximos ou bastante elevados – órteses e prótese, 63%; exames, 56%; procedimento, 47%; leitos, 47%; insumos ou materiais, 33%; internação, 20% (Insper 2019). A questão que se impõe é: quais os efeitos desse modelo farmacêutico sobre pessoas cujas enfermidades não são apreensíveis por uma "lógica da bala mágica"³ (Biehl 2011) e que apresentem outras demandas em saúde, especialmente aquelas que demandam cuidados multiprofissionais a longo prazo?

3 Muito além das decisões judiciais

Entre abril de 2018 e agosto de 2019, tive a oportunidade de desenvolver pesquisa etnográfica no sentido de acompanhar e analisar experiências e práticas de mobilização de justiça por parte de pessoas que sofrem de enfermidades crônicas incapacitantes. A pesquisa indagou como essas pessoas experimentam a luta por direitos nos órgãos burocrático-estatais – no universo do interior do sul do Brasil, na região de Santa Maria-RS, cidade tida como a capital brasileira da judicialização da saúde (Pozzobon 2019). Em se tratando de demandas que correm na justiça

3 Por bala mágica, Biehl entende "a entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores sociais, políticos e econômicos que influenciam a saúde" (Biehl 2011, 267-8).

Leonardo do Amaral Pedrete

federal, Santa Maria é a maior cidade de um conjunto de 23 municípios da região central do Rio Grande do Sul, formando a subseção judiciária de Santa Maria na justiça federal. A partir de dados agregados, pode-se dizer que a população total desse conjunto é de cerca de 420 mil pessoas. Cabe assinalar que: o Brasil reconhecido mundialmente como um expoente da judicialização da saúde (Biehl e Petryna 2016); o Rio Grande do Sul é um dos estados que lideram o ranking de processos de pedidos de medicamentos no país (CNM 2013, CNJ 2017); Santa Maria registraria os maiores índices de judicialização do estado (Vasconcelos 2018 *apud* CNJ 2019).

Combinando as técnicas de observação, entrevistas em profundidade e análise de documentos médicos e jurídicos⁴, a pesquisa abordou itinerâncias (Bonet 2014)⁵ em busca de cirurgias, consultas, internações e *home care* (assistência domiciliar em saúde) por parte de pessoas que acessaram o atendimento da Defensoria Pública da União em Santa Maria-RS (DPU-SM). Isto é, pessoas que obtiveram assistência jurídica gratuita em uma instituição externa ao Poder Judiciário e que possui atuação consultiva, extrajudicial e judicial.

A partir de abril de 2018, passei a acompanhar presencialmente o atendimento inicial do núcleo da DPU-SM, de maneira a tentar captar histórias desde os primeiros atendimentos nessa instituição. Além disso, realizei observação como ouvinte no Seminário Internações e *Home Care*, promovido pelo Centro de Formação do Judiciário do RS (CJUD), em Porto Alegre, em 2018. Realizei entrevistas em profundidade mediante visita domiciliar nos municípios de Santa Maria, São Pedro do Sul e Dilermando de Aguiar, bem como contatos telefônicos e por *WhatsApp*, de maneira a complementar tais entrevistas. Dentre os documentos analisados, destaco laudos médicos, ofícios, inquérito civil público, decisões judiciais e notícias locais sobre a judicialização da saúde. Embora inicialmente demandas de outras áreas da seguridade social e mesmo outras demandas de saúde (como as de medicamentos) tenham sido abarcadas, aprofundei-me em demandas de cirurgias, internação e *home care*.

Se, por um lado, a judicialização pode aparecer apenas como a ponta do iceberg da tentativa de resolução de problemas e demandas; por outro, as decisões judiciais não devem ser vistas como ponto final dos conflitos jurídicos, como evidenciado na história de Heleno e Selena. Com 20 anos, 1 m de altura e pesando em torno de 25 kg, Heleno possui microcefalia e autismo, bem como diagnósticos de epilepsia, retardo de desenvolvimento fisiológico normal e paralisia cerebral. Em tutela antecipada, foi concedido o pedido de fisioterapia domiciliar três vezes na semana, enquanto comprovada a necessidade. Em setembro de 2018, o juízo intimou a autora, para que, com urgência, trouxesse três novos orçamentos para prestação do serviço de fisioterapia domiciliar, bem como atestado médico indicando a necessidade da continuidade do tratamento e o número de sessões semanais.

É necessário observar que as prestações de contas e a renovação de orçamentos e laudos médicos são alguns dos principais mecanismos pelos quais a efetivação dos pedidos em matéria de saúde tem se tornado mais burocratizada, sobretudo em prevenção a fraudes, como as apontadas na Operação Medico⁶. Em processos como o enfrentado por Selena, tais documentos e comprovações

4 Para fins de anonimato, todos os nomes próprios de demandantes e de instituições privadas foram alterados. Também foram omitidos os dados das referências bibliográficas referentes às decisões relativas aos demandantes que acompanhei. Embora as decisões sejam públicas e as demandas aqui tratadas não corram em segredo de justiça, não faria sentido alterar os nomes dos interlocutores de pesquisa para fins de preservação das identidades e disponibilizar links que possibilitariam a rápida obtenção dos nomes.

5 Ao propor o conceito de *itinerância*, em vez do termo *itinerário*, Bonet (2014) sugere que as histórias dos habitantes do sistema de saúde unem os caminhos buscados e lugares da rede, chamando a atenção para o caráter criativo e improvisado da busca por cuidado. Assim como no sistema de saúde, penso que a busca por direitos (em se tratando de casos de saúde) comporta caminhos que constantemente são extravasados ou recriados a partir de decisões administrativas e judiciais, ou mesmo contingências pessoais e familiares.

6 A ser tratada com mais detalhes na seção seguinte.

Leonardo do Amaral Pedrete

foram exigidos por juízes e desembargadores como “contracautelas” fundamentadas em jurisprudência gerada a partir de demandas de medicamentos e calcada na “reserva do possível”, “com a finalidade de assegurar o juízo”. Com efeito, não raro a justiça federal tem determinado que o gestor estadual da saúde pessoalmente cumpra uma série de providências quanto a comprovações de gastos, à prestação de serviços e à devolução de eventuais diferenças de valores, “tendo em vista investigação criminal já noticiada na imprensa sob a denominação Operação Mediaro, envolvendo esquema de fraude na compra de medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS)” (juiz, cf. Pedrete 2019, 127).

No referido Seminário Internações e *Home Care*, a procuradora estadual lembrou que a responsabilização do Estado e as prestações de contas nos casos de *home care* são tarefas ainda mais complexas e demoradas do que o habitual em demandas de saúde: “são prestações de contas difíceis, um calhamaço de contas. Você não tem conhecimento técnico. (...) Se o paciente vive 15 anos, são 15 anos de prestação de contas (...) Aí pede orçamento. Ninguém dá orçamento”. O desembargador mediador do evento salientou a investigação de máfias que obtêm vantagens a partir do recurso ao judiciário: “a judicialização da saúde [pode] servir como uma ponte para pessoas mal-intencionadas obterem vantagens indevidas. (...). *Home care* é um sinal: por que uma pessoa precisa de um tratamento de 50 mil, se no Hospital custa 20 mil?”.

Retornemos à história de Selena. Ela havia pensado em desistir da continuidade do processo, reclamando de um quadro de depressão e da dificuldade em conciliar os cuidados com o filho, o deslocamento em relação a consultas médicas e a obtenção de documentos. Ao me receber na sala de sua casa, Selena mostrou-me o filho, Heleno, deitado no sofá. Durante a visita, ele frequentemente resmungava, gritava e fazia movimentos repetitivos. Heleno não fala nem caminha. Selena me contou que se separou, em 2007, de Milton, pai de Heleno, dependente de álcool, e que não lhe presta qualquer apoio. A única fonte de renda familiar que declara se refere ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) auferido pelo filho com deficiência, no valor de um salário-mínimo. Também afirma que as outras duas irmãs “trabalham e têm a própria vida” e não oferecem qualquer auxílio. Selena desenvolveu depressão desde 2010, a que atribui a problemas relacionados à dependência química de outro filho, falecido três meses antes da entrevista.

Questionada sobre as dificuldades envolvidas nas tarefas de cuidar, Selena destacou a dificuldade de locomoção e se sentir sozinha “na missão que Deus deu”: cuidar do filho. Disse que, em razão do peso de Heleno, é impossível carregá-lo no colo pelas ruas. Fez questão de me mostrar os mãos e pés atrofiados de Heleno. Enfatizou que o quadro de saúde dele é “muito mais grave, não é só a microcefalia”, chamando atenção para o autismo e os problemas renais. Selena mostrou-se emocionalmente desgastada diante de todas as circunstâncias familiares: “é muito cansativo”, revelou. O desgaste de Selena não se revela apenas em relação aos cuidados, mas em relação às tentativas de obtenção de orçamentos de outros documentos necessários à luta pelo direito ao tratamento. Mesmo após a decisão judicial favorável ao tratamento – que pode parecer, à primeira vista, a parte mais

Leonardo do Amaral Pedrete

difícil na luta pela garantia dos direitos –, Selena havia pensado em desistir do pedido judicial de garantia das três sessões semanais necessárias de fisioterapia.

Desde os primeiros encontros com as interlocutoras de pesquisa, passei a me dar conta de que o trabalho poderia ajudar a lançar luz sobre dilemas da judicialização que escapam e vão além de três características dominantes das grandes narrativas nos debates públicos sobre acesso à saúde por meio do sistema de justiça: o foco no Judiciário; o foco nos profissionais jurídicos; e o foco no acesso a medicamentos. Ou seja, minha pesquisa passou menos pelas “decisões solitárias” dos juízes e suas “escolhas trágicas” entre conceder medicamentos (por vezes, caríssimos) a pessoas em risco de morte ou privilegiar análises sistêmicas e econômicas do direito que alegam a “reserva do possível” em um contexto de escassez de recursos. E mais, pelos dilemas e dificuldades das próprias pessoas demandantes, que muitas vezes sofrem de enfermidades crônicas incapacitantes com sintomas pouco visíveis e precisam percorrer diversos serviços de saúde e justiça antes e depois das decisões judiciais para efetivarem o direito à saúde que buscam. Não raro, não está em jogo a expectativa de uma “bala mágica”, na forma da cura pela entrega de um medicamento ou outra tecnologia, mas cuidados multiprofissionais de longo prazo e de diferentes níveis de complexidade, como em casos de pedidos de cirurgias, *home care* e internação especializada.

Tanto quanto a trajetória de Fernanda, a história de Selena chama atenção para o fato de que “a vulnerabilidade não é somente uma questão de subjetividade, ela traduz também uma realidade objetiva que é por sua vez material, jurídica e social” (Fassin 2018, 54, tradução minha). Ao invés de um aspecto universal e inevitável da condição humana a partir de uma visão ontológica, a vulnerabilidade pode ser vista criticamente como uma categoria política relacionada a formas de poder e reconhecimento na esfera pública, à medida que é uma condição não apenas limitante, mas criadora de possibilidades (Petherbridge 2017). Desde a obtenção do diagnóstico de familiares enfermos até a viabilização do cumprimento de decisões judiciais, o reconhecimento público da vulnerabilidade está no cerne das trajetórias de pessoas como Fernanda e Selena.

Ao contrário de uma condição de precariedade (erradicável e ligada estritamente a carências, fraquezas ou exposição a danos), a experiência da vulnerabilidade implica “formas de relacionalidade, práticas ou instituições sociais nas quais ela não está em condições de evitar abusos de vulnerabilidade ou que minam o que ela considera ser importante para o seu bem-estar” (*ibid.*, 166-7). Sugiro aqui que as duas histórias evocam condições de excepcional vulnerabilidade e (inter) dependência: com efeito, pessoas que demandam direitos ligados à saúde, como atenção domiciliar ou internações especializadas, muitas vezes o fazem com base na reivindicação, pela via do sistema de justiça, do reconhecimento de uma condição de peculiar dependência de cuidados profissionais em saúde.

4 “Evitar a judicialização” entre crises e suspeições

Especialmente em contextos como o do surto de Zika (Diniz 2016) ou a pandemia de Covid-19 (Biehl 2021), as conexões entre vulnerabilidades estruturais

Leonardo do Amaral Pedrete

e a produção de desigualdades tornam-se especialmente evidentes. No entanto, cabe destacar, no Brasil contemporâneo, um contexto político mais amplo no qual narrativas de crise do SUS são dominantes e propulsoras de modos de governo (Freire 2019), e no qual se observa uma suspeição generalizada em relação a corpos e documentos de demandantes de direitos sociais em face da previdência e da assistência social (Matos 2018), mas também em relação ao terceiro pilar da seguridade social: o sistema de saúde. Faz-se necessário perceber, assim, as maneiras pelas quais a chamada “judicialização da saúde” é condicionada por um cenário de suspeitas, fraudes e desconfianças mútuas – um “ethos de suspeição”, para usar a expressão de Fassin e D’Halluin (2005), bem como os efeitos dessa articulação.

No universo da pesquisa aqui enfocada, as discussões em torno da capacidade ou incapacidade de o Estado prover a atenção à saúde num contexto referido como de “crise da saúde pública” (Antonello e Fontana 2015) se entrelaçam a controvérsias e conflitos em torno da justiça e da saúde que envolvem outras instituições além do Poder Judiciário. Evidências locais disso são a chamada Operação Medico – suscitada por denúncia da Procuradoria Geral do Estado (PGE) e alvo de investigações do Ministério Público Federal (MPF) e da Polícia Federal (PF), e o Inquérito Civil Público destinado à “verificação e acompanhamento sobre a longa espera na fila para a realização de cirurgias eletivas na especialidade de traumatologia/ortopedia no HUSM [Hospital Universitário de Santa Maria]” (MPF 2013) instaurado pela Procuradoria da República, que integra o MPF.

A Operação Medico foi instaurada por denúncia da Procuradoria Geral do Estado (PGE) e reuniu investigações do Ministério Público Federal (MPF) e da Polícia Federal (PF) sobre um esquema de superfaturamento da compra de medicamentos envolvendo servidores da Quarta Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS), farmácias e advogados particulares. Afora o processo criminal em si, foram muitos os impactos da operação: novos inventários de medicamentos, processos e documentos foram realizados; processo administrativo disciplinar foi iniciado; diretrizes de segurança e controle foram reformuladas; e foi extinto o setor de atenção a processos judiciais da 4ªCRS. “A intenção é quebrar a cultura da judicialização” explicou o secretário da instituição (Zero Hora 2015).

Em síntese, os procedimentos se tornaram mais rigorosos (e demorados) por parte do Estado, tanto na esfera administrativa quanto na judicial (Antonello 2015, doc. elet.), seja para dispensação de medicamentos ou realização de qualquer serviço de saúde, como consultas e cirurgias. Pedidos de perícias judiciais, de atualizações de orçamentos (como na história de Selena) e de informações dos serviços de saúde – para que, em se tratando de cirurgia a ser financiada com recursos públicos, esgotar qualquer possibilidade de que o procedimento seja feito pelo SUS – passaram a ser frequentemente utilizadas em despachos e decisões judiciais da Justiça Federal em Santa Maria.

Em minha tese (Pedrete 2019), pude acompanhar algumas histórias de demandas de cirurgias, especialmente relacionadas à dificuldade em obtenção de consultas especializadas pré-operatórias, orçamentos e a falta de previsão de andamento nas filas de espera por cirurgias. Destaco muito brevemente duas: o montador e

Leonardo do Amaral Pedrete

soldador de 50 anos, Hubert, já aguardava há 4 anos pela realização de cirurgia de artrodese, após encaminhamento e algumas recusas de hospitais e médicos em fornecer orçamentos. “*Eu tô trabalhando à base de remédios*”, me contou ele, acrescentando que sente muita dor nos pés. Outra demandante, Aida – uma senhora aposentada, de 82 anos, portadora de gonartrose – necessitava de uma cirurgia de artroplastia total de joelho esquerdo. Ajuizada a ação pela DPU, a juíza federal do processo ordenou ao HUSM a coleta de dados estatísticos sobre a então situação de pacientes que aguardam por procedimento do Setor de Ortopedia e Traumatologia. Com base nas respostas do hospital, a juíza concluiu que a fila de espera não estava andando e aceitou o pedido.

Outro catalisador de documentos, histórias – dentre elas, a de Aida – e narrativas sobre a crise na saúde em Santa Maria-RS foi o Inquérito Civil Público destinado à verificação e acompanhamento sobre a longa espera na fila para realização de cirurgias eletivas na especialidade de traumatologia/ortopedia no HUSM (MPF 2013) instaurado pela Procuradoria da República, que integra o Ministério Público Federal (MPF). O inquérito foi criado após a Justiça Federal em Santa Maria expressar, em ofício, sua preocupação com a situação crítica da fila de espera por procedimentos cirúrgicos traumato-ortopédicos para pacientes do HUSM, cujo reflexo seria uma excessiva judicialização de demandas em busca de tais procedimentos.

O inquérito reúne uma série de ofícios e atas de reuniões realizadas entre agentes públicos e fornece diferentes visões, porém alguns dados parecem ali consensuais: a dificuldade na efetivação do cumprimento de decisões judiciais (por motivos tais como a pouca agilidade do Estado do RS e da União Federal em buscar alternativas para a realização das cirurgias) e a desorganização administrativa do órgão regulador (4^aCRS) frente ao aumento das demandas de saúde e às fraudes verificadas no âmbito da Operação Medicago. Por outro lado, o dissenso em torno da responsabilidade pela regulação das filas de espera por cirurgias eletivas – atribuída ora à 4^aCRS, ora ao HUSM – evidencia um jogo de delegação ou dispersão de responsabilidades (Hull 2012, Lowenkron e Ferreira 2014).

Vale dizer que as diversas operações investigativas conduzidas por instituições externas ao Poder Judiciário – com destaque para a chamada Operação Medicago – se articulam a um *ethos* de suspeição, que paira sobre a judicialização da saúde. Contudo, chamo atenção para o fato de que, ao lado das desconfianças mútuas entre as instituições – tal qual observado no referido inquérito – a suspeição tem como alvo não apenas os demandantes, seus corpos e suas experiências, mas a própria judicialização da saúde, que passa a ser vista mais e mais como um problema público e como uma prática a ser evitada.

Assim, a suspeição aparece como mais um elemento que impulsiona discursos, práticas, estruturas institucionais e técnicas voltadas à burocratização das vias judiciais e à desjudicialização das demandas. Dessa forma, a suspeição ajuda a constituir a judicialização da saúde como ponto nodal de uma economia moral em torno da questão social acerca de como, a quem e o que efetivamente garantir serviços e materiais em termos de direito à saúde. Em apropriação do

Leonardo do Amaral Pedrete

uso que Didier Fassin faz do conceito de economia moral – conjunto formado pela produção, circulação, apropriação e contestação de valores, afetos e regimes de verdade historicamente constituídos em torno de uma questão social e em relação a maneiras como a vida é considerada e tratada (Fassin 2018) –, creio ser possível afirmar que se verifica no Brasil a formação de uma economia moral da (des)judicialização da saúde que sistematicamente produz desigualdades. Mas que desigualdades são essas?

5 Múltiplas e desiguais judicializações da saúde

Quando sua mãe, Darlene, encaminhou o pedido de *home care* à DPU em Santa Maria, Laura, uma menina de apenas 10 meses estava em internação hospitalar para uso de ventilação mecânica e nutrição enteral percutânea. O laudo da médica assistente fez constar que a criança necessitava de *home care* com ventilador mecânico, cuidados de enfermagem e de fisioterapia diários. No entanto, por via de advogada particular, o pedido principal efetuado em nome da bebê, com diagnóstico de atrofia muscular espinhal tipo I, foi pelo fornecimento de seis ampolas do medicamento Spinraza. Embora tenha reconhecido que ainda não há evidência científica de benefício do tratamento para casos semelhantes em suas especificidades, a decisão liminar se apoiou na extrema urgência do caso e direitos fundamentais particularizados da criança para, 39 dias depois do ajuizamento, ordenar o depósito de R\$ 2.187.395,88 em conta destinada ao custeio de um ano de tratamento.

A concessão judicial de medicamentos de custo elevado (e de grandes margens de lucro para a indústria farmacêutica) traz à tona a discussão da relação entre judicialização e isonomia. A percepção de que a judicialização da saúde no Brasil reproduz a desigualdade social e desvirtua o princípio de equidade no SUS é partilhada na mídia, nos estudos em saúde pública, e nos tribunais. Mesmo em votos do STF, é comum encontrar a visão segundo a qual a transferência de recursos do SUS para o cumprimento de decisões judiciais “prejudica sobretudo os mais pobres, que constituem a clientela preferencial do sistema” (STF 2016). Nas palavras de um ex-ministro da saúde, “fazem tirar recursos da população mais pobre para beneficiar os que têm mais recursos” (Colucci 2014).

Formou-se na literatura sobre judicialização de saúde no Brasil um debate altamente polarizado sobre esse assunto (Garcia 2018). Uma série de autores (Silva e Terrazas 2011, Wang 2013, Ferraz 2009, Chieffi e Barata 2009, Vieira 2008) tende a corroborar o diagnóstico de que o Brasil vivencia uma explosão de litigância na qual os tribunais agravam as desigualdades no acesso à saúde. Nessa visão, o modelo brasileiro de judicialização da saúde tem sido caracterizado pela predominância de “pedidos individuais demandando tratamentos médicos curativos (mais frequentemente medicamentos) e por uma taxa de sucesso extremamente alta para o demandante”, atribuída a uma interpretação jurídica dominante de que o direito à saúde é um direito individual à satisfação das necessidades em saúde mediante os mais avançados tratamentos disponíveis, a despeito dos custos (Ferraz 2009).

Por outro lado, outros pesquisadores salientam as potencialidades do modelo brasileiro de judicialização da saúde na redução da desigualdade de acesso à saúde

Leonardo do Amaral Pedrete

de. Alguns autores afirmam que a judicialização promove a equidade em saúde ao corrigir omissões e falhas da política em saúde, como ao permitir que pessoas pobres e idosos obtenham tratamento diante das frequentes falhas no fornecimento de tratamentos previstos nas listas do SUS (Biehl *et al.* 2016). Outro argumento é o de que a criação de novas bases institucionais de incorporação de tecnologias em saúde (incluindo-se aí novos medicamentos ao SUS), de uso da expertise de profissionais de saúde e de colaboração entre instituições contribuem para um sistema de saúde mais eficiente e justo (Borges 2018). Autores sustentam que a judicialização é um fenômeno complexo e heterogêneo, que deve ser visto como parte integrante das democracias – afinal, “não há resposta simples para o que a judicialização é ou faz; e casos suportando ambas as visões podem ser encontrados” (Biehl *et al.* 2018, 3, tradução minha).

Além de peculiaridades das demandas de *home care* e internação, os dados levantados pela DPU em Santa Maria-RS demonstram importantes discrepâncias entre demandas de cirurgias e medicamentos, bem como algumas variações quanto às características dos demandantes (Koech *et al.* 2019, Pedrete 2019). Ainda que haja diferenças entre o perfil etário (com média de idade 10 anos superior, em se tratando de demandantes de cirurgias) e um perfil de renda mais empobrecido (81,7% dos demandantes de cirurgias possuíam renda familiar inferior a três salários-mínimos; contra 68,4%, em se tratando de medicamentos), as maiores discrepâncias na comparação entre as demandas de medicamentos e cirurgias referem-se ao próprio fluxo extrajudicial e judicial das demandas.

O tempo médio de entrega da documentação completa nas demandas de cirurgia foi cinco vezes maior do que nos atendimentos referentes a medicamentos. A distância temporal entre o atendimento inicial e o ajuizamento das ações de cirurgia foi cerca de três vezes maior do que o observado nas demandas de medicamentos. Na fase judicial, o descompasso segue proporção semelhante: os demandantes de cirurgia aguardam 135,1 dias, em média, até a primeira decisão (seja ela em antecipação de tutela ou sentença); contra 47 dias, em ações de medicamentos. Os dados também revelam uma chance de sucesso (total ou parcial) bastante inferior nas demandas de cirurgia (34,7%), do que naquelas de medicamentos (80,1%). Assim, além de heterogênea, múltipla e dinâmica, a judicialização da saúde é também desigual em seu fluxo e resultados, de acordo com as demandas apresentadas.

6 Considerações finais

Histórias como a de Fernanda, Selena, Aida, Hubert e Darlene evocam a reflexão sobre como o acesso à saúde é ou não viabilizado pelo Estado. Outras vezes “mais fácil”, cada vez mais frequentemente – a cada nova “contracautela” criada para “assegurar o Juízo”, por exemplo – observa-se um acesso experimentado como “muito cansativo” e “demorado”. Mais, evidenciam que as lutas jurídicas para efetivação de direitos relacionados à saúde não se iniciam e não se esgotam no Poder Judiciário, ainda que utilizando o sistema de justiça. E que as necessidades e demandas das pessoas com enfermidades crônicas frequentemente requerem acompanhamento (médico e jurídico, muitas vezes) de longo prazo e diferen-

Leonardo do Amaral Pedrete

tes níveis de complexidade na atenção à saúde. Como consequência, dificuldades e entraves significativos emergem em um contexto de judicialização da saúde no qual convivem, de um lado, a intensificação e diversificação da judicialização da saúde por parte dos cidadãos; e de outro, a burocratização e a desjudicialização da saúde, promovidas por práticas, dispositivos e instituições de governo orientadas por narrativas de crise e suspeição.

A seu modo, a presente pesquisa corrobora o entendimento de que que “se há um problema distributivo relevante no debate sobre judicialização, ele não parece estar na origem de classe dos usuários que recorrem ao Judiciário” (Medeiros *et al.* 2013, 1096). De fato, longe se significar um privilégio exclusivo a elites socioeconômicas, o sistema de justiça tem sido acessado por demandantes pobres, idosos, analfabetos, habitantes de municípios rurais do interior etc.; o que evidentemente não implica ignorar que também as camadas médias, a indústria farmacêutica e diversas associações e entes privados e públicos mobilizem ativamente a justiça brasileira para demandas de saúde.

Da mesma forma, reforça-se a afirmação de que “o que aparece superficialmente como vulnerabilidade individual e demanda por cuidado reflete uma condição coletiva” (Biehl *et al.* 2018, 4, tradução minha). Porém, mais do que apenas a precariedade estrutural do sistema de saúde, evidencia-se uma clara contenção no acesso a direitos da seguridade social por meio da crescente burocratização da judicialização experimentada nos últimos anos, na qual as narrativas de crise e suspeição aparecem como elementos fundamentais às práticas estatais. Desse modo, na última década, protocolos, formulários, comitês, núcleos e seminários especializados – dentre outros novos arranjos institucionais – parecem ter complexificado o quadro da judicialização da saúde no Brasil, antes caracterizado por negociações limitadas “caso a caso” e “de baixo para cima”, em uma política improvisada, fluida e assistemática (Biehl 2013), embora ainda relativamente aberto e indeterminado em seus resultados.

Por outro lado, a judicialização da saúde aparece atravessada pela produção de desigualdades que, ainda que afetem indireta e heterogeneamente determinados grupos sociais em razão de condições socioeconômicas, é diretamente condicionada pelo tipo de demandas que apresentam. Ao menos no âmbito das histórias a que pude acompanhar, que de maneira alguma esgotam e representam a totalidade de experiências possíveis dessa temática, não tenho elementos para afirmar que certos grupos sociais são diretamente discriminados, abandonados ou deixados à morte pelo Estado por via da judicialização da saúde, de maneira totalizante. Por um lado, mesmo idosos, pessoas com deficiência e/ou em condição de extrema pobreza a que pude acompanhar e analisar seus processos tiveram grandes chances de êxito nas demandas de medicamentos, enquanto não tiveram a mesma sorte em outros tipos de demandas de saúde. A diferença entre os índices de celeridade e sucesso na judicialização da saúde ganham vivacidade na fala de Fernanda, que afirma ter sido fácil conseguir a medicação para seu marido; e que a maior dificuldade era garantir a internação em instituição de longa permanência.

Ao mesmo tempo, especialmente em demandas de maior complexidade, de

Leonardo do Amaral Pedrete

longo prazo e de acompanhamento multiprofissional, afora os menores índices de pleno sucesso nos resultados das decisões judiciais (mesmo em se tratando de menores custos de tratamento), os obstáculos do cansaço, da sobrecarga, da demora e das dificuldades na obtenção de consultas, orçamentos e documentos em geral pesam significativamente nas trajetórias de tais pessoas. Ou seja, não importa apenas quem são os demandantes e o valor de suas demandas, mas o que eles demandam e como se dão as itinações em busca de saúde e justiça. No contexto contemporâneo da judicialização da saúde no Brasil, uma demanda por (ou passível de ser tratada com) uma “bala mágica” (Biehl 2011) parece valer mais. Enquanto isso, demandas de cuidados em saúde que envolvam diferentes níveis de atenção, recursos infraestruturais e que demandem acompanhamento multiprofissional a longo prazo – formas de assistência em saúde que escapem às lógicas do modelo farmacêutica – permanecem pouco visíveis e pouco ouvidas.

As desigualdades – ou biodesigualdades, para usar a expressão de Fassin (2018) – provocadas pela judicialização da saúde não parecem, portanto, incidir sobre a garantia da vida em si, nem mesmo apenas sobre as vidas de pessoas conforme seus estratos sociais, mas sobre uma hierarquia de tipos de demandas sobre a vida. De certa forma, pode-se dizer que a judicialização da saúde opera como uma política da vida (Fassin 2006) baseada na biolegitimidade das demandas de tecnologias e serviços de saúde em um contexto de substituição de direitos sociais e econômicos, pelo direito civil e político à vida (Fassin 2010). De fato, no presente “processo de transformação do direito à saúde em direito à vida” (Flores 2016, 205), mais do que o direito civil à vida, são os direitos sociais (como saúde, previdência e assistência social, além da própria assistência jurídica gratuita) que estão em risco na articulação entre crise, suspeição e judicialização.

A proliferação de regulações jurídico-normativas, de requisições de laudos periciais e, ainda, de estatísticas, cifras e recomendações de medicina baseada em evidências no âmbito da judicialização da saúde evocam a necessidade e a atualidade das reflexões sobre o poder sobre a vida, seja no sentido de captar as correlações biopolíticas entre “mecanismos jurídico-legais, mecanismos disciplinares, e mecanismos de segurança” (Foucault 2008, 8) ou os significados, afetos, valores e práticas das políticas da vida que decidem “que tipo de vida pode ou não pode ser vivida” (Fassin 2006, 46, tradução minha). Tendo em vista que, em larga medida, a judicialização da saúde no Brasil responde simultaneamente a demandas sociais, interesses de mercado e novos arranjos burocráticos, mais do que nunca, o que está em jogo para “o biopoder não é reprimir pessoas, mas tornar populações produtivas. A vida e os seres vivos estão no coração de lutas políticas e do desenvolvimento econômico”, como notou Yang (2018, 1, tradução minha).

Recebido em 15/10/2021

Aprovado para publicação em 10/05/2022 pela editora Kelly Silva

Leonardo do Amaral Pedrete

Referências

- Antonello, L. 2015. “Ficou mais difícil conseguir remédios por via judicial após a Operação Medicação”. *Diário de Santa Maria*. <https://diariosm.com.br/ficou-mais-dif%C3%ADcil-conseguir-rem%C3%A9dios-por-via-judicial-ap%C3%B3s-a-opera%C3%A7%C3%A3o-medica%C3%A7%C3%A3o-1.2022992>
- Antonello, L., Fontana, M. 2015. “Em série de reportagens, veja como está a situação da saúde pública em Santa Maria e na região”. *Diário de Santa Maria*. <https://diariosm.com.br/em-s%C3%A9rie-de-reportagens-veja-como-est%C3%A1-a-situa%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-em-santa-maria-e-na-regi%C3%A3o-1.2026119>
- Bandarra, L. A. 2009. “Notas Taquigráficas”. In *STF – Supremo Tribunal Federal. Notas taquigráficas*. <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Cronograma>
- Biehl, J. 2011. *Antropologia no campo da saúde global. Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre 17(35): 227-56.
- Biehl, J. 2013. “The judicialization of biopolitics: Claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts”. *American Ethnologist* 40(3): 419-36.
- Biehl, J. et al. 2016. “The Judicialization of Health and the quest for the State accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil”. *Health and Human Rights Journal* 18(1): 209-220. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070692/>
- Biehl, J. et al. 2018. “Judicialization 2.0: Understanding right-to-health litigation in the real time”. *Global Public Health* 14: 190-9. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1474483>
- Biehl, J. 2021. “Descolonizando a saúde planetária”. *Horizontes Antropológicos* 27(59): 337-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100017>
- Bonet, O. 2014. “Interações e malhas para pensar os itinerários de cuidado: a propósito de Tim Ingold”. *Sociologia e Antropologia* 4(2): 327-50.
- Borges, D. 2018. “Individual health care litigation in Brazil through a different lens: strengthening health technology assessment and new models of health care governance”. *Health and Human Rights Journal* 20(1): 147-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039743/pdf/hhr-20-147.pdf>
- Chieffi, A. L., Barata, R. B. 2009. “Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade”. *Cadernos de Saúde Pública* 25(8): 1839-49. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/20.pdf>
- CNJ – Conselho Nacional de Justiça. 2012. *Boas práticas para evitar a judicialização da saúde em debate no TRF4*. <https://www.cnj.jus.br/boas-praticas-para-evitar-a-judicializacao-da-saude-em-debate-no-trf4/>
- CNJ – Conselho Nacional de Justiça. 2016. *CNJ cobra do CFM mais compromisso para a redução da judicialização da saúde. Agência CNJ de Notícias*. <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/83619-cnj-cobra-do-cfm-mais-compromisso-para-a-reducao-da-judicializacao-da-saude>
- CNJ - Conselho Nacional de Justiça. 2019. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília: CNJ. <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>

Leonardo do Amaral Pedrete

- CNM – Confederação Nacional dos Municípios. 2013. “Com 74 mil processos, Rio Grande do Sul é líder em judicialização da saúde”. *Agência CNM*. 06 set 2013. <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/com-74-mil-processos-rio-grande-do-sul-%C3%A9-l%C3%Adler-em-judicializa%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%Bade>
- Diniz, D. 2016. *Zika: do sertão nordestino à ameaça global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Fassin, D. 2006. « La biopolitique n'est pas une politique de la vie ». *Sociologie et Sociétés* 38(2): 35-48.
- Fassin, D. 2010. “El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social”. *Revista de Antropología Social* 19: 191-204.
- Fassin, D. «La vie». 2018. *Mode d'emploi critique*. Paris: Éditions du Seuil.
- Fassin, D., D'Halluin, E. 2005. “The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers”. *American Anthropologist* 107(4): 597-608.
- Ferraz, O. 2009. “The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities?” *Health and Human Rights Journal* 11(34): 33-45.
- Foucault, M. 2008. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Traduzido por Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.
- Flores, L. V. 2013. “Na minha mão não morre”: uma etnografia das ações judiciais de medicamentos. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Freire, L. 2019. *A gestão da escassez: Uma etnografia da administração de litígios de saúde em tempos de “crise”*. Tese de doutorado, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Garcia, R. 2018. “Expanding the debate: citizen participation for the implementation of the right to health in Brazil”. *Health and Human Rights* 20(1): 163-72.
- Gouvêa, M. M. 2003. “O direito ao fornecimento estatal de medicamentos”. *Revista Forense* 370: 103-34.
- Hull, M. 2012. “Documents and bureaucracy”. *Annual Review of Anthropology* 41: 251-67.
- INSPER. 2019. “Judicialização da saúde dispara e já custa R\$ 1,3 bi à União”. 25 mai 2019. <https://www.insper.edu.br/conhecimento/direito/judicializacao-da-saude-dispara-e-ja-custa-r-13-bi-a-uniao/>
- Koech, A. L. L. et al. 2019. «Defensoria Pública da União em Dados: um balanço de uma pesquisa institucional (2010-2016)». *Revista da Defensoria Pública da União* 12: 427-44.
- Lima Jr., A. H. S., Schulze, C. J. 2018. “Os números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018”. *Consultor Jurídico*. <https://www.conjur.com.br/2018-nov-10/opinio-numeros-judicializacao-saude-2018>
- Lowenkron, I., Ferreira, L. 2014. “Anthropological perspectives on documents Ethnographic dialogues on the trail of police papers”. *Vibrant* 11(2): 75-111.
- Machado, T. R. C. 2014. “Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal”. *Revista Bioética* 22(3): 561-8.
- Matos, L. G. 2016. *Como se decide a (in)capacidade e a deficiência? Uma etnografia sobre moralidades e conflitos em torno da perícia médica previdenciária*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Medeiros, M., Diniz, D., Schwartz, I. V. D. 2013. “A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose”. *Ciência & Saúde Coletiva* 18(4):

Leonardo do Amaral Pedrete

1079-1088.

Mendes, G. 2010a. *Supremo Tribunal Federal STA 175, Voto Ministro Gilmar Mendes.*

<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>

Mendes, G. 2010b. *Supremo Tribunal Federal, STA 174, Voto Ministro Gilmar Mendes.*

<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoTexto.asp?id=2767954&tipoApp=RTF>

Ministério Público Federal. 2013. Procuradoria da República no Município de Santa Maria. *Inquérito Civil Público nº 1.29.008.000285/2013-68.* Originador: MPF – Portaria ICP 87/2013. Interessado: HUSM.

Pedrete, L. A. 2019. “Crônicas invisíveis na ‘capital brasileira da judicialização da saúde’”. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Petherbridge, D. 2017. “O que há de crítico na vulnerabilidade? Repensando interdependência, reconhecimento e poder”. *Dissonância – Revista de Teoria Crítica* 1(2): 145-76.

Pozzobon, J. 2019. “Santa Maria era conhecida como a capital brasileira da judicialização da saúde”. <https://www.facebook.com/jorgepozzobom/videos/684418035346484/>

Silva, V. A., Terrazas, F. V. “Claiming the right to health in Brazilian courts: the exclusion of the already excluded?” *Law & Social Inquiry* 36(4): 825-53.

Vieira, F. S. 2008. “Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS”. *Revista de Saúde Pública* 42(2): 365-9.

Wang, D. 2013. “Courts as healthcare policy-makers: the problem, the responses to the problem and problem in the responses”. *Direito GV – Research Paper Series Legal Studies* 75: 1-60. <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11198>

Yang, J. 2018. “Biopower”. In *The International Encyclopedia of Anthropology*, org. H. Callan, 1–9. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Zero Hora. 2015. “Farmácia pública faz inventário de remédios só servidor ser indiciado por fraude”. *Zero Hora*. <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2015/03/farmacia-publica-faz-inventario-de-remedios-apos-servidor-ser-indiciado-por-fraude-4730139.html>

Contraceção reversível de longa duração para mulheres em situação de vulnerabilidade”: racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS)

Long-acting reversible contraception for women “in a vulnerable situation”: institutional racism in the Brazilian Unified Health System (SUS)

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9719>

Elaine Reis Brandão

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil

Professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Apoio: CNPq/PQ (312316/2019-4).

ORCID: 0000-0002-3682-6985

brandao@iesc.ufrj.br

O artigo debruça-se sobre um fato empírico recente, a consulta pública e posterior aprovação em abril de 2021 pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), vinculada ao Ministério da Saúde, da inclusão do implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, paradoxalmente, tal inclusão não se deu de modo universal, a todas as usuárias do planejamento reprodutivo do SUS que assim o desejarem, respeitando-se uma premissa cara ao nosso sistema público de saúde. Ela foi implementada condicionando-se tal oferta a programas específicos voltados a mulheres “em situação de vulnerabilidade”, ou seja, em situação de rua, com HIV/AIDS, privadas de liberdade, trabalhadoras do sexo, em tratamento de tuberculose, enfim, a mulheres reconhecidamente pobres, negras, socialmente privadas do acesso regular às políticas públicas de saúde, de educação, de desenvolvimento social. Argumenta-se que os efeitos sociais decorrentes da incorporação destas tecnologias contraceptivas reversíveis de longa duração de modo seletivo pode acirrar o racismo institucional implícito em tais práticas de saúde. A supressão temporária da capacidade reprodutiva de mulheres “indesejáveis” viola princípios de cidadania e infringe prerrogativa constitucional.

The article focuses on a recent empirical fact, the public consultation and subsequent approval of the etonogestrel subdermal implant inclusion in the prevention of unintended pregnancy for women in childbearing age in the scope of Brazilian Unified Health System (SUS), in April 2021 by the National Commission for the Incorporation of Technologies in the SUS (CONITEC), linked to the Ministry of Health. However, paradoxically, such inclusion did not happen universally, to all SUS family planning users who so wished, respecting a premise dear to our public health system. It was implemented by conditioning this offer to specific programs aimed at women “in a vulnerable situation”, that is, people homeless, with HIV/AIDS, deprived of liberty, sex workers, undergoing treatment for tuberculosis, in short, the admittedly poor, black women, socially deprived of regular access to public health, education and social development policies. It is argued that the social effects resulting from the selective incorporation of these long-acting reversible contraceptive technologies can intensify the institutional racism implicit in such health practices. The temporary suppression of the reproductive capacity of “undesirable” women violates principles of citizenship and violates constitutional prerogatives.

Contraceção Reversível de Longo Prazo; Biotecnologias; Racismo; Reprodução; Sistema Único de Saúde.

Long-Acting Reversible Contraception; Biotechnologies; Racism; Reproduction; Brazilian Unified Health System.

Elaine Reis Brandão

Antecedentes da consulta pública

O artigo se deterá no exame minucioso da consulta pública nº 01/2021 feita à sociedade brasileira pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – SUS (CONITEC), em janeiro e fevereiro de 2021. Essa iniciativa subsidiou a decisão recente da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), favorável à incorporação do implante hormonal subdérmico no SUS a mulheres adultas entre 18 e 49 anos, sob dadas condições. Assim, foi publicada a Portaria SCTIE/MS nº 13, de 19 de abril de 2021 (Brasil 2021a), a qual

torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Aborda-se a inclusão de um determinado tipo de método contraceptivo de longa duração (*Long-acting Reversible Contraception*) no SUS, o implante subdérmico hormonal, um pequeno bastonete plástico flexível (4 cm), contendo 68 mg de etonogestrel, cuja ação contraceptiva dura até três anos, devendo ser implantado por profissional de saúde treinado no braço da usuária, sob a pele. Ao findar seus efeitos contraceptivos, o dispositivo deve ser retirado e, eventualmente, substituído, também por profissional de saúde, caso a mulher deseje continuar sua utilização.

Compreender os interstícios que subjazem a tal decisão política, aparentemente apoiada em critérios clínicos neutros e cientificamente embasados, nos faz retroceder a algumas iniciativas no âmbito do governo federal, em articulação com o Ministério da Saúde, que pautam as ações públicas no tocante ao planejamento reprodutivo no Brasil. Sem dúvida, essa não é uma intervenção social isolada, mas muito bem articulada no contexto de retrocessos políticos que vimos assistindo nos últimos anos. Recorrentemente, quando se mencionam no debate público as gravidezes “não planejadas”, “indesejadas”, “precoces”, as alternativas cogitadas têm gravitado em torno da proposta de abstinência sexual pelos adolescentes e jovens como modo de enfrentamento do problema (Cabral e Brandão 2020). A campanha do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), deflagrada em 2020, cujo slogan era “Adolescência primeiro, gravidez depois”, e a recente discussão em torno do Projeto de Lei nº 813/2019 (São Paulo 2019), conhecido como “Escolhi esperar”, apresentado à Câmara de Vereadores do município de São Paulo, para criação de um programa de “prevenção e conscientização sobre gravidez precoce”, com a realização de palestras, exposições e outras atividades para “disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas” acerca do assunto, cuja votação estava prevista para o mês de junho de 2021, atestam a força da penetração de um

Elaine Reis Brandão

ideário religioso, oriundo de uma aliança estratégica entre católicos e evangélicos, na formulação de políticas públicas. A estratégia política do MMFDH de apoiar a constituição de políticas públicas de cunho familista no país (Miotto *et al.* 2015, Moraes *et al.* 2020), por meio de editais e recursos públicos, eximindo-se de discutir as desigualdades de gênero, raciais, étnicas ou de classe social que se interpõem nas trajetórias de vidas das mulheres pode ser outro exemplo claro do cariz religioso e conservador das intervenções públicas no campo do desenvolvimento social¹. Em seu trabalho etnográfico sobre o movimento “Eu escolhi esperar”, Terrasi Hortelan (2018) nos apresenta como a aspiração da felicidade no casamento está entrelaçada ao ideário do amor romântico e de uma gramática de gênero que reifica os papéis tradicionais da mulher na família, suprimindo o sexo antes do casamento como solução para alcançar uma relação heterossexual saudável. Como a autora expressa: “por meio de tecnologias de si, as quais visam o autogoverno ‘da carne’: príncipe e princesa são, dessa forma, indivíduos aptos a se autogovernarem em prol de seus projetos de realização amorosa” (Hortelan 2018, 273).

Não é casual que o Brasil esteja fortemente comprometido como nação na defesa da retórica antigênero, com foco nas campanhas para proibição do debate sobre sexualidade e gênero nas escolas públicas, bem como nas campanhas anti-aborto, que se alimentam de uma restauração do lugar tradicional e subordinado da mulher na hierarquia social, restrita ao casamento, à família e à maternidade. A assinatura da Declaração do Consenso de Genebra², celebrada em outubro passado, reitera as relações diplomáticas entre países que pressupõem o direito à vida e a unidade familiar conjugal heterossexual como pilares da sociedade, restringindo assim as escolhas sexuais e reprodutivas das mulheres e subordinando-as à sociedade conjugal (Brasil 2020e). As recentes dificuldades interpostas pelo Ministério da Saúde ao atendimento do aborto legal previsto em lei e o debate contrário à salutar iniciativa de teleatendimento em saúde para orientação dos procedimentos para o aborto legal em domicílio, durante a pandemia de covid-19 no Brasil, somente reiteram as disparidades sociais que provocam sofrimento e mortes às mulheres usuárias do SUS.

Como veremos adiante, desta vez a aprovação da oferta de método contraceptivo reversível de longa duração (LARC) no SUS vem envolta em narrativas técnicas de gestores públicos e de profissionais de saúde do MS que abraçam a defesa dos direitos reprodutivos e da premissa do empoderamento feminino como justificativas para tal incorporação. Se assim fosse, não seríamos o país no topo do ranking de mortes maternas associadas à pandemia de covid-19 (Santos *et al.* 2021), o que atesta a cabal desassistência em saúde sexual e reprodutiva, o abandono das ações de pré-natal, parto e pós-parto que ceifaram vidas jovens, de modo absolutamente desnecessário. Como acreditar na mobilização circunstancial e oportunista de um discurso favorável aos direitos das mulheres, se não temos direito a debater questões relativas ao gênero e à sexualidade nas escolas? Se não tomamos a violência sexual como uma questão prioritária de governo? Se dificultamos as práticas de saúde que visam apoiar e promover o aborto previsto em lei?

Se tomamos o discurso familista, a restauração do ideal do amor romântico-

1 O/a leitor/a poderá confrontar alguns documentos que comprovam essa tendência familista como traço peculiar às políticas públicas fomentadas pelo MMFDH no Brasil (Brasil 2020a, 2021h, 2021i).

2 Uma breve síntese desta Declaração pode ser conhecida em <https://www.eventbrite.com/e/geneva-consensus-declaration-virtual-signing-ceremony-tickets-115744144853>

Elaine Reis Brandão

co (via abstinência sexual feminina), o desprezo ou ódio de classe e raça/etnia, herança colonial, a supressão da capacidade reprodutiva de mulheres cuja sexualidade tem sido considerada errática, desviante, destoante desta ética moral familista, faz todo sentido a aprovação desta portaria. Distinguir quais grupos de mulheres merecem ter direitos (consequentemente, filhos) e quais são os grupos descartáveis ou desprezíveis (desaconselhados de reproduzir), integra o ideário da família conjugal nuclear moderna, branca, heterossexual, considerada a base da sociedade por esta retórica bíblica.

Desvendar esse jogo de palavras entre precariedades e vulnerabilidades, presentes no imaginário social contemporâneo que alimenta tais proposições políticas, nos ajudará a ter mais clareza de como essas categorias são mobilizadas para retroceder direitos, em consonância com o desmonte mais amplo do SUS.

Procedimentos metodológicos

O trabalho apoia-se em pesquisa etnográfica sobre a circulação social de dispositivos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) no Brasil, em especial, os implantes subdérmicos hormonais (etonogestrel), com ação contraceptiva de três anos, comercializado no país como Implanon NXT[®], e os sistemas intrauterinos hormonais (levonorgestrel), cuja ação contraceptiva alcança cinco anos, popularmente conhecido como DIU hormonal ou DIU Mirena[®], seu nome comercial. Percorrendo a entrada e os deslocamentos destes artefatos sociotécnicos na rede pública de serviços de saúde, enredados em redes de atores e instâncias institucionais que reúnem corporações médicas, empresas farmacêuticas, gestores públicos, profissionais de saúde e de assistência social, autoridades jurídicas, agências multilaterais, venho buscando compreender os sentidos que recebem e os usos sociais destes dispositivos LARC nas políticas públicas de saúde.

As fontes utilizadas reúnem um acervo documental que venho compilando por meio de notícias na mídia eletrônica; portarias, decretos, projetos de lei, protocolos de orientação aos profissionais de saúde, emanados dos poderes executivo, legislativo ou judiciário, material advindo de empresas farmacêuticas, para divulgação de tais produtos, *guidelines* internacionais produzidos pelas agências multilaterais como Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), associações científicas médicas nacionais e internacionais, organizações da sociedade civil organizada, agências regulatórias, entre outros. O conjunto do material empírico pode ser acessado pela internet, em fontes públicas de acesso aberto. Para este trabalho em especial, incluí também a audiência pública realizada na Câmara Federal pelas Comissões de Defesa dos Direitos da Mulher, de Legislação Participativa e de Seguridade Social e da Família, em 16 de julho de 2021 sobre “Debate sobre o implante subdérmico de etonogestrel para casos específicos, na prevenção de gravidez não planejada para mulheres em idade fértil,” disponibilizada no canal do *Youtube* da Câmara³.

No percurso da pesquisa, iniciado há alguns anos, tenho podido acompanhar

3 Disponível em: <https://youtu.be/UFsK3RrauAY>

Elaine Reis Brandão

alguns episódios que condensam, de modo extremamente exemplar, os muitos interesses sociopolíticos, financeiros, envolvidos nas propostas de inclusão de métodos LARC no SUS. Um traço em comum às diversas iniciativas repousa no fato de que tal debate ignora as instâncias deliberativas de participação social consagradas no SUS, a exemplo dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. As usuárias potencialmente interessadas também se encontram alijadas deste debate público, que em geral ocorre após decisão final do rito que se cumpre. Debrucei-me sobre alguns destes eventos em trabalhos anteriores, tais como as primeiras consultas públicas (n. 35 e 36) instauradas pela Conitec no ano de 2015 para oferta de dois dispositivos contraceptivos às mulheres entre 15 e 19 anos: o implante subdérmico liberador de etonogestrel, com duração de três anos, e o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, com duração de cinco anos, a pedido da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), com relatório final não recomendando tal incorporação (Brandão 2019); o acordo celebrado em 2018 entre Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, com o Município de Porto Alegre (Secretaria Municipal de Saúde) e dois hospitais públicos, um deles universitário, e a empresa farmacêutica Bayer para a inserção de 100 dispositivos intrauterinos (SIU-LNG), com ação anticoncepcional por cinco anos, nas adolescentes em situação de acolhimento institucional sob tutela do Estado, revogado algum tempo depois após repercussão pública negativa sobre tal “termo de cooperação” (Brandão e Cabral 2021a). Por fim, o caso paradigmático do município de São Paulo, o qual vem antecipando muitas das práticas de saúde agora institucionalizadas para todo o território nacional (Brandão e Cabral 2021b). Não será possível me deter neste momento nas mútuas implicações entre a pandemia de covid-19 e o fortalecimento das iniciativas pró-LARC no mundo e no Brasil (Brandão 2022), mas certamente elas coproduzem um ambiente institucional mais favorável à incorporação destas tecnologias neste momento político no qual o Brasil atravessa um governo que infringe regras internacionais de proteção à saúde, negando a validade do conhecimento científico e a gravidade desta crise sanitária, ao desprezar a vida de milhares de pessoas. São muitas e difusas as estratégias genocidas, de cunho racista, que estão em curso no país. Creio poder demonstrar como a aprovação recente pelo MS da inclusão do implante subdérmico hormonal a mulheres adultas, entre 18 e 49 anos, “em situação de vulnerabilidade” pode estar sendo uma delas.

Alguns trabalhos etnográficos inspiram a abordagem metodológica aqui adotada (Fonseca *et al.* 2016, Vianna 2014, Ferreira e Lowenkron 2020), na direção de se problematizarem os interstícios da máquina pública que se consubstanciam em normas, procedimentos, diretrizes de governo que incidem sobre práticas sociais e de saúde, entre elas as práticas sexuais e reprodutivas, regulando condutas e enquadrando/normatizando corpos que se distanciam do parâmetro biomédico considerado “normal”. Essa dupla incidência, pelo Estado, via poder médico, e pelo gênero, regulando corpos que insistem em reproduzir, tem sido explorada na vertente etnográfica também por Fernandes (2019a, 2019b), Faya-Robles (2015), Corrossacz (2009), entre outras que abordam o tema da reprodução entre classes

Elaine Reis Brandão

populares no país.

Pretendo abordar o evento da consulta pública sobre a incorporação do implante subdérmico hormonal a mulheres adultas de 18 a 49 anos no SUS, as nuances que a cercam, os mecanismos sociais que a engendram, para então compreender os efeitos sociais da decisão final do MS, ampliando para todo o território nacional práticas de saúde eticamente questionáveis, na medida em que alijam determinados corpos femininos materializando sua exclusão social.

A consulta pública e seus meandros institucionais

Espero ter deixado claro na introdução que essa segunda tentativa de incorporação de métodos LARC no SUS, desta vez, exitosa, não ocorre de modo isolada. Na primeira tentativa, em 2015, quando a Febrasgo solicita ao MS a incorporação de dois dispositivos anticonceptivos para adolescentes de 15 a 19 anos, negada naquela ocasião, algumas ideias centrais que hoje fundamentam e justificam a inclusão do implante subdérmico a mulheres “em situação de vulnerabilidade” no SUS já estavam delineadas. A irresponsabilidade ou negligência feminina, que falha em seguir a prescrição médica do anticoncepcional oral diariamente, ou do injetável mensal ou trimestral, descontinuando o uso do método e colocando-se em exposição à gravidez e às infecções sexualmente transmissíveis (IST). A transferência deste cuidado contraceptivo da mulher para o *staff* médico, desobrigando-se desta “preocupação”. A menção aos custos elevados que o sistema de saúde arca em razão de cuidados com procedimentos relativos à gravidez, parto, pós-parto, pós-abortamentos, e com os recém-nascidos, entre outros, sempre amparados nos índices de gravidez não planejada constatados pelas pesquisas no país (Theme-Filha *et al.* 2016).

Outro evento correlato foi a solicitação de inclusão do implante subdérmico hormonal com etonogestrel (Implanon NXT®) para mulheres de 18 a 49 anos na Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde cobertos pelas operadoras de planos de saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda./MSD. A consulta pública esteve aberta em 2020, embora a ANS não recomendasse tal inclusão. Em sua análise técnica, a agência destacou:

O Rol já contempla o DIU hormonal e não hormonal contemplando a necessidade de contracepção através de dispositivo. As evidências indicam que o implante de etonogestrol apresentou mais eventos adversos relacionados a sangramento em comparação ao DIU. Há dificuldades em estimar a população elegível para utilização do implante subdérmico pois não seria exatamente a mesma que optaria pelo DIU, considerando a diferença entre os dispositivos, gerando incertezas relacionadas à avaliação econômica (Brasil 2020b).

Em 2021, o novo Rol de Procedimentos foi atualizado e divulgado pela ANS,

Elaine Reis Brandão

não tendo incorporado o implante subdérmico como contraceptivo de longa duração. Embora o pleito da empresa farmacêutica fabricante do implante não tenha tido êxito neste momento, junto ao público usuário de planos de saúde privados, tal esforço evidencia uma ação coordenada em ambos os setores, privado e público, de saúde no país.

Neste sentido, a empresa Schering-Plough solicita em abril de 2020 ao MS a incorporação do implante subdérmico com etonogestrel em mulheres adultas de 18 a 49 anos, excluindo o público adolescente deste pleito, desta vez, considerado mais sensível e vulnerável segundo normativas éticas vigentes nas resoluções que regulam pesquisas com seres humanos no Brasil. No dossiê apresentado pela empresa farmacêutica ao MS (Brasil 2021b), uma série de estudos e experiências internacionais (Reino Unido, Suécia, EUA) são mencionadas, como o Projeto *Choice* (Secura *et al.* 2010)⁴, e as recomendações de agências como OMS e Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) a respeito dos métodos LARC, além da Febrasgo (2016), no Brasil. O documento inclui duas cartas de apoio de dois renomados médicos ginecologistas e obstetras do país, no item designado “Posicionamento de líderes de opinião”, os quais ocupam cargos importantes em universidade pública do estado de São Paulo e na Comissão de Anticoncepção da Febrasgo, à frente de projetos de pesquisa para inserção de LARC em grupos de mulheres consideradas “vulneráveis”, respectivamente em Campinas e São Paulo⁵. Ambos publicam muito sobre a indicação de métodos LARC e têm parcerias com a empresa há muitos anos, atuando como consultores sobre o tema⁶.

Interessante observar que o dossiê da empresa cita no tópico “Experiência no Brasil com utilização do implante de etonogestrel” (Brasil 2021b, 32–3) a existência de 37 projetos em execução no país, em parceria com órgãos públicos, até novembro de 2019, para utilização do implante subdérmico, “com protocolos definidos para população vulnerável e adolescentes”. Destes projetos, 19 concentram-se no estado de São Paulo, 7 no Rio Grande do Sul, 3 no Paraná, 2 em Minas Gerais, e o restante nos estados de Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Ceará, Rondônia, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, em geral, nas capitais, exceto Joinville (SC). Conforme o dossiê, a empresa oferta treinamento aos médicos e possui parceria com 15 centros de pesquisa e atenção à saúde no país para treinamento de profissionais em maternidades públicas municipais e estaduais, como também àqueles que atuam com as chamadas “populações vulneráveis” nos equipamentos de saúde como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), Centro de Referência e Treinamento em Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids (CTR IST/AIDS).

O documento da empresa farmacêutica ampara-se na Lei de Planejamento Familiar (Brasil 1996) e na Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Brasil 2004) e menciona a baixa utilização do DIU de cobre no SUS, único método LARC disponível até então. Entre outras razões para esse uso reduzido, destaca-se a dependência de um médico ginecologista para a inserção do DIU, sendo que esse profissional não é encontrado em todas as regiões e cidades do país. Além disso, há a necessidade de exames prévios, em contraste com as facilidades

4 Em sua dissertação de mestrado, abordando a circulação social dos métodos LARC no SUS, Nascimento (2020) aborda tal projeto e suas implicações éticas.

5 Em uma das cartas, há a menção duas vezes ao comentário: “sem necessidade de acompanhamento pós-inserção [do implante]”, no sentido de evidenciar a simplificação do procedimento, o qual dispensaria posterior acompanhamento clínico.

6 Um deles assina artigo internacional de pesquisa patrocinada pela empresa Bayer S/A sobre métodos LARC designada *Thinking About Needs in Contraception* (TANCO), realizada em 11 países da Europa, com apoio da *The European Society of Contraception* (ESC), e no Brasil, com apoio da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Ver Machado *et al.* 2020.

Elaine Reis Brandão

de inserção do implante, que pode ser feito também por médico de família, além dos ginecologistas⁷. Também são elencadas no dossiê da empresa as “populações em situação de vulnerabilidade” (Brasil 2021b, 41) destinatárias que seriam “beneficiadas” pelo implante: “mulheres com menor escolaridade, residentes do Nordeste, mulheres que vivem com HIV, usuárias de drogas, mulheres que vivem em regiões afastadas de grandes centros urbanos, comunidades carentes, imigrantes ou inseridas no sistema prisional, mulheres com deficiência intelectual”. O uso recorrente dos adjetivos “carentes”, “vulneráveis”, “especiais”, “em risco social” aos substantivos mulheres ou populações vem sendo sistematicamente empregado em documentos que reafirmam a necessidade prioritária destes grupos sociais para receber métodos LARC, se comparadas ao conjunto das mulheres em idade reprodutiva.

Este dispositivo foi aprovado pela agência regulatória dos EUA, *Food and Drug Administration* (FDA), em 2001 e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Brasil, em agosto de 2016⁸. Em abril de 2015, a OMS o incluiu na lista de medicamentos essenciais, a qual tem um caráter norteador aos demais países a ela filiados. Assim, o implante subdérmico tem sido utilizado em mais de 110 países de todos os continentes, embora apresente algumas contraindicações⁹. Como eventos adversos decorrentes do uso do Implanon NXT[®], como citado no Relatório preliminar da Conitec (Brasil, 2021d, 18), as mulheres ficam suscetíveis a mudanças no padrão de sangramento menstrual que podem incluir alterações na frequência (ausente, menos frequente, mais frequente ou contínua), na intensidade (reduzida ou aumentada) ou na duração do sangramento. Reações adversas muito comuns relatadas em estudos clínicos foram infecção vaginal, cefaleia, acne, sensibilidade mamária, dor mamária e aumento de peso. Além disso, foram relatadas complicações no local do implante, como eritema, hematoma, equimose, dor e edema. O distúrbio do sangramento está entre as principais causas para a descontinuação de uso do implante subdérmico de etonogestrel, seguido por ganho de peso (Brasil, 2021d, 48).

A Conitec, em sua 93^a Reunião Ordinária, realizada no dia 9 de dezembro de 2020, deliberou que a matéria fosse disponibilizada em consulta pública com recomendação preliminar desfavorável à incorporação do implante subdérmico de etonogestrel para prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos no SUS. Considerou-se que as evidências são favoráveis ao implante de etonogestrel, mas que a ampla população proposta pelo demandante juntamente com o impacto orçamentário estimado dificultaria a incorporação desta tecnologia no SUS. No entanto, em reunião anterior, em sua 92^a Reunião Ordinária, ocorrida em 4 de novembro de 2020, o tema constava da pauta e foi debatido também, embora não tivesse havido, nessa reunião, deliberação final a respeito. Presumo que embora a recomendação inicial da Conitec tenha sido negativa à incorporação do implante, tal como solicitado pela empresa, na abertura da consulta pública à sociedade, a estratégia de considerar uma parcela do público feminino em idade reprodutiva já estava sinalizada nas orientações do MS. Ou seja, a eleição de um perfil social específico de mulheres, tal qual ocorreu

7 A revogação da Portaria do MS que autorizava a inserção do DIU de cobre no SUS, na rede básica de saúde e nas maternidades, por enfermeiras obstétricas ou obstetizas (Nota técnica nº 5/2018, CGSMU/DAPES/SAS/MS, “Colocação de Dispositivos Intrauterinos (DIU) por enfermeiros(as)”), ocorreu um ano após sua implementação, em dezembro de 2019, por pressão das corporações médicas, que disputam a prerrogativa de certos procedimentos como privativos do profissional médico. Decerto a presença de profissionais da enfermagem em todo o território nacional tornaria o acesso ao DIU de cobre no SUS muito mais fácil. Mas isso não é objeto de discussão no documento analisado.

8 O Implanon NXT[®] é uma versão mais moderna do implante anterior, o Implanon[®], que por sua vez, foi uma versão modificada do implante original Norplant[®]. Para conhecer melhor a história dos implantes hormonais e sua expansão no mundo, ver Watkins (2010, 2011), Manica e Nucci (2017), Pimentel (2018) e Nascimento (2020). No Manual de Anticoncepção da Febrasgo (2015, 124), lê-se: No ano 2000, o Implanon[®] foi aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e disponibilizado para uso comercial no Brasil. Apenas em julho de 2006, o Implanon[®] foi aprovado pelo FDA.

9 Tanto no dossiê da empresa (Brasil 2021b, 49-50), quanto no Relatório preliminar da CONITEC (Brasil 2021d), aparecem citados: distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou histórico de tumor hepático, benigno ou maligno; presença ou histórico de doença hepática grave, presença ou suspeita de malignidades sensíveis a esteroide sexual; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente de Implanon NXT[®]; durante a gravidez ou em caso de suspeita de gravidez.

Elaine Reis Brandão

na recomendação final da Conitec (abril 2021) já havia sido antes prevista. Registra-se abaixo a recomendação que consta na ata da 92ª Reunião Ordinária (Brasil, 2020c) disponível no site¹⁰, no item referente à incorporação do implante:

Recomendação: Os membros presentes deliberaram, por unanimidade, que a matéria não fosse disponibilizada em Consulta Pública antes que a Secretária de Vigilância em Saúde e a Secretária de Atenção Primária à Saúde delineassem um seguimento da população que mais se beneficiaria com o implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel, caso este método fosse incorporado no SUS. O tema está previsto para ser apreciado novamente na próxima Reunião Ordinária da Conitec, no mês de dezembro de 2020.

Consultando a ata da 93ª Reunião Ordinária (Brasil 2020d), realizada em dezembro de 2020, a qual decide pela abertura de consulta pública à sociedade consta:

Inicialmente, foi informado que a pauta tinha como objetivo a apreciação da população em idade fértil que mais se beneficiaria com o implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel, caso este método fosse incorporado no SUS, segundo delineamento realizado pela Secretária de Vigilância em Saúde e pela Secretária de Atenção Primária à Saúde, para uma posterior recomendação preliminar. De acordo com o levantamento apresentado, a população proposta seria compreendida por: usuárias de drogas; mulheres em situação de rua; mulheres com HIV; mulheres em uso de medicamentos com potencial teratogênico ou com grande potencial para serem prejudiciais ao feto; mulheres privadas de liberdade; e trabalhadoras do sexo. Foi informado também que o quantitativo desta população ainda não tinha sido enviado para o DGITIS/SCTIE, o que impossibilitou o cálculo de um novo impacto orçamentário¹¹.

Assim, parece que a abertura da consulta à sociedade, no período de 12 de janeiro de 2021 a 1º de fevereiro de 2021, cumpriu apenas um rito protocolar, pois as diretrizes emanadas pelas duas Secretarias do MS já consideravam previsível a oferta do dispositivo apenas a certos segmentos da população feminina em idade reprodutiva. Isso porque previa a redução que haveria nos custos orçamentários para aquisição do produto, não a todas as mulheres entre 18 e 49 anos usuárias do SUS, mas apenas àquelas consideradas “em situação de vulnerabilidade”. No relatório final da Conitec (Brasil 2021c), tal decisão aparece assim:

Análise de Impacto orçamentário de acordo com o seguimento populacional delineado pela SVS e pela SAPS: A Secretária de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS) propuseram, na 92ª Reunião da Conitec, delinear um seguimento da população que mais se beneficiaria com a possível incorporação do implante subdérmico

10 Cf. http://conitec.gov.br/images/Reuniao_Conitec/2020/20201216_Atta-92_Reuniao_Conitec.pdf

11 Em contradição com o que está registrado nessa ata, o relatório final da Conitec (Brasil 2021c, 48) menciona que o quantitativo referente aos segmentos populacionais delineados pelas duas secretarias do MS fora apresentado na 93ª reunião. Se assim fosse, a consulta deveria ter sido então aberta considerando a incorporação do implante hormonal a tais segmentos. Se a omissão destas informações foi intencional ou não, não sabemos. No documento final lê-se: “Este levantamento foi apresentado na 93ª Reunião da Conitec e o quantitativo populacional para cada subgrupo compõe o Quadro 15”.

Elaine Reis Brandão

co de etonogestrel. De acordo com o levantamento, esta população seria compreendida por: mulheres usuárias de drogas; mulheres em situação de rua; mulheres vivendo com HIV; mulheres em idade fértil e em uso de talidomida; mulheres privadas de liberdade; mulheres *cis* trabalhadoras do sexo e mulheres em idade fértil em tratamento com tuberculose e em uso de aminoglicosídeos (grifos originais).

Assim, a consulta pública pode referendar, *a posteriori*, algo já previsto sob alegação de restrições orçamentárias à incorporação da tecnologia de modo universal no SUS. Mas vejamos também as reflexões dela derivadas para compreendermos melhor alguns impasses ou equívocos que ela pode nos revelar.

Qual sociedade foi consultada? De que sociedade estamos falando?

A primeira consideração a ser feita refere-se ao fato de que a consulta pública, embora seja um instrumento de participação social e de relativa transparência das decisões que ocorrem no âmbito da Conitec, não garante efetivamente o debate público sobre o tema, como deveríamos ter em se tratando de questões atinentes aos corpos e à saúde de inúmeros sujeitos. A sua divulgação acaba ficando restrita a alguns segmentos escolarizados da população que circulam e atuam na área da saúde, além do prazo exíguo de vinte dias para a interação do público. Em vez de uma ampla maioria de usuárias e usuários do SUS, os quais serão os mais atingidos por tais decisões, entrarem em contato com o tema, serem provocados a pensar a respeito, conhecerem novas alternativas de tratamento em saúde e suas vantagens/desvantagens, o que temos é a ação política (*lobby/advocacy*) de determinados grupos sociais, com interesses envolvidos na referida consulta, que se mobilizam para responder os formulários e para contatar potenciais participantes em suas redes sociais¹². Ao final, o consenso existente na comunidade médica sobre métodos LARC foi ratificado na consulta, sob justificativa social e de redução de danos – os participantes citam os problemas relativos à sífilis congênita, ao HIV, à prematuridade, etc. em nascimentos de parturientes “em situação de vulnerabilidade”. Vejamos então como a “sociedade” respondeu à consulta, os temas recorrentes e os argumentos arrolados pelos participantes.

A pergunta colocada na consulta pública a meu ver não foi apropriada, gerando confusão e mal entendido entre os respondentes, como pude constatar. A pergunta era: “A recomendação preliminar da Conitec foi NÃO favorável à proposta de incorporação do implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Você concorda?” Alguns concordavam afirmativamente, destacando a necessidade de disponibilização do implante no SUS, deixando claro que a questão havia sido mal compreendida. Um/a participante “interessado no tema” comentou a esse respeito no formulário para contribuições de pacientes (experiência ou opinião), em 29.01.2021:

12 Eu mesma recebi por *WhatsApp* alguns posts de convocação à consulta pública (em tom favorável à incorporação do implante hormonal ao SUS), tendo em vista que atuo em algumas redes de pesquisadoras e profissionais de saúde que trabalham com o tema do planejamento reprodutivo.

Elaine Reis Brandão

Aproveito para salientar que a pergunta não está clara. Vocês perguntam se concordamos com a recomendação ou com a incorporação dessa alternativa? A frase está confusa e mal escrita, pois não se trata da incorporação do implante na prevenção, mas sim no rol de métodos ofertados. Além disso, gravidez não é doença (Brasil 2021f, 19).

O tema recebeu 191 contribuições, sendo 119 pelo formulário de experiência ou opinião e 72 pelo formulário técnico-científico¹³. Destes participantes, quatro se constituíam como pessoas jurídicas e 187 eram pessoas físicas. Dentre os 119 participantes que responderam pelo formulário Experiência ou Opinião, dois são pessoas jurídicas (associação de pacientes e sociedade médica), 14 se declararam como pacientes, 77 como profissionais de saúde e 25 como interessados no tema, tendo em vista as alternativas existentes para tal identificação. Deste grupo, 96 são mulheres e 21 homens, 83 deles brancos, 23 pardos e 6 pretos, com participação concentrada de pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste (98), estando o restante assim distribuído: 3 do Norte, 11 do Nordeste e 7 do Centro-Oeste. Dentre as 72 contribuições técnico-científicas, duas são pessoas jurídicas (empresa fabricante da tecnologia avaliada e sociedade médica) e as restantes pessoas físicas, em sua maioria profissionais de saúde. Destes 70 participantes, 48 são mulheres e 22 homens, em sua maioria brancos (apenas 8 deles se declararam como pardos), igualmente do Sul e Sudeste (58), com poucos participantes das outras regiões do país (2 do Norte, 6 do Nordeste, 6 do Centro-oeste).

Este perfil social dos participantes ilumina bem a parcela da sociedade que opinou a respeito. A grande maioria discordou da recomendação preliminar da Conitec, citada acima, sendo favorável à incorporação dos implantes hormonais no SUS como mais uma alternativa contraceptiva disponível às mulheres adultas em idade reprodutiva (18 a 49 anos), embora muitos tenham também destacado a importância de inclusão das adolescentes¹⁴. Os argumentos mobilizados enfatizavam a defesa dos direitos das mulheres, destacando o necessário acesso aos direitos reprodutivos, a necessária redução dos custos do SUS com desdobramentos de gravidezes não planejadas, além da oportunidade de planejamento da gestação. Como o relatório preliminar da Conitec desaconselhava a incorporação da tecnologia de modo universal a todas as mulheres adultas em idade reprodutiva, alegando restrições orçamentárias, em geral os participantes discordavam deste posicionamento, criticando-o e enfatizando a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos às mulheres. Decerto, a posição inicialmente contrária da Conitec gerou, dentre os participantes, considerações a respeito do público preferencial para receber tal tecnologia, na hipótese da impossibilidade de cobertura universal. Esses comentários ressaltavam a maior necessidade destes grupos, por razões relacionadas à condição de pobreza ou por razões de saúde que inviabilizavam o uso de outros métodos contraceptivos (como o DIU de cobre, por exemplo) ou implicava no uso de medicamentos teratogênicos ou ainda pelos eventuais problemas no recém-nato que tais gravidezes trariam. Na exemplificação de tais grupos de mulheres, os quais deveriam ser os beneficiários da tecnologia avaliada,

13 Infelizmente, nenhum arquivo anexado aos formulários pode ser acessado em razão da descontinuidade da plataforma FormSUS, pelo DATASUS, em fevereiro de 2021, após o término da consulta pública. Cf. <https://datasus.saude.gov.br/datasus-retira-do-ar-a-ferramenta-formsus/>

14 Na audiência pública ocorrida na Câmara Federal, em 16/07/2021, sobre a Portaria nº 13 do SCTIE/MS, o representante do MS, diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Dr. Antonio Rodrigues Braga Neto, manifestou a respeito da necessária inclusão deste grupo etário no futuro.

Elaine Reis Brandão

incluíam-se diversas mulheres “em situação de vulnerabilidade”, como usuárias de substâncias, mulheres em situação de rua, portadoras do HIV, adolescentes, usuárias de certos medicamentos. Para se ter uma ideia da recorrência destes grupos como beneficiários prioritários para receber tal tecnologia, nos formulários técnico-científicos os termos “adolescente”, “vulnerabilidade/vulnerável”, “HIV” apareceram 23 vezes citados nas respostas, assim como “rua” 16 vezes e “drogas” 17 vezes. Nos formulários de experiência ou opinião, “adolescente/adolescência” e “vulnerabilidade/vulnerável” surgiram 25 vezes nas respostas, “HIV” e “rua” 11 vezes e “drogas” 12 vezes citados.

Pouquíssimos participantes (7) concordaram com a recomendação preliminar de não se ofertar a tecnologia avaliada, por ser um insumo caro, por considerar que os métodos contraceptivos disponíveis no SUS são suficientes, por conhecimento de experiências anteriores no país de incorporação de métodos LARC de modo seletivo a determinados grupos sociais de mulheres, entre outros. No relatório final (Brasil 2021c, 52), paradoxalmente um longo excerto do depoimento de uma participante (a autora) foi destacado, assinalando suas razões: “priorizar o implante de etonogestrel para população com maior vulnerabilidade envolveria questões éticas. Além disso, argumenta que as pacientes precisariam de outros cuidados, e não somente do contraceptivo”. Em seguida, citam literalmente a contribuição desta participante (a autora):

O tema dos métodos contraceptivos de longa duração (LARC), hormonais, têm sido abordado no Brasil de forma controversa, sem ampla discussão da sociedade civil organizada. Em um primeiro momento, em 2015, a FEBRASGO propôs à CONITEC tal incorporação para adolescentes entre 15 e 19 anos, já ressaltando naquela ocasião um público preferencial designado como “populações especiais” ou “grupos vulneráveis” como beneficiários destas tecnologias. Novamente agora, o fabricante do insumo, o laboratório farmacêutico Schering-Plough, propõe a incorporação do implante de etonogestrel para mulheres adultas na faixa etária de 18 a 49 anos, usando as mesmas justificativas anteriores, ao destacar “grupos vulneráveis” de mulheres (mulheres em situação de rua, em uso de substâncias, com HIV, entre outras condições) que se beneficiariam do método, sem qualquer constrangimento com o viés seletivo e discriminatório que tal abordagem implica. Sabidamente serão mulheres pobres, negras, com pouca ou nenhuma escolaridade as “eleitas” pelos serviços de saúde para receberem tal tecnologia de longa duração, sem garantia alguma de que seus direitos sexuais e reprodutivos serão preservados e respeitados. Além disso, como elas têm uma mobilidade grande no espaço urbano, não se discute o acompanhamento clínico no decorrer dos três anos, após a inserção, levando em conta tais dificuldades. A ampla oferta de métodos contraceptivos a todas as mulheres, sem exceção, é uma prerrogativa do SUS. Usar da desigualdade social estrutural vigente no Brasil para pleitear grupos prioritários a tal tecnologia é uma questão ética que precisamos evitar.

196

Elaine Reis Brandão

Enfim, a decisão final da Conitec, publicada na portaria que tomamos como objeto de estudo, reflete, sem dúvida, a maioria das contribuições recebidas. Tal como consta no relatório final: “Por fim, conclui-se que as contribuições recebidas na consulta pública sobre o implante subdérmico de etonogestrel para prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva, entre 18 e 49 anos, foram importantes e evidenciaram o desejo de que este método pudesse ser disponibilizado a um subgrupo mais vulnerável da população” (Brasil 2021c, 9)¹⁵.

Importa-nos discutir essa ênfase na reivindicação do acesso ao implante subdérmico para “certas” mulheres, como uma defesa intransigente do direito ao planejamento reprodutivo. Por que tamanha preocupação, sensibilização e naturalização de tal “vulnerabilidade”? O que diferenciaria tal postura – a princípio ou aparentemente favorável às mulheres – do que vimos defendendo neste texto? Que dissensos internos ao tema do planejamento reprodutivo precisamos discutir como sociedade? Como uma demanda justificada pelo argumento de suposta proteção social pode ser um meio/modo para reificar exclusões sociais?

A decisão final da CONITEC e seus efeitos sociais

O entusiasmo que vem cercando a difusão dos métodos LARC no Brasil e no mundo tem uma longa história pregressa, relativa às pesquisas clínicas de tecnologias contraceptivas no contexto internacional. Controvérsias em torno desta tecnologia – o implante subdérmico hormonal – são documentadas por diversas pesquisadoras. Watkins (2010, 2011) nos mostra a peculiar trajetória do Norplant (primeiro modelo desta tecnologia) nos EUA, nos anos 1990, e seus usos para controle reprodutivo das populações pobres, adolescentes, usuárias de substâncias psicoativas, ou seja, como sua inserção passou a ser uma exigência para acesso das mulheres às políticas públicas de apoio à pobreza. Não chega a ser uma história muito distinta do que vimos ser atualizado hoje em dia. A retórica dos direitos, filtrada pela ênfase na escolha individual do método contraceptivo, obscurece a impossibilidade de muitas mulheres terem suas muitas necessidades de saúde atendidas. Como Watkins (2010, 105) menciona, “a retórica do controle populacional tem sido substituída pelo vocabulário da escolha individual”¹⁶.

Analisando as controvérsias que cercaram o lançamento de tecnologias contraceptivas de longa duração, hormonais, Hardon (2006) argumenta, de modo brilhante, como as contestações feministas sobre tais métodos foram gradativamente sendo incorporadas ao subsequente desenvolvimento e renovação destes artefatos, transformando os *scripts* nos quais eles estavam inscritos. Ou seja, seus repertórios foram sendo atualizados e sua introdução cercada da retórica (neo) liberal associada aos direitos reprodutivos e ao empoderamento feminino. A associação recorrente entre a tecnologia (implante hormonal) e as mulheres potenciais beneficiárias da mesma parece ter agregado valor social ao dispositivo, recoberto assim por um véu humanitário. A estabilização e consequente aceitação social desta tecnologia incluiria assim sua finalidade social precípua.

A equalização do implante como uma alternativa de LARC para grupos sociais

15 Na ata da 95ª Reunião da Conitec (Brasil, 2021g), realizada em 03/03/2021, os votos favoráveis em recomendar a incorporação, conforme segmento proposto pela SAPS e SVS, foram: Vania Cristina Canuto Santos (SCTIE); Nelson Augusto Mussolini (CNS); Antônio Rodrigues Braga Neto (SAPS); Marcelo Yoshito Wada (SVS); Aline Monte de Mesquita (ANS) e Vinícius Nunes Azevedo (SGTES). Os votos desfavoráveis em recomendar a incorporação foram: Heber Dobis Bernarde (CONASS); Maria Cristina Sette de Lima (CONASEMS); Eduardo David Gomes de Sousa (SAES) e Aníbal Gil Lopes (CFM).

16 No original: “The rhetoric of population control had been replaced by the vocabulary of individual choice”.

Elaine Reis Brandão

cuja reprodução tem sido discutível entre profissionais de saúde e leigos parece ter sido incorporada ao *script* desta tecnologia contraceptiva. Em outras palavras, a dimensão da “vulnerabilidade”, até então um atributo que qualificaria o sujeito à proteção social do Estado, torna-se biologizada, naturalizada, imiscuindo-se nas finalidades precípuas da tecnologia, consolidando assim sua justificativa social. O fato desta destinação quase “natural” da tecnologia a grupos sociais de mulheres cuja reprodução é socialmente questionada, parece contribuir para sua melhor aceitação e assimilação como tecnologia hormonal, desqualificando ou relativizando, assim, possíveis efeitos deletérios aos corpos femininos em razão do público fim e de se evitar um “mal maior” – a reprodução entre pobres e negros. A tecnologia hormonal mimetizaria assim o autocontrole que faltaria às mulheres destes grupos para regulação de sua fecundidade. Ao contrário de sujeitos razoáveis, responsáveis sexualmente, elas encarnariam a antítese do discurso da cidadania sexual (Brian *et al.* 2020, Brandão e Cabral 2021b).

Sem dúvida, essa é uma discussão delicada. Em artigo que analisa as políticas de planejamento familiar nos EUA, Patricia Hill Collins (1999) classifica três tipos ideais de mães que estão em jogo na avaliação moral sobre o que deva ser a “*real*” *mother*, ou uma “mãe de verdade”. Ela comenta as políticas existentes para mulheres/mães “aptas” (brancas de classes médias), para as “menos aptas” (brancas de classes trabalhadoras) e para as “inaptas” (negras das classes trabalhadoras) vivendo em situação de pobreza, as quais encarnam um modelo desviante de maternidade se comparadas às “*real*” *mothers* (mães de verdade). Entre nós, Fernandes (2019a, 2019b, 2020) problematiza igualmente as imensas dificuldades para o exercício da maternidade entre mulheres residentes em territórios onde a violência do Estado impera, acusadas socialmente de serem mães “nervosas”, “agressivas”, “abandonantes” ou “negligentes”. A portaria do MS não estaria institucionalizando tal classificação racial, étnica, social e de subcidadania destas mulheres?

Como dissemos antes, o tempo da consulta é muito restrito para permitir um debate mais qualificado do tema entre diversos segmentos sociais que atuam neste campo, ou seja, conselhos de saúde, grupos organizados da sociedade civil, feministas, associações científicas, pesquisadores, etc. Isso sem considerar um contingente imenso de usuários do SUS sem acesso às ferramentas digitais que viabilizam tal participação popular. Na audiência pública convocada na Câmara Federal, após a portaria ser divulgada, representantes dos movimentos sociais organizados de trabalhadoras sexuais, portadoras do HIV, organizações feministas, dentre outras, puderam ser ouvidas, além dos representantes do MS. Um Projeto de Decreto Legislativo de Sustação de Atos Normativos do Poder Executivo (PDL 176/2021) foi apresentado em 26/04/2021 por um conjunto de deputadas dos partidos PCdoB, PT e PSOL, aguardando tramitação. O debate parece só estar começando entre nós.

A institucionalização no SUS de práticas locais eticamente discutíveis

Além do documento apresentado pela empresa fabricante do implante hor-

Elaine Reis Brandão

monal mencionar vários locais do Brasil com projetos para inserção deste dispositivo em adolescentes e mulheres consideradas “em situação de vulnerabilidade social”, como acima destacado, pudemos analisar de modo mais detido o caso do município de São Paulo, com protocolos específicos para estes grupos sociais (Brandão e Cabral 2021b). Na consulta pública, vários profissionais de saúde dela participantes destacaram também experiências consideradas por eles exitosas nessa direção. Os seguintes municípios foram mencionados: Gravataí, Porto Alegre, Xangri-lá (RS); Bauru, Ribeirão Preto, Taboão da Serra, São Paulo (SP); Belém (PA); Salvador (BA); Curitiba (PR); Uberlândia (MG), com referência às vezes às universidades participantes.

Uma prática que se iniciou com protagonismo de gestores estaduais ou municipais no país, em aliança com médicos e associações científicas, a exemplo do Projeto Gravius em São Paulo (Nascimento 2020), agora se expande por todo o território nacional, ampliando assim a institucionalização deste regime de exclusão social. O antropólogo João Biehl (2021, Schuch 2016) designa como “regimes de invisibilização” ou “tecnologias de invisibilização” quando consideramos a vulnerabilidade estrutural como um componente subjetivo, negando a cidadania política ao institucionalizarmos uma cidadania biomédica seletiva. Assim, tornamos a exclusão social em matéria do ordinário, regrada e contabilizada por meio de artefatos tecnocientíficos de inclusão. Na concepção de Sueli Carneiro (2005), temos os dispositivos de racialidade, que aliam a biopolítica ao racismo, tornando corpos de mulheres negras aptos a dispositivos médicos, suporte para treinamento de profissionais de saúde e para experimentos clínicos, pesquisas biomédicas. A história do Norplant entre nós confirma essa estratégia global (Watkins 2010, 2011, Pimentel *et al.* 2017). Mulheres racializadas expostas a “condições de vida adversas” nas ruas, em territórios periféricos ou sob violência policial, em serviços públicos precários, seriam muito mais objetos de intervenção do Estado, via ciência médica, do que sujeitos de direitos. Como Carneiro (2005, 72) salienta,

nessa biopolítica, gênero e raça articulam-se produzindo efeitos específicos, ou definindo perfis específicos para o “deixar viver e deixar morrer”. No que diz respeito ao gênero feminino, evidencia-se a ênfase em tecnologias de controle sobre a reprodução, as quais se apresentam de maneira diferenciada segundo a racialidade [...].

Os cálculos que contrastam os custos de vidas precárias, de gravidezes mal vistas pela sociedade e de recém-nascidos que potencialmente teimam em resistir, pela vida renovada de suas mães, engendram uma economia política da saúde e da doença, como Castro (2020) nos ensina, que privilegia os gastos com dispositivos LARC, ao invés de acolhimento e inclusão social às mulheres.

Quem se preocupa? Corpos abjetos e sem futuro?

Quem são essas jovens mulheres a que a Portaria analisada se destina? Que

Elaine Reis Brandão

responsabilidades nós temos como sociedade pelo lugar social que elas ocupam na estratificação de classe e raça que persiste absurdamente desigual no Brasil? Por que apaziguar nossas consciências estendendo a mão do Estado para regular sua fecundidade? Ao menos perguntamos o que elas desejam? Sonham em ter na vida?

Por que insisto na contramão de um certo consenso científico e social sobre a adequação dos métodos LARC a tais mulheres? Sabemos que a tecnologia em si não significa muito, mas importa fundamentalmente os modos sociais como ela é apropriada e difundida entre distintos contextos socioculturais. Nosso dever é inquirir sobre responsabilidades públicas, afirmação de direitos sociais a despeito de quem seja o/a beneficiário/a no âmbito do SUS. Não estaríamos diante de uma versão/visão racializada para habilitação aos direitos?

A naturalização destas práticas de saúde como práticas que afirmam direitos, em especial, direitos sexuais e reprodutivos precisa ser contemplada como reificadora de discriminações e estigmas. Não se trata de tecnologias demandadas por tais mulheres, elas sequer foram ouvidas ou consultadas a respeito, não há um movimento social organizado com tais reivindicações, são decisões tecnocráticas de Estado apoiadas no olhar biomédico sobre a utilidade social de tais artefatos. Não deveríamos primar por uma ética do cuidado (Biehl 2021) que valorize o outro em sua dimensão subjetiva e existencial como ser humano? Inspirada pelo autor (2021, 346), busco entender o processo de expansão dos métodos LARC entre nós como uma dada “produção de microdispositivos humanitários” tomados como “tecnologias de salvação”, os quais aprofundam as muitas desigualdades sociais e fortalecem nossos sistemas de controle e monitoramento de corpos/vidas precárias, nas palavras do autor “o triunfo encoberto da lógica neoliberal e tecnocrática” nos tempos atuais.

Não sabemos, do ponto de vista etnográfico, o que significará para tais mulheres essa “oportunidade de salvação”, mas decerto precisaremos estar atentas para observar os múltiplos desdobramentos desta experiência no SUS não a partir da voz daqueles que a implementam, mas a partir daquelas que aceitam, duvidam, indagam ou recusam tais dispositivos. Será necessário nos mantermos vigilantes em período de retrocessos políticos e desmonte do Estado democrático de direito no país.

Recebido em 15/10/2021

Aprovado para publicação em 03/05/2022 pela editora Kelly Silva

Elaine Reis Brandão

Referências

- Biehl, João. 2021. “Descolonizando a saúde planetária”. *Horizontes Antropológicos* 59: 337–59.
- Brandão, Elaine Reis, e Cristiane da Silva Cabral. 2021a. “Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva* 26(7): 2673–82.
- Brandão, Elaine Reis, e Cristiane da Silva Cabral. 2021b. “Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres ‘vulneráveis’”. *Horizontes Antropológicos* 61: 47–84.
- Brandão, Elaine Reis. 2019. “Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher”. *Ciência & Saúde Coletiva* 24(3): 875–89.
- Brandão, Elaine Reis. 2022. “Contraceção Reversível de Longa Duração (Larc): solução ideal para tempos pandêmicos?”. *Saúde em Debate* 46(1): 237–47.
- Brasil. 1996. *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
- Brasil. 2004. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Brasil. 2020a. *Cartilha sobre Políticas Públicas Familiares*. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional da Família.
- Brasil. 2020b. *Consulta pública para inclusão de implante subdérmico contraceptivo no Rol de procedimentos e eventos de saúde*. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). https://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp81/procedimentos/RE_144_Implante_subdermico_Contraceptivo.pdf
- Brasil. 2020c. *Ata da 92ª Reunião da CONITEC*. Brasília, 04 nov 2020. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). http://conitec.gov.br/images/Reuniao_Conitec/2020/20201216_At-92_Reuniao_Conitec.pdf
- Brasil. 2020d. *Ata da 93ª Reunião da CONITEC*. Brasília, 08 dez 2020. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). http://conitec.gov.br/images/Reuniao_Conitec/2021/20210215_At-93_Reuniao_Conitec.pdf
- Brasil. 2020e. *Consenso de Genebra. Brasil assina declaração sobre defesa do acesso das mulheres a promoção da saúde*. 23 out 2020. <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/10/brasil-assina-declaracao-sobre-defesa-do-acesso-das-mulheres-a-promocao-da-saude#:~:text=Trinta%20e%20um%20pa%C3%ADses%2C%20incluindo,fam%C3%ADlia%20como%20unidade%20fundamental%20da>
- Brasil. 2021a. *Portaria SCTIE/MS nº 13, de 19 de abril de 2021*. 22 abr 2021. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos

Elaine Reis Brandão

em Saúde. http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2021/20210419_Portaria_13.pdf

Brasil. 2021b. *Consulta Pública nº 01, 2021. Dossiê da empresa MSD*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). http://conitec.gov.br/images/Consultas/Dossie/2021/20210111_Dossie_Implanon_MSD_CP01.pdf

Brasil. 2021c. Consulta Pública nº 01, Relatório de Recomendação n.599. Implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210511_Relatorio_599_implanon_prevencao_gravidez.pdf

Brasil. 2021d. Consulta Pública nº 01, 2021. Relatório de Recomendação Preliminar. Implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210111_Relatorio_etonogestrel_prevencao_gravidez_CP_01.pdf

Brasil. 2021e. *Consulta Pública nº 01, 2021e. Contribuições Técnico-Científicas*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). http://conitec.gov.br/images/Consultas/Contribuicoes/2021/CP_CONITEC_01_2021_Tec_Implante.pdf

Brasil. 2021f. *Consulta Pública nº 01. Contribuições Experiência ou Opinião*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). http://conitec.gov.br/images/Consultas/Contribuicoes/2021/CP_CONITEC_01_2021_Exp_Implante.pdf

Brasil. 2021g. *Ata da 95ª Reunião da CONITEC*. Brasília, 03 mar 2021. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). http://conitec.gov.br/images/Reuniao_Conitec/2021/20210505_ata_95_conitec.pdf

Brasil. 2021h. *Família e Políticas Públicas no Brasil*. Edital nº 2/2021 para fomento à pesquisa. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Brasil. 2021i. *Programa Município Amigo das Famílias*. Edital nº 01/2021. Edição 2020 do Prêmio Boas Práticas em Políticas Familiares Municipais. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Brasília: Secretaria Nacional da Família.

Brian, Jenny D., Patrick R. Grzanka, e Emily S. Mann. 2020. The age of LARC: making sexual citizens on the frontiers of technoscientific healthism. *Health Sociology Review* 29(3): 312–28.

Cabral, Cristiane S., e Elaine R. Brandão. 2020. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cadernos de Saúde Pública* 36(8): e00029420.

Elaine Reis Brandão

- Carneiro, Aparecida Sueli. 2005. *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Castro, Rosana. 2020. *Economias políticas da doença e da saúde: uma etnografia da experimentação farmacêutica*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS.
- Collins, Patricia Hill. 1999. “Will the ‘real’ mother please stand up? The logic of eugenics and American National Family Planning”. In *Revisioning Women, Health, and Healing: Feminist, Cultural, and Technoscience Perspectives*, eds. Adele E. Clarke, e Virginia L. Olesen, 266–82. New York: Routledge.
- Corossacz, Valeria R. 2009. *O corpo da nação. Classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.
- Declaração de Consenso de Genebra 2020. <https://www.eventbrite.com/e/geneva-consensus-declaration-virtual-signing-ceremony-tickets-115744144853>
- Faya-Robles, Alfonsina. 2015. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”: biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. *Physis* 25(1): 139–169.
- Febrasgo. 2016. *Contraceção reversível de longa ação*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. (Série orientações e recomendações FEBRASGO 3, 1).
- Fernandes, Camila. 2019a. “Figuras do constrangimento: as instituições de Estado e as políticas de acusação sexual”. *Mana* 25(2): 365–90.
- Fernandes, Camila. 2019b. “Elas fazem filhos demais”. A ideologia da gravidez planejada frente à violência de Estado nos territórios populares. *Paper* apresentado no 43º Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, MG.
- Fernandes, Camila. 2020. “A força da ausência. A falta dos homens e do ‘Estado’ na vida de mulheres moradoras de favela”. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 36: 206–30.
- Ferreira, Letícia, e Laura Lowenkron, orgs. 2020. *Etnografia de documentos: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias*. Rio de Janeiro: E-papers.
- Finotti, Marta. 2015. *Manual de anticoncepção*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).
- Fonseca, Claudia, Denise F. Jardim, Patrice Schuch, e Helena Machado. 2016. “Apresentação. Tecnologias de governo: etnografias de práticas e políticas”. *Horizontes Antropológicos* 22(46): 9–34.
- Hardon, Anita. 2006. “Contesting contraceptive innovation. Reinventing the script”. *Social Science & Medicine* 62: 614–27.
- Hortelan, Luiza Terassi. 2018. “‘Moderno à moda antiga’: discursos terapêuticos, concepções românticas e performances de gênero no movimento Eu escolhi esperar”. *Debates do NER* 2: 251–77.
- Machado, Rogerio B., Thais E. Ushikusa, Ilza M. U. Monteiro, et al. 2020. “Different perceptions among women and their physicians regarding contraceptive counseling: results from the TANCO Survey in Brazil”. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 42(5): 255–65.
- Manica, Daniela, e Marina Nucci. 2017. “Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero”. *Horizontes Antropológicos* 47: 93–129.
- Mioto, Regina C.T., Marta S. Campos, e Cassia M. Carloto, orgs. 2015. *Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez.

Elaine Reis Brandão

- Moraes, Patricia M., Renata Nunes, Claudio Henrique M. Horst, e Regina Célia T. Miotto. 2020. “Familismo e política social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira”. *Revista de Políticas Públicas* 24(2): 802–18.
- Nascimento, Naiara N. C. Contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo: análise socioantropológica das controvérsias que cercam sua circulação no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Pimentel, Ana Cristina L. 2018. Uma via periférica para os hormônios sexuais: emprenhamento, biologias, classe e corpos femininos. Tese de doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Pimentel, Ana Cristina. L., Claudia Bonan Jannotti, Paula Gaudenzi, e Luís Antônio S. Teixeira. 2017. “A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reagregações entre ciência, sociedade e Estado”. *Ciência & Saúde Coletiva* 22(1): 43–52.
- Santos, Debora S., Mariane O. Menezes, Carla B. Andreutti, et al. 2021. “Disproportionate impact of coronavirus disease 2019 (covid-19) among pregnant and postpartum black women in Brazil through structural racism lens”. *Clinical Infectious Diseases* 72 (11): 2068–9.
- São Paulo. Câmara Municipal de São Paulo. *Projeto de Lei 813/2019*. Altera a lei nº 14.485 de 19 de julho de 2007 para incluir no calendário da cidade de São Paulo a “Semana Escolhi Esperar”: prevenção e conscientização sobre gravidez precoce e dá outras providências. https://splegisconsulta.camara.sp.gov.br/Pesquisa/DetailsDetalhado?COD_MTRA_LEGL=1&COD_PCSS_CMSP=813&ANO_PCSS_CMSP=2019
- Schuch, Patrice. 2016. “Antropologia entre o inesperado e o inacabado: entrevista com João Biehl”. *Horizontes Antropológicos* 46: 389–423.
- Secura, Gina M., Jenifer E. Allsworth, Tessa Madden, Jennifer L. Mullersman, e Jeffrey F. Peipert. 2010. “The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 203(2): 115.e1–115.e7.
- Theme-Filha, Mariza M., Marcia L. Baldisserotto, Ana Claudia S. A. Fraga, et al. 2016. “Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the *Birth in Brazil National Survey, 2011/2012*”. *Reproductive Health* 13(suppl 3): 118.
- Vianna, Adriana. 2014. “Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais”. In *Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*, orgs. Sergio R. R. Castilho, Antonio C. S. Lima, e Carla C. Teixeira, 43–70. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Watkins, Elizabeth S. 2010. “From breakthrough to bust. The brief life of Norplant, the contraceptive implant”. *Journal of Women’s History* 22(3): 88–111.
- Watkins, Elizabeth S. 2011. “The social construction of a contraceptive technology: an investigation of the meanings of Norplant”. *Science, Technology, & Human Values* 36(1): 33–54.

A normalidade crítica do cotidiano diante do adoecimento e da morte

The critical normalcy of everyday life in the face of illness and death

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9720>

Lucas Faial Soneghet

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil

ORCID: 0000-0003-2905-3395

lucas_faial@hotmail.com

Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mestre em Sociologia e Antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia da UFRJ e doutorando em Sociologia pelo mesmo programa. Pesquisa nas áreas de sociologia da morte e morrer, saúde-doença, cuidados e corpo.

O artigo discute o cotidiano de pessoas acometidas por doenças crônico-degenerativas a partir de uma etnografia em um serviço de atenção domiciliar paliativa na rede pública do Rio de Janeiro. No processo de morrer por adoecimento, o cotidiano se transforma, lançando o sujeito adoecido e seus cuidadores no desafio de reconstruir o senso de continuidade da vida. Para entender a experiência do morrer por doenças crônico-degenerativas, a partir de um recorte analítico específico, adoto o corpo como ponto de partida. Assim, visio explicitar as conexões entre a dimensão experiencial do adoecimento e da morte, e os enquadramentos discursivos e institucionais dedicados a categorizar e gerir os corpos. Argumento que as perturbações, oscilações e angústias do adoecimento são cada vez mais incorporadas no “ordinário”, com a mediação decisiva do trabalho de cuidado. Concluo, desse modo, que o trabalho de cuidado é o instrumento principal na delicada tarefa de criar continuidade em face da imminente ruptura definitiva da vida orgânica, cuja aproximação faz surgir inúmeras pequenas e grandes perturbações no dia a dia.

The paper discusses the everyday life of people affected by chronic degenerative diseases from the standpoint of an ethnography in a palliative home care service in the public network of Rio de Janeiro. In the process of dying from illness, daily life is transformed, launching the ill person and their caregivers into the challenge of reconstructing a sense of continuity in life. In order to understand the experience of dying from chronic degenerative diseases, from a specific analytical point of view, I adopt the body as a starting point. Thus, I aim to highlight the connections between the experiential dimension of illness and death, and the discursive and institutional frameworks dedicated to categorizing and managing bodies. I argue that the disturbances, oscillations, and anguish of illness are increasingly incorporated into the “ordinary”, with the decisive mediation of care work. I thus conclude that care work is the main instrument in the delicate task of creating continuity in face of the impending definitive rupture of organic life, whose approach gives rise to many small and large disturbances in everyday life.

Corpo; Morte e Morrer; Cuidados Paliativos; Cuidados.

Body; Death and Dying; Palliative Care; Care.

Lucas Faial Soneghet

Introdução

O processo de morrer decorrente de doença crônico-degenerativa pode ser incerto. Contrastando com a certeza da morte, o corpo adoecido é fonte de interrupções, emergências e surpresas. Navegar sintomas, dores, remédios, tratamentos e consultas, bem como as demandas de uma vida que está diante de seu desenlace definitivo, é uma tarefa cotidiana exigente. Além disso, tal tarefa envolve fazer e refazer o próprio cotidiano. Somadas às aflições corporais do adoecimento, pessoas em precárias condições sociais de vida navegam as dificuldades da pobreza, a dependência de instituições de saúde em estado de escassez constante, além de desigualdades raciais e de gênero.

Para entender o processo de morrer em tais condições, insiro-me aqui em um diálogo com Fleischer e Franch (2015), Fazonni (2018), Duarte (1993, 1998), Das (2015), entre outros estudiosos, que se interessam pelas conexões entre a dimensão experiencial do adoecimento e os processos sociais de categorização e controle do comportamento no âmbito da saúde-doença. Refiro-me ao horizonte fenomenológico da experiência da doença pelos sujeitos, ancorado em sensações e sentimentos, em suas relações com categorias biomédicas (Bonet 2006) e arranjos institucionais. Fleischer e Franch trazem uma formulação instigante para enquadrar o problema desse artigo: “A dor incomoda, o corpo não se acostuma com a novidade. A dor aumenta, se espalha, impossibilita que as tarefas corriqueiras sejam realizadas” (Fleischer e Franch 2015, 17). Referindo-se a aflições e perturbações que são consideradas incuráveis pela biomedicina, as autoras discutem o terreno movediço da experiência da doença, incluindo as técnicas, tecnologias e saberes que influem nessa “fronteira sempre incerta” (idem, 18). Nesse ambiente, perspectivas distintas acerca do que constitui uma doença, um sintoma, uma perturbação ou um incômodo se cruzam na vida cotidiana dos adoecidos e de seus cuidadores.

Duarte (1993, 71) distinguiu analiticamente entre a dimensão das “perturbações”, das “condições de vida” e a dimensão dos códigos, falando respectivamente das sensações corpóreas tidas como perturbadoras, as condições sociais de vida e os símbolos usados para significar a experiência. Embora seja desejável manter essa diferença em nível analítico, haja vista que tais dimensões se cruzam de maneiras distintas a depender do contexto observado, assumo que há uma ligação íntima entre elas. Assim, um conjunto das experiências de perturbação, aflição ou sofrimento pode escapar, mas não deixa de se encontrar com o saber biomédico (Duarte 1998). Esse último não é o único enquadramento para o adoecimento e a morte; mas pela sua institucionalização e legitimidade, veio a informar a experiência cotidiana dos adoecidos. Tais encontros ganham forma específica para os que vivem em situação de pobreza, em que as dores do corpo e as mazelas nas relações sociais se imbricam (Das 2015). Sendo assim, procuro entender as ligações entre sensações corporais (dores, sofrimentos, perturbações), relações sociais (especialmente as que podem ser entendidas sob a rubrica do “cuidado”) e enquadramentos institucionais e discursivos (em particular o biomédico e o

Lucas Faial Soneghet

estatal) à luz da tarefa de reconstrução da vida cotidiana.

Aqui o termo “normalidade” adquire sua pluralidade semântica e relevância analítica. Do ponto de vista da racionalidade médica ocidental, pode-se entender “normalidade” como o contrário de “patológico”, sendo esses os dois eixos estruturantes desse saber (Camargo Jr. 2005, 181). Tal é o ponto de partida de Canguilhem, quando busca conceituar o normal e o patológico com base em uma crítica imanente ao saber médico. Se na medicina a “normalidade” é definida em função de uma estabilidade presumida do organismo, cujo funcionamento interno é abstraído e tomado como estado ideal (saúde), Canguilhem define-o como função da relação entre organismo e ambiente. Assim, coloca no centro da reflexão o imbricamento do corpo com seu entorno – seu estar-no-mundo – que não é somente natural, mas também sociocultural. Aqui, pode-se assumir uma definição praxiológica e fenomenológica de normalidade, como um senso de continuidade do estar-no-mundo que depende, por sua vez, da continuidade de práticas sociais e significados compartilhados.

A noção de “vida cotidiana”, presente em perspectivas diversas como a de Giddens (2002) ou Berger e Luckmann (1991), diz respeito ao caráter habitual e rotineiro da vida social que imprime um senso de “normalidade” à existência. Giddens (2002, 50) argumenta que a vida cotidiana ganha seu caráter rotineiro, aqui chamado de normalidade, pois deve responder continuamente certas “questões existenciais”, a saber, as que se colocam para o ser humano porque é finito e tem consciência disso. Tal condição imprime significância particular à tarefa intersubjetiva de construir a vida cotidiana (Berger e Luckmann 1991, 41). Em outras palavras, a vida cotidiana emerge do esforço humano de conferir continuidade e significado à uma vida fadada a terminar. O normal é entendido aqui não como o efeito de um conjunto de normas, ou como a emulação de um estado ideal abstraído, mas como um sentido e senso incorporado que é cultivado intersubjetivamente dia após dia. Logo, quando uso o termo “normalidade da vida cotidiana”, refiro-me a esse caráter rotineiro do cotidiano e, ao mesmo tempo, indico sua contingência.

O que a experiência do adoecimento no processo de morrer indica é que o cotidiano nem sempre é experimentado como “normal”, e nem por isso deixa de ser vivido como cotidiano. Portanto, o termo “normalidade” é usado aqui para se referir à experiência fugidia de estabilidade e coerência do mundo que pode ser prejudicada por aflições e perturbações. Esta experiência não está desvinculada das práticas sociais de “normatização” e “categorização” do corpo e de suas sensações, típicas do saber biomédico. Não parto do pressuposto de que a vida de tal ou qual sujeito é normal, nem que esse senso de normalidade é experimentado exatamente da mesma forma. Interesse-me justamente na linha instável entre o que é percebido, sentido e definido como normal e o que não é, entre sensações e sentimentos, discursos expert, instituições e práticas de cuidado. Busco captar o que Veena Das chama de “fragilidade e vulnerabilidade da vida cotidiana” (2015, 12) através do conceito de “normalidade crítica”, que desenvolverei ao longo do artigo.

Lucas Faial Soneghet

Outro esclarecimento conceitual se faz necessário. Uso a categoria “sujeito moribundo” para me referir aos que, uma vez acometidos por doenças crônico-degenerativas que são consideradas “fora de possibilidades terapêuticas” pelo saber biomédico, são inseridos em um modelo de assistência não curativo. Pressuponho que a colocação desses sujeitos em um dado contexto institucional – um serviço de assistência domiciliar com enfoque de cuidados paliativos – após um determinado tipo de diagnóstico e prognóstico – uma doença crônico-degenerativa para a qual não há tratamento biomédico de pretensão curativa –, informa sua experiência e a dos que se dedicam ao seu cuidado. Logo, o saber biomédico e o hospital afetam o cotidiano dos sujeitos e enquadram (mas não esgotam) suas experiências. Noutras palavras, a medicina é um dos enquadramentos na vida cotidiana dos moribundos e, apesar de sua presença marcante, não é o único. O sujeito moribundo não está dado antes ou no ato do diagnóstico/prognóstico, mas é construído em meio a quadros institucionais e discursivos, e relações de cuidado.

O objetivo do artigo é entender o processo de morrer por adoecimento crônico-degenerativo, bem como das relações de cuidado que ali se desdobram, do ponto de vista da construção social da vida cotidiana. Parto de uma etnografia em um serviço público de cuidados paliativos domiciliares no Rio de Janeiro para entender como vulnerabilidades corporais, arranjos de cuidado (Fazionni 2018, Soneghet 2020) e enquadramentos discursivos e institucionais se cruzam na construção da vida cotidiana construída com, e não a despeito, das incertezas do processo de morrer por adoecimento. Assim, modelos de assistência (os cuidados paliativos), instituições, desigualdades socioeconômicas e assimetrias de poder se imiscuem no processo de morrer, conferindo uma feição peculiar à experiência da morte em condições precárias de vida.

208

O “cuidado compartilhado” e a morte em casa

A etnografia que embasa este artigo se deu em um serviço de assistência domiciliar público que trabalha explicitamente sob um modelo de “cuidados paliativos”. Na década de 1960, profissionais ligados à assistência em saúde e ativistas desenvolveram os cuidados paliativos, como crítica e alternativa ao modelo vigente de morte hospitalar. A configuração do hospital enquanto instituição – direcionada para a eficácia máxima das intervenções médicas, o que implica na desconsideração de aspectos da vida corporal não subsumidos a estas – e a crescente autoridade da figura do médico criaram as condições para o afastamento da morte para os “bastidores da vida social” (Elias 2001, 31) e para o prolongamento cada vez maior da vida.

Diante disso, mobilizou-se uma concepção do paciente como ser multidimensional, com aspectos físicos, sociais, espirituais e psicológicos, que se tornaria o centro do novo modelo de assistência. Para um sujeito multidimensional, era preciso uma equipe multidisciplinar, cujo objetivo deveria ser, primariamente, o alívio da dor, entendida então como um sofrimento físico, psíquico, social e espiritual. Nasce assim os “cuidados paliativos”, uma forma de cuidado para pessoas

Lucas Faial Soneghet

acometidas por doenças crônico-degenerativas, centrada não na cura ou no prolongamento da vida, mas no alívio da dor, no controle de sintomas, na autonomia do paciente, salvaguardada pela expressão livre de seus sentimentos e desejos, e na manutenção da “qualidade de vida” até atingir uma “boa morte”.

Menezes (2004), pioneira no estudo antropológico dos cuidados paliativos no Brasil, aponta que, enquanto se apresenta como alternativa, tal modelo utiliza técnicas e tecnologias biomédicas, além de contar predominantemente com a voz de profissionais de saúde no debate público. Define-o assim como outro “dispositivo social de domínio” (Menezes 2004, 210) que pode ser tanto modelo para uma nova etapa na construção social da pessoa (Menezes 2003) quanto uma “tecnologia” de produção da “esperança” direcionada para o controle da doença e a “qualidade de vida do doente” (Menezes 2013, 488). Há uma diferença notável entre o cuidado paliativo observado pela antropóloga e as versões anglo-saxã ou estadunidense, nomeadamente, a pouca ênfase em tópicos como autonomia, consentimento e consciência do prognóstico de terminalidade. O tratamento não curativo parece ser muitas vezes uma imposição, às vezes ressignificada posteriormente, dos profissionais de saúde diante de um diagnóstico de câncer, por exemplo. Questões ligadas ao consentimento e desejos do paciente são desprivilegiadas em detrimento de noções como qualidade de vida, alívio da dor e resolução de pendências (Menezes 2004, 162). Alonso (2012) levanta temas semelhantes no contexto argentino: os contornos negociados da “boa morte” e do “bem morrer”, a participação da família nessas negociações, e a tensão entre um projeto de “humanização” e o avanço do controle biomédico no fim da vida. Na definição do que é morrer bem, normas da “ideologia” dos cuidados paliativos e da biomedicina, bem como “práticas de ‘humanização’” e o caráter extenso da intervenção médica entram em tensão. Ao mesmo tempo, abarcam a “experiência dos pacientes e familiares, suas relações e seus afetos”¹ (Alonso 2012, 200) enquanto definem o processo de morrer.

O modelo paliativo inclui a família como objeto e agente dos cuidados, definindo-a como parte da multidimensionalidade do paciente. Assim recupera a ideia da casa como melhor lugar para morrer, apoiando-se em uma tradição imaginada com raízes na Idade Média (Azevedo 2020). Entende-se que a experiência do adoecimento e da morte está enredada nas relações familiares, nas emoções e na trajetória de vida da pessoa, em contraste com uma visão reducionista na qual a doença seria um problema biológico a ser resolvido por terapias curativas. Para os profissionais paliativistas, os sofrimentos, sentimentos e experiências do sujeito estão, pelo menos potencialmente, suscetíveis à intervenção na busca de um cuidado “integral” e “humanizado” visando a “qualidade de vida” e a “boa morte”.

Os cuidados paliativos ganham espaço no território brasileiro através da ação organizada de profissionais de saúde da rede pública e privada, que pautaram a implementação de políticas públicas e programas governamentais voltados ao tratamento de pacientes com câncer e ao combate à dor crônica. O modelo de assistência paliativo e a atenção domiciliar foram elencados como elementos cruciais para redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde, com

209

1 Tradução própria. No original: “[...] la experiencia de los pacientes y sus familiares, sus relaciones y sus afectos”.

Lucas Faial Soneghet

ampliação da autonomia dos usuários; e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturas da RAS (Brasil 2016, art. 3).

É nesse contexto que opera o Departamento de Atenção Domiciliar (DAD), serviço de desospitalização e atenção domiciliar localizado em um hospital federal do Rio de Janeiro, apelidado aqui de Hospital F². A legislação que rege a Atenção Domiciliar no SUS não é o único fator, nem o mais decisivo, para a compreensão do dia a dia do departamento, porém, os objetivos nela elencados são relevantes. As ideias de “humanização” e “autonomia” retomam alguns valores que orientam os cuidados paliativos, enquanto a redução da demanda por hospitais, do tempo de internação e a “otimização dos recursos financeiros e estruturas” trazida pela “desinstitucionalização” indicam um discurso tingido pela noção neoliberal de contenção e “otimização” no uso de recursos públicos.

O Departamento de Atenção Domiciliar dedica-se à desospitalização e à atenção domiciliar de pacientes considerados fora de possibilidade terapêutica, isto é, sem cura, ou pacientes cuja internação hospitalar não é considerada necessária. Mariana, enfermeira e diretora do DAD, fala do funcionamento do departamento em relação ao modelo paliativo, indicando que a situação de escassez estrutural da instituição tensiona a expectativa dessa forma de assistência: “A gente tenta fazer o paliativo, dar qualidade de vida pro paciente, só que você sabe como é, né? Tem metas, é hospital público, falta um monte de coisa”. No início de meu trabalho de campo, o DAD contava com aproximadamente 100 pacientes, atendidos por uma equipe de 10 profissionais de saúde, dois motoristas e dois técnicos administrativos. Um ano depois, o número de pacientes havia subido para 120, e a equipe permaneceu a mesma. A frequência de visitas, anteriormente de 10 em 10 dias, foi aumentada para 12 em 12 dias.

Explicando a inserção dos pacientes no DAD, Mariana usa o termo “cuidado compartilhado”. Para inclusão no serviço, é preciso um “cuidador primário” que arca com o “dia a dia dos cuidados”, fazendo procedimentos “de acordo com a orientação da equipe”. O Hospital F fornece parte dos materiais necessários, como curativos, remédios e fraldas, deixando parte ao encargo do paciente e de sua família. No entanto, era comum a falta de recursos nas duas partes, resultando em situações de angústia e tensões. A relação entre casa e hospital em um “cuidado compartilhado” forma um arranjo de cuidado, isto é, figurações relacionais e práticas dedicadas a manutenção, reparação e gestão dos problemas, emoções e relações do corpo. Logo, são arranjos no sentido de conjuntos de relações e no sentido de “arranjar” soluções provisórias para problemas graves ou corriqueiros (Fazionni 2018, 145). O corpo vulnerável é o nexos central dos arranjos, enquanto a manutenção da vida cotidiana é seu objetivo implícito.

Normalidade crítica: cuidados, corpos e cotidiano

Apresentarei a seguir trechos selecionados de três visitas domiciliares das quais participei junto com Daniele, psicóloga do DAD. A paciente visitada, Marília, tinha 81 anos na data da primeira visita e havia sido diagnosticada com enfisema

2 A pesquisa foi submetida e aceita pela Plataforma Brasil, de acordo com as regulamentações de ética em pesquisa com seres humanos. Vale salientar que, em se tratando de uma pesquisa das ciências sociais em um hospital, houve estranhamento do comitê de ética em estudos da instituição. O pesquisador foi convidado a apresentar seu projeto para um grupo de médicos e profissionais de saúde que compunham o comitê de ética interno. Após apresentação, foi permitida a entrada em campo.

Lucas Faial Soneghet

pulmonar há seis anos. Isabel, 59 anos, sua filha e cuidadora primária morava com sua mãe desde o agravamento de sua condição, e parou de trabalhar para dedicar-se integralmente aos cuidados dela.

Dia 13 de junho de 2019

Na casa de Marília, Daniele pergunta se ela tem condições de falar e ela responde: “Um pouquinho”. Seu tom de voz é baixo e rouco, um pouco abafado pelo barulho constante da máquina acoplada ao tanque de oxigênio do seu lado. É a visita de inserção de Marília no serviço, logo Daniele conduz uma entrevista protocolar para coletar informações e preencher seu prontuário. Ela conta que é contadora aposentada, divorciada, católica e mãe de três filhas, uma das quais faleceu por uma doença genética. Quando pergunto sobre seu adoecimento, Marília diz que fumou por muitos anos, mesmo após receber o diagnóstico de enfisema pulmonar. Daniele pergunta se ela participou de algum programa antitabagismo do SUS. Ela responde que sim, mas que não continuou no programa porque não comprou o remédio receitado.

Marília: Eu não comprei mais por dificuldade financeira. Era caro. Aí eu desisti de fazer esse tratamento. Depois eu passei a me tratar naquele hospital em Iguatemi. Eu ia lá... Por exemplo, eu ia lá hoje, aí marcavam pra mim daqui a 4 meses. Aí toda vez que eu ia era: “Como que a senhora está?” E eu dizia “Ah, tô na mesma”. “Então a senhora continua a tomar os remédios”. Aí poxa! Eu comecei a me sentir assim... Não me achando com muita atenção entendeu? Ele por exemplo nunca tirou meu...

211

Isabel a interrompe e diz “radiografia”.

Marília: Radiografia não tava funcionando...

Isabel: Ele tava dando um remédio pra ela que era pra uma pessoa com bronquite. Não um tratamento pro quadro clínico dela. Depois que a gente passou a ir lá, ela começou a ter outro tipo de medicação, só que deveria ter sido bem antes.

Isabel conta que, após ter uma crise de falta de ar, Marília foi levada ao Hospital F, onde foi diagnosticada com enfisema pulmonar.

Isabel: Enfisema, uma doença concreta. Apesar de a bronquite é uma... Asma também é concreta, mas o caso dela era bem mais grave. Ele nunca, sabe... Nunca deu esse atendimento que deveria ser necessário. Nem olhava pra ela, só passava assim os remédios. Teve um dia que eu, desculpa interromper, mas eu fui com ela. Ele não mediu pressão, não escuta pulmão,

Lucas Faial Soneghet

não fez nada. Quer dizer, é um tipo de atendimento só pra marcar presença no trabalho, pra mim é isso.

Marília conta que parou de ir às consultas no hospital que a tratava anteriormente porque ficou com mais dificuldade para se locomover, e eventualmente “num tinha vontade de ir”. A psicóloga pergunta se ela consegue andar hoje, ao que ela responde que só com auxílio. Seguindo o roteiro das perguntas no formulário do DAD, Daniele pergunta sobre a expectativa de Marília sobre seu tratamento.

Daniele: O que a senhora espera do tratamento: cura, melhora no quadro, piora, óbito, outra opção que eu não falei?

Marília: Olha, cura eu acho impossível. Eu sou consciente daquilo que eu tenho. Eu espero ir melhorando.

Marília conta que o cigarro era seu “desafogo” da rotina de trabalho. Quando fala sobre seu hábito de fumar, demonstra arrependimento, dizendo que sabia que aquilo lhe “fazia mal”, mas mesmo assim continuou. Ademais, Isabel menciona a possibilidade de haver um componente genético na dependência química, incluindo outro elemento na história. Os efeitos negativos do cigarro evocam um padrão de dependência química que lembra a rotina de trabalho de uma mãe solteira. Não se pode afirmar com certeza que sua posição social e a genética determinaram sua condição clínica. A relação entre corpo e ambiente é de constituição mútua, portanto não é possível afirmar de antemão qual elemento tem precedência sobre o outro. Como lembra Duarte (1993), a ligação entre “aflições” e “condições sociais de vida” não é automática e simples. Doenças não são somente reflexos de uma dada posição social, de uma condição genética ou eventos espontâneos do corpo humano. São parte de um feixe contínuo de experiências no qual muitos fatores compõem, do ponto de vista do sujeito, “os dramas de sua história” (Canguilhem 2012, 61)³.

A associação entre enfisema pulmonar, cigarro, trabalho e família é o drama da história do adoecimento de Marília. Na sua narrativa, condições genéticas e dependências químicas não são mais ou menos determinantes que o mundo do trabalho e o ônus da maternidade. Todos compõem a tessitura da vulnerabilidade particular de Marília, entramada em relações e arranjos institucionais específicos. Vulnerabilidade aqui é outro nome para a abertura ontológica do corpo que o torna suscetível “a uma variedade de toques, uma variedade que inclui a erradicação de nosso ser em uma ponta, e o suporte físico às nossas vidas na outra” (Butler 2004, 31)⁴.

Quando busca um programa antitabagismo na rede pública de saúde, Marília se vê incapaz de dar continuidade ao tratamento por não poder arcar com os custos do remédio prescrito. Concomitantemente, é diagnosticada erroneamente por um médico, ponto de inflexão no drama de sua narração. No processo de diagnós-

212

3 Tradução própria. No original: “[...] the dramas of his history”.

4 Tradução própria. No original: “[...] to another range of touch, a range that includes the eradication of our being at the one end, and the physical support for our lives at the other”.

Lucas Faial Soneghet

tico, a precariedade dos recursos disponíveis na rede pública aparece na máquina de radiografia quebrada. Entretanto, a história não começa pelo diagnóstico, mas pela busca do programa antitabagista que, posteriormente, a redireciona ao atendimento no primeiro hospital. Diagnosticar não é um ato único e decisivo, mas um processo negociado cujo fim é estabilizar um estado de coisas considerado “objetivo” (Rosenberg 2002).

O primeiro momento do processo diagnóstico de Marília ocorre na passagem de um programa voltado à dependência química a um hospital público. Aqui, há uma primeira requalificação do que pode ser considerado como o fluxo “normal” de sua vida. Marília sempre fumou e nunca viu seu hábito como um problema, até que por algum motivo que ela não revela, passou a frequentar um programa dedicado a modular esse comportamento habitual em termos de uma patologia com origens bioquímicas. O segundo momento se dá mediante uma “crise” de falta de ar que a motiva a procurar o Hospital F, diante da avaliação de que a instituição anterior não estava fazendo o bastante. Um hábito, comportamento ou evento até então corriqueiro pode ser problematizado e seu lugar no cotidiano é questionado e a depender das práticas de categorização e gestão do corpo realizadas, pode ser reintegrado na vida cotidiana, ou motivar a construção de uma nova rotina de práticas.

As diversas interpretações disponíveis a Marília, seus médicos e sua filha existem em “enquadramentos”, isto é, em marcos interpretativos que estabelecem os “domínios do cognoscível” (Butler 2016, 21). Embora Butler tenha desenvolvido o conceito para falar de questões de violência e política num sentido amplo, acredito ser plausível articulá-lo com o problema do reconhecimento e da definição de aflições potencialmente patologizáveis. Tais aflições perturbam o senso da normalidade da vida cotidiana, aquilo que é tido como dado para os saudáveis no “silêncio dos órgãos” (Canguilhem 2009, 35). Este senso depende das possibilidades de reintegração de eventos potencialmente perturbadores e aflitivos na rotina. O diagnóstico de bronquite enquadra a falta de ar e o hábito de fumar em outra luz, trazendo consigo um regime de remédios e uma rotina de cuidados médicos. Assim, outro normal é estabelecido, agora marcado pelo enquadramento do saber médico e pela reinterpretação de um hábito como causador de uma doença. Nesse ponto, o senso de normalidade experiencial descrito anteriormente é subsumido à força normalizadora do saber biomédico, o qual opera com uma norma (saúde no sentido biológico do termo) que deve ser alcançada ao seguir normas de comportamento.

Quando se queixa de uma falta de “atenção” por parte do médico, Marília expressa que suas sensações e sentimentos não estão sendo contempladas nos limites do enquadramento médico que, por sua vez, está ligado a uma rotina de cuidados que parecia ineficaz. Dentro do estoque de práticas e saberes disponíveis, as sensações de Marília haviam sido enquadradas como “bronquite”. Porém, o tratamento proposto a partir desse diagnóstico mostrou-se inadequado para Marília, que interpretou a mesmidade de suas idas ao hospital como sinal de descaso. Nesse processo de reconstrução do que é normal e do que é patológico, os sujeitos

Lucas Faial Soneghet

negociam estados difusos tidos como cotidianos ou não problemáticos o suficiente – uma falta de ar eventual, um hábito de fumar – e estados objetivados enquadrados em rotinas de cuidado médico – um sintoma, uma dependência química.

O espaço entre as “perturbações” e os “sintomas” (Duarte 1993) não é um abismo, mas uma área indefinida no qual práticas como a anamnese clínica, o diagnóstico ou a participação em um grupo de apoio aparecem com intuito de definir, separar e cristalizar estados às vezes experimentados de maneira difusa. Fazzioni (2018), em sua etnografia dos arranjos de cuidado no Complexo do Alemão, descreve tal espaço no qual mazelas sociais, perturbações físicas e sofrimentos se misturam a ponto de embaralhar as fronteiras denotadas por termos como “social” e “físico”. A antropóloga menciona o conceito de “sofrimento difuso” de Valla (Fazzioni 2018, 84) e reflete sobre como, a depender das instáveis disputas e negociações em torno da classificação dos “problemas de saúde”, certas áreas da vida social podem se tornar suscetíveis à intervenção de regimes biomédicos, policiais ou de assistência social.

Volto-me a mais um recorte etnográfico, referente a uma visita posterior à casa de Marília e Isabel.

Dia 18 de julho de 2019

Retorno à casa de Marília e Isabel com Daniele. Marília conta que tem tentando andar em casa, mas se cansa muito rápido após alguns passos. Pergunto a ela como está sendo esse momento de sua vida, desde a inserção no DAD.

214

Marília: Ah tá bom, tá normal. Tanto que a doutora me viu e disse “poxa, você tá completamente diferente do que no dia que eu te dei alta”. Eu disse “que bom, né? Tem doutor que trata da gente e fala ‘que isso? que que aconteceu? Não tô vendo mudança nenhuma’”. Mas graças a Deus, né, espero que toda vez que eu for lá, esteja cada vez melhor. Ela falou que caso eu tenha uma crise muito aguda, é pra ir direto pra lá.

Marília expressa o desejo de “voltar a alguma atividade de antes”. Então Daniele pergunta:

Daniele: E a vida, como vai?

Marília: A vida, minha filha, tô aqui nessa de ficar dependendo das pessoas que é horrível. Num é questão de vaidade nem nada. É questão de... Como é que eu vou te falar... Ter decisões minhas, de gostar de fazer, eu gosto de trabalhar, fazer as coisas, entendeu? Depender dos outros, todo mundo depende. Um depende do outro. Aí é bobagem dizer que não. Mas você quer um negócio e fica “fulano vem cá”... Eu quero ver se eu... Botei na minha cabeça agora que eu tenho que aprender é a andar! [...] Porque se eu ando, eu vou até me libertar um pouco, entendeu?

Lucas Faial Soneghet

Daniele: Mas com alguém segurando, né?

Marília: Sim. Aí eu volto muito cansada. Mas tô tentando.

Conversamos sobre o que Marília tem feito ultimamente. Ela nos conta alegremente que começou a vender produtos cosméticos em casa.

Marília: Isso pra mim é muito importante. Parece que eu me sinto uma pessoa... Que eu não sou mais útil, entende? Então eu fico nervosa com aquilo. Às vezes ela tá ocupada e eu fico gritando pra pegar um negócio pra mim que eu poderia fazer!

Uma crise de falta de ar motivou a ida de Marília ao Hospital F, onde foi diagnosticada com enfisema pulmonar e entrou em uma nova rotina de cuidados no arranjo formado pelo DAD e por sua filha Isabel. Assim, estabeleceu-se o novo “estar normal” ao qual Marília se refere. A vida cotidiana tida como normal traça os limites da experiência subjetiva, tornando-a ao mesmo tempo significativa e possível. O “ordinário”, limite e moldura da vida cotidiana, pode ser perturbado por “eventos críticos” que indicam uma falha da gramática (Das 2007, 7) ou, no caso de experiências de doença, “um senso de falha do corpo e das relações sociais” (Das 2015, 32)⁵.

As transições entre normalidade e criticidade podem ser constantes no processo de morrer. Eventos como o momento de um diagnóstico de terminalidade, a perda da capacidade de andar, a constatação de que um tanque de oxigênio se tornará acessório indispensável no dia a dia, podem parecer pontuais e marcantes, rupturas violentas do cotidiano, ou podem ser integrados nos “recessos do ordinário” (Das 2007, 1). A resposta de Marília à pergunta “tudo bem?” indica o que chamo de *normalidade crítica* do processo de morrer. Primeiro, uma resposta positiva seguida de uma afirmação de normalidade (“tá bom, tá normal”). Depois, a referência à palavra da médica, baseada pela legitimidade de sua expertise. Por fim, agradecimentos a Deus e o desejo de melhora, acompanhado da ameaça sempre presente de outra crise que motivaria o retorno ao hospital. As aflições do processo de morrer parecem estar fora do alcance das categorias disponíveis (Das 2015, 17), seja em vocabulários religiosos ou biomédicos. Evidentemente, “bom” e “normal” não resumem a situação de Marília, mas a sequência de sua narrativa, os vocabulários que aciona e costura, todos tornam sua experiência de morrer mais inteligível, sem exaurir a complexidade e instabilidade da vida em normalidade crítica.

Para Marília, a melhora é o horizonte desejado. Há diferentes perspectivas, contudo, acerca do que pode ser uma “melhora” e do que seria “melhor para” Marília. Referindo-se às palavras da médica, Marília lança mão da autoridade da expertise para conferir veracidade ao seu desejo, reinterpretando seu processo de morrer. Usualmente, respostas à morte que não afirmam explicitamente, e de acordo com um vocabulário expert aceitável, são lidas como “negação”⁶. O desejo

5 Tradução própria. No original: “[...] a sense of failure of the body and of social relations”.

6 Clive Seale (1998, 53–4) argumenta que a “tese de negação da morte” popularizada nas ciências humanas e sociais ocidentais, juntamente com os saberes “psi” (psicologia e psicanálise) não se sustenta. A “negação psicológica” definida pelos saberes “psi” é alçada ao status de “tabu” propagado em toda a sociedade, sem que a negação e seu tão almejado oposto, a aceitação, sejam desnaturalizadas e pensadas enquanto ideias situadas.

Lucas Faial Soneghet

de melhora de Marília é interpretado assim por Daniele, psicóloga do DAD, quando conversamos sobre a visita durante a volta ao hospital. Porém, acredito que a menção à dependência e a aspiração de andar dão outro sentido ao desejo de melhora.

A dependência é parte constitutiva das relações de cuidado (Kittay 1999) e é uma das queixas frequentes de pessoas em processo de morrer por adoecimento (Seale 1998, 166). Quando diz que “todo mundo depende” de alguém, Marília distingue entre dois tipos de “depende”. O primeiro refere-se ao nível básico de dependência experimentado na infância e generalizado em sociedade onde “frequentemente ‘cuidamos de’ muito mais coisas e pessoas do que aquelas às quais cuidamos diretamente” (Tronto 1993, 144)⁷. O segundo tipo, que a incomoda, diz respeito à solicitação constante da ajuda de sua filha e a percepção de que sua capacidade de habitar o mundo ativamente foi reduzida. Aqui, a distinção entre “normal” e “patológico” cunhada por Canguilhem mostra-se esclarecedora. Segundo o filósofo, organismo e ambiente formam o fulcro no qual normalidade ou anormalidade se definem. Assim, entende o normal e o patológico como qualidades vitais, visto que o organismo como um todo, e não somente sua parte afetada, experiencia a doença.

Toda a vida pode perder seu caráter de normalidade no adoecimento, no entanto, a doença não é necessariamente anormal. O normal é função da relação do organismo com o ambiente em uma dada situação e de sua capacidade de “ser normativo”, isto é, de agir eficazmente no ambiente criando novas normas (Canguilhem 2009, 54). O adoecimento e a aproximação da morte afetam profundamente as faculdades corporais de agir efetivamente no mundo e, com isso, o próprio senso de subjetividade: o sujeito se sente um objeto fixo no espaço, incapaz de se mover e de se “libertar”, suscetível e inescapavelmente dependente de outros. A perda da subjetividade, da sensação de ser “uma pessoa”, está ligada a um tipo particular de dependência que impede a reciprocidade. Ao vender produtos cosméticos, Marília se insere em relações de troca e de amizade, recebe visitas de amigas e “se distrai”. Dependere é normal, mas torna-se angustiante quando a dependência aponta para o desgaste da base da vida social: a interdependência. Pedir constantemente a ajuda de sua filha acaba sendo lembrete de que sua antiga posição em uma rede de relações de interdependência composta por trocas simbólicas, afetivas e materiais, está no passado.

Conclusões e despedidas

O trecho a seguir é da minha última visita a Marília. Semanas depois, após uma crise aguda de falta de ar, ela foi levada ao Hospital F, onde morreu.

Dia 03 de setembro de 2019

Eu e Daniele chegamos para mais uma visita na casa de Marília e Isabel.

Daniele: Tudo bem com a senhora?

7 Tradução própria. No original: “Hence, we often ‘take care of’ many more things and people than to which we directly give care”.

Lucas Faial Soneghet

Marília: Tô indo...

Daniele: Indo? Pra onde?

Marília: Tem dia que tô bem, tem dia que não. Ando muito cansada, né. Tô andando um pouco, tô indo no banheiro, voltando. Tenho me esforçado bastante.

Marília repete algumas de suas queixas das últimas visitas. Se sente muito dependente de sua filha e gostaria de poder andar mais sem se cansar. Nos conta que tem sentido muitas dores, mas a médica instruiu que ela tomasse Novalgina e só recorresse ao hospital caso sentisse algo “de anormal”. Segundo Isabel, a médica afirmou que as dores “são normais” por causa de seu estado. Marília relata que passou mal recentemente e foi ao Hospital F. Sua pressão arterial e saturação de oxigênio baixaram muito, o que motivou Isabel a levá-la. Então, relatou sua passagem pela emergência.

Isabel: Mas na emergência, vou ser muito sincera com você, nesse dia que ela teve esse episódio que ela ficou muito ruim, teve até um pouco caso do atendimento da emergência, né. [...] Eles falaram “Ah porque isso é normal, com essa idade, ainda mais com esse problema, num sei que..”. Aí foi insistência, por insistência da minha sobrinha e por minha insistência que ela foi atendida, entendeu? Ela quis dispensar!

217

Posteriormente, um médico plantonista atendeu Marília e solicitou dois exames, um dos quais não foi realizado porque a máquina do hospital estava quebrada. Diante disso, Isabel levou-a a um laboratório particular, sem dúvidas pagando um valor alto pelo exame. Ao fim da visita, Isabel nos acompanha até o portão de sua casa. Ela menciona a última consulta de Marília no Hospital F.

Isabel: Pra mim ela falou que... Falou que ela tá em estado terminal já. Ela diz que tem que tomar os remédios e tudo, ela tá com muita dor, mas não tem mais o que fazer. Tem muita dor, mas é isso.

Lucas: Ela disse que tem medo de internar, você acha que é por isso?

Isabel: Ela quer morrer em casa, ela fala toda hora isso pra mim. Ela fica toda hora dizendo que me ama, aí eu choro pra caramba, mas agora eu tô procurando me controlar mais, porque eu tenho que me controlar, não posso passar certas coisas pra ela... Mas ela tá se despedindo, ela se despediu das pessoas, eu tô vendo isso. [...] Me dá uma angústia. Porque todos os dias que eu levanto, peço a Deus que não a deixe sofrer, entendeu? Eu vou ser muito sincera com vocês, eu não queria que ela morresse em casa. [...]

Lucas Faial Soneghet

Eu tenho medo, eu vou me desesperar, entendeu? Porque tá sendo muito difícil pra mim, é minha mãe, né. Eu já larguei tudo pra ficar com ela. Não é que a gente queira que a pessoa seja egoísta, que a gente quer que a pessoa fique a qualquer custo, mesmo não bem, porque isso seria um egoísmo meu. Eu não quero que ela sofra, não quero que ela sofra. Eu tô notando que ela não tá bem.

Lucas: Ela diz que prefere ficar em casa, né?

Isabel: É, ela não quer ir pro hospital, porque vai intubar. Ela cismou com intubação. Eu falei que não é assim, primeiro fala com o familiar, se autorizar tem. Não pode ser feito isso, tem que pedir autorização. Se a família autorizar, sim. Se não autorizar, não tem o que fazer, entendeu? Eu já falei com ela, não deixa as coisas chegarem ao extremo, entendeu? Porque às vezes... Não é deixar acontecer, né? Vamos ficar sentado, não vamos fazer nada. Não é isso, entendeu? Foi o que falei pra ela, a gente tá cuidando da senhora, tá fazendo tudo... Conversei com minha sobrinha e ela falou que ela tá se despedindo da gente, tá falando que vai morrer, num sei que... Outro dia sentei com ela e falei: por que você fica falando que vai morrer? Não fica pensando nisso, pensa na vida. Do que adianta viver assim? Falei “Marília, você tá vendo o sol, você tá vendo as pessoas que te ama, você tá tendo essa chance, e as pessoas que não têm essa oportunidade?”

218

A normalidade crítica da vida dos moribundos adquire uma outra feição perto do desenlace da história de Marília. A dor, frequente na vida de pessoas acometidas por doenças crônico-degenerativas, e cujo alívio é bandeira central dos cuidados paliativos, não podia mais ser controlada. Tal situação, frequente nos momentos derradeiros, costuma ser remediada pela prática de “sedação terminal”, que consiste na indução de um coma por uso de analgésicos no fim da vida. Antes da sedação terminal, todavia, pacientes em cuidados paliativos podem passar dias, semanas ou meses com dores incontroláveis. No caso de Marília, suas aflições são novamente enquadradas e reincorporadas, pela médica, no registro da normalidade, como algo normal para sua doença. Aqui a normalidade não é normativa, no sentido de Canguilhem, pois Marília não consegue recuperar seu movimento nem sua respiração, como desejava, e permanece cada vez mais dependente de sua filha. Também não é a normalidade no sentido de estabilidade da vida cotidiana, pois seu sono e o de Isabel passam a ser inconstantes em decorrência da dor e dos episódios intermitentes de falta de ar. A oscilação (“tem dia que tô bem, tem dia que não”) é a regra do processo de morrer, mas não segue um ritmo estável. Quando os cuidadores e cuidadoras se veem exaustos e impotentes, quando faltam recursos, quando as dores e o sofrimento não encontram remédio, o lado crítico da normalidade do processo de morrer se sobrepõe.

O episódio da ida de Marília à emergência, narrado por Isabel, nos permite retomar alguns pontos levantados ao longo do artigo e encaminhar uma conclu-

Lucas Faial Soneghet

são. Os profissionais de saúde do Hospital F se veem pressionados a desocupar leitos e esvaziar o setor de emergência, diante da crescente demanda e das metas estabelecidas pela relação de contratualização. Diante disso, a voz de Isabel questiona os limites da instituição e exige que o sofrimento de Marília seja reconhecido enquanto evento crítico que demanda atenção, isto é, exige que ela seja atendida independentemente do quão “normal” possam ser seus sintomas, dado seu quadro clínico. Uma vez atendida, Marília e Isabel se encontram novamente com uma máquina quebrada, assim como no hospital anterior onde havia sido diagnosticada erroneamente. Isso as leva a buscar uma consulta particular, juntando os poucos recursos que tinham em mãos. Passando entre casa e hospital, Marília e Isabel evidenciam uma das fronteiras negociadas e ambíguas nos cuidados paliativos (Alonso 2012). A busca por um cuidado “humanizado” e a “autonomia” do paciente, morando em casa, convive com uma lógica de contenção de custos e desoneração de hospitais, e com uma nova forma de intervenção médica (Menezes 2004).

Marília quer morrer em casa, mas Isabel tem medo. Como o medo e a vontade dessas mulheres, suas dores e angústias, se encaixam no arranjo de cuidado formado pelo DAD e pela casa de Marília e Isabel? A depender das possibilidades de enquadramento e da modalidade de atenção prestada ao sofrimento das duas, há possibilidade deste ser considerado um evento crítico e, portanto, motivar uma mudança na rotina de cuidados. O que se vê, porém, é a integração das dores de Marília ao registro do normal, gerando uma situação de normalidade crítica angustiante, e o fardo do cuidado pesando nos ombros de Isabel. Os cuidados dos moribundos em contextos de assistência domiciliar são “femininos e feminilizáveis” (Nogueira 2016, 101), produzindo um padrão de distribuição do trabalho de cuidar em linhas de gênero, classe e raça. Marília e Isabel são mulheres brancas em um bairro pobre do Rio de Janeiro. Suas vidas são marcadas pela luta constante de lidar com as próprias dores e com as dores umas das outras, navegando espaços institucionais que por vezes aparecem como benesse e outras vezes como obstáculo. Quando narra a passagem de Marília pela emergência, Isabel se queixa dos profissionais de saúde, mas elogia o DAD constantemente, falando carinhosamente da equipe. A vulnerabilidade sua e de sua mãe abre espaço tanto para relações positivas de cuidado, quanto para descasos e eventuais violências.

O medo e a tristeza de Isabel, bem como sua angústia em relação ao possível sofrimento de sua mãe, contrastam com a vontade de Marília de morrer em casa e suas palavras de despedidas. Embora desejasse melhorar, Marília não se enganava sobre sua condição. Tentava se despedir de sua família e expressava seu desejo de ficar em casa até o fim. Assim, constitui-se enquanto sujeito de sua morte. Ao mesmo tempo, necessita dos cuidados de Isabel que, por sua posição de cuidadora primária, experimenta a vulnerabilidade específica dos suportam o “ônus do cuidado” (Vianna 2002).

O drama (e a trama) da história de Marília se tece entre escassez, esperança, aflições e desejos. O instrumento da tecelagem é a prática de cuidar, em toda sua ambiguidade, potência, provisoriedade e fragilidade. As bordas do tecido são dadas pelo horizonte da finitude. Ao longo deste artigo, busquei seguir os reveses

Lucas Faial Soneghet

dessa trama, seguindo a noção de que o cotidiano é o lugar onde a vida e a morte tomam forma, entre a concretude do corpo e a não menos importante concretude das relações sociais, dos enquadramentos discursivos e das instituições. As possibilidades de viver uma vida normal e, no limite, uma vida boa no fim, são mediadas por relações de cuidado formadas em contextos sociais de precariedade, e assim se mostram igualmente precárias. Marília morreu no hospital, a despeito de sua vontade. As últimas palavras que troquei com Isabel me fizeram pensar naqueles que morrem sem qualquer “chance” de viver. Mas também me lembram das coisas que faziam Marília sorrir: o sol e as pessoas que a amavam e ainda amam.

Recebido em 15/10/2021

Aprovado para publicação em 24/05/2022 pela editora Kelly Silva

Lucas Faial Soneghet

Referências

- Alonso, Juan Pedro. 2012. “Contornos negociados del ‘buen morir’: la toma de decisiones médicas en el final de la vida”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 16(40): 191–203.
- Azevedo, Daniel. 2020. *O melhor lugar para morrer*. Curitiba: Appris.
- Berger, Peter L., e Thomas Luckmann. 1991. *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. Reino Unido: Penguin.
- Brasil, República Federativa do. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
- Butler, Judith. 2004. *Precarious life: the powers of mourning and violence*. New York: Verso Books.
- Butler, Judith. 2016. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Camargo Jr., Kenneth. 2005. “A Biomedicina”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 15: 177–201.
- Canguilhem, Georges. 2009. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Canguilhem, Georges. 2012. *Writings on medicine*. New York: Fordham University Press.
- Das, Veena. 2007. *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. California: University of California Press.
- Das, Veena. 2015. *Affliction: health, disease, poverty*. New York: Fordham University Press.
- Duarte, Luiz Fernando Dias. 1993. “Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 3: 43–73.
- Duarte, Luiz Fernando Dias. 1998. “Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução”. In *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*, orgs. Luiz Fernando Dias Duarte, e Ondina Fachel Leal, 9–27. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Elias, Norbert. 2001. *A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer*. Traduzido por Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fazzioni, Natália Helou. 2018. *Nascer e morrer no Complexo do Alemão: políticas de saúde e arranjos de cuidado*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Fleischer, Soraya, e Mônica Franch. 2015. “Uma dor que não passa: Aportes teórico-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas”. *Política & Trabalho* 42: 13–28.
- Giddens, Anthony. 2002. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Kittay, Eve Feder. 1999. *Love’s labor: essays on women, equality, and dependency*. New York: Routledge.
- Menezes, Rachel Aisengart. 2003. “Um modelo para morrer: última etapa na construção social contemporânea da pessoa?”. *Campos* 3: 103–16.

Lucas Faial Soneghet

- Menezes, Rachel Aisengart. 2004. *Em busca da boa morte*. Rio de Janeiro: Garamond Fiocruz.
- Menezes, Rachel Aisengart. 2013. "A medicalização da esperança: reflexões em torno da vida, saúde/doença e morte". *Amazônica – Revista de Antropologia* 5(2): 478–98.
- Nogueira, Carolina de Oliveira. 2016. "Dá licença, posso entrar?": *uma etnografia em uma clínica da família*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional, Rio de Janeiro.
- Rosenberg, Charles E. 2002. "The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience". *The Milbank Quarterly* 80 (2): 237–60.
- Seale, Clive. 1998. *Constructing death: the sociology of dying and bereavement*. London: Cambridge University Press.
- Soneghet, Lucas Faial. 2020. "Fazendo o melhor da vida na morte: qualidade de vida, processo de morrer e cuidados paliativos". *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer* 5(10): 357–82.
- Tronto, Joan C. 1993. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Vianna, Adriana. 2002. *Limites da menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional, Rio de Janeiro.



artigos

v. 47 • nº 2 • maio-agosto • 2022.2

Consumo e moralidade em contextos de vulnerabilidade: histórias de mulheres

Stories of women on consumption and morality in contexts of vulnerability

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9724>

Renata Menasche

Universidade Federal de Pelotas / Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

Doutora em Antropologia Social. Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pelotas e do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Alimentação, Consumo e Cultura (GEPAC).

ORCID: 0000-0002-8707-6037

renata.menasche@gmail.com

Carmen Janaina Machado

Escola Família Agrícola da Região Sul - Canguçu, RS, Brasil

Doutora em Desenvolvimento Rural pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pós-doutoranda junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pelotas. Professora da Escola Família Agrícola da Região Sul (EFASUL).

ORCID: 0000-0001-9830-6953

carmemachado3@yahoo.com.br

Gabriela Richter Lamas

Universidade Federal de Pelotas – Brasil

Graduada em Cinema e Audiovisual e mestranda em Antropologia pela Universidade Federal de Pelotas.

ORCID: 0000-0002-0582-2535

gabirlamas@gmail.com

224

A partir de dados de pesquisa obtidos em dois distintos contextos de vulnerabilidade social, este artigo analisa estratégias de consumo e percepções a elas associadas. São protagonistas das histórias contadas mulheres agricultoras bolsistas do Programa Bolsa Família e mulheres moradoras de centros urbanos que, em situação de redução de renda ocorrida durante a pandemia de COVID-19, aderiram ao grupo de Facebook Boleto+1. Entre as agricultoras, a pesquisa etnográfica foi realizada entre 2016 e 2018, enquanto que junto às associadas do Boleto+1 foi conduzida, em 2020, nos primeiros meses da pandemia, através de mídias digitais.

Based on research data obtained from two different contexts of social vulnerability, this paper will analyse consumption strategies and their relevant perceptions. The leading figures of these stories are female peasants who are beneficiaries of the Bolsa Família Program and women living in urban areas who had their income reduced as a result of the COVID-19 pandemic and had therefore to join the Boleto+1 Facebook group. Among female peasants, the ethnographic research was conducted between 2016 and 2018, while the research with Boleto+1 associates was carried out in 2020, in the first months of the pandemic, via digital platforms.

Mulheres; Vulnerabilidade; Consumo; Pandemia.

Women; Vulnerability; Consumption; Pandemic.

Introdução

A “rede de suporte financeiro-afetivo em tempos de coronavírus” Boleto+1 foi criada em março de 2020. Segundo relatos de duas administradoras¹, a iniciativa partiu de um grupo de mulheres de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, majoritariamente trabalhadoras do campo das artes – especialmente cinema e teatro – que buscavam, de forma solidária, fazer frente à crise que, a partir do início da pandemia², se instaurou entre trabalhadoras autônomas: “se você pode, ajude uma mulher que não pode, pagando um boleto seu”. Com a rápida e expressiva adesão de mulheres à iniciativa e a diversidade de demandas por elas apresentadas, logo o espaço deixou de voltar-se centralmente ao pagamento de boletos, passando a contemplar inúmeras formas de ajuda entre mulheres.

Em dezembro de 2020, quando a pandemia de COVID-19 ultrapassava, no Brasil, nove meses de duração e 190 mil mortes, o grupo de Facebook Boleto+1 (<https://www.facebook.com/groups/Boleto1>), voltado à captação de doações, superava 55 mil membros. No balanço dos nove meses de atividade do grupo, realizado pelas administradoras em postagem de 05 de janeiro de 2021, eram contabilizadas mais de duas mil solicitações atendidas, ultrapassando mil famílias apoiadas e perfazendo doações na ordem de R\$ 220 mil³. Em suas palavras:

(...) o que realmente importa é a gente saber que o grupo ajudou de verdade milhares de mulheres e suas famílias. Quem tá no grupo sabe que essa ajuda vai muito além do que os números são capazes de mostrar. Porque aqui no grupo rola boleto pago, sim, mas também rola carona, conselho, cama pra dormir. Quantas vezes alguém ganhou uma cesta básica e dividiu no grupo? Ou recebeu uma doação e repassou uma parte? Teve também consulta médica, auxílio jurídico, identidade visual pra alavancar o negócio, aula particular.

No mesmo dezembro de 2020, eram mais de 14 milhões as famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF), então circunscrito no quadro do Auxílio Emergencial, benefício financeiro concedido pelo governo brasileiro, instituído pela Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Essa lei estabeleceu medidas excepcionais de proteção social adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia de COVID-19. O Bolsa Família foi criado em 2004, para promover a inclusão social de famílias⁴ em situação de pobreza e fome, estimulando seu acompanhamento nas áreas de saúde e educação (Campello e Neri 2013). Enquanto programa de transferência direta de renda, o PBF é dirigido a famílias em situação de extrema pobreza e de pobreza – respectivamente, com renda mensal *per capita* de até R\$ 89,00 e entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00.

As duas iniciativas, Boleto+1 e Programa Bolsa Família, tão distintas em natureza, gênese e história, têm em comum os fatos de estarem voltadas a segmentos da população em situação de vulnerabilidade social e de serem especialmente dirigidas a mulheres. O Boleto+1 é concebido a partir de perspectiva “feminista

1 Somos gratas às agricultoras assentadas e às *membros* do Boleto+1 que tivemos por interlocutoras – vale aqui menção a Dani Sousa – e gostaríamos, também, de registrar nosso agradecimento a Livia Pasqual e Priscila Guerra, mulheres que estiveram ou estão à frente do Boleto+1, com quem tivemos oportunidade de interagir no processo de pesquisa. Esclarecemos que, em acordo com as interlocutoras, à exceção dos mencionados nesta nota, os nomes trazidos ao artigo são fictícios – tendo sido atribuídos pelas pesquisadoras a partir das trajetórias das interlocutoras ou por associação a seus nomes verdadeiros – e, ainda, que o termo “administradora” será empregado de modo genérico em referência a criadora e/ou moderadora e/ou administradora do Boleto+1.

2 Caracterizada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde, em março de 2020, a COVID-19 é doença causada pelo SARS-CoV-2, novo tipo de coronavírus identificado.

3 Após pausa de um mês, em uma “live de reabertura” realizada, em 2 de fevereiro de 2021, na nova página do Boleto+1 no Facebook (<https://www.facebook.com/boletomaisum>), as administradoras apresentaram o “novo Boleto”, explicando o formato atualizado como projeto de financiamento coletivo, com regras e funcionamento distintos do que fora vigente até então e a perspectiva de criação de uma associação. Em vídeo postado no Youtube (disponível em: <https://youtu.be/ivcgg6Mtm0M>), as administradoras apresentam brevemente as mudanças. A veiculação de pedidos de ajuda e captação de doações, na modalidade como até então fora feita, deixava, assim, de ser propósito do grupo. Essa mudança delimita temporalmente a análise referente à experiência do Boleto+1 neste trabalho, restrita, desse modo, ao primeiro período de sua existência.

4 Na concepção do Programa (MDS 2015), “família” corresponde à unidade nuclear,

e politicamente engajada”. O “Bolsa” realiza pagamento preferencialmente a mulheres, recorte definido a partir da concepção do Programa, de modo a contribuir para a autonomia feminina. É, assim, a partir da incidência que têm nas vidas de mulheres em situação de vulnerabilidade e tomando como ponto de observação contextos em que estão inseridas algumas delas, que optamos por colocar lado a lado duas iniciativas tão distintas.

Perguntamo-nos a que tipo de constrangimentos estão sujeitas as mulheres no que concerne às maneiras de empregar os recursos obtidos a partir das duas iniciativas em questão. Quais os usos legítimos do dinheiro recebido a partir da política pública ou da ação solidária?

Para refletir a respeito, conduzimos o olhar a estratégias de consumo e percepções a elas associadas entre mulheres inseridas em dois distintos contextos de pesquisa.

São protagonistas das histórias aqui contadas mulheres agricultoras assentadas bolsistas do Programa Bolsa Família. Essas mulheres foram escutadas quando da realização de pesquisa etnográfica conduzida, entre agosto de 2016 e abril de 2018, em município situado no sul do Rio Grande do Sul, no processo de elaboração da tese de doutoramento de uma das autoras deste artigo (Machado 2019). A etnografia teve seu primeiro momento no espaço institucional em que são estabelecidos e renovados os vínculos das bolsistas com o Programa, o setor em que, na Secretaria Municipal de Assistência Social, se realiza o atendimento referente ao Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Da sala do CadÚnico, a etnografia foi deslocada para casas de mulheres camponesas, assentadas de três assentamentos de reforma agrária. Essa inserção no campo se deu a partir de três interlocutoras de pesquisa anteriormente realizada para, a partir delas, chegar a vizinhas e outras conhecidas que fossem bolsistas do PBF. Se na sala do CadÚnico os registros no diário de campo buscaram apreender aspectos relacionados ao funcionamento do programa, ao partilhar do cotidiano das mulheres procurou-se observar elementos de sua relação com o programa e de suas práticas de consumo.

Também são protagonistas das histórias aqui trazidas à luz mulheres moradoras de centros urbanos de diversos pontos do país, principalmente das regiões metropolitanas de Porto Alegre e de São Paulo, que, com a redução de renda ocorrida no período de isolamento social decorrente da pandemia de COVID-19, aderiram ao grupo de Facebook Bolet+1. A aproximação de pesquisa possível, realizada por uma das autoras deste artigo, foi dada pelo próprio contexto: em tempos de isolamento social, a pesquisa foi realizada via mídias digitais. Inicialmente, a partir de conhecida comum, foi possível acessar e entrevistar, via chamada realizada através do aplicativo WhatsApp, uma das administradoras do grupo. Na sequência, a partir do acompanhamento e da observação das postagens realizadas no grupo, foram sendo identificadas algumas mulheres cujos casos despertassem atenção e/ou que evidenciassem maior interatividade no grupo. Os contatos foram estabelecidos a partir do Facebook do grupo, sendo estabelecidas conversas em chat privado, algumas delas evoluindo para entrevistas realizadas em chamadas de vídeo no WhatsApp. Compõem, assim, o *corpus* da análise, postagens e comentá-

eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, formando um grupo doméstico que vive sob o mesmo teto e é mantido pela contribuição de seus membros (Lei nº 10.836, de 2004).

rios de mulheres que, em 2020, durante os primeiros meses da pandemia, pediram ou realizaram doações no grupo Boleto+1, inserido na rede social Facebook, complementados por contatos e entrevistas junto a algumas dessas mulheres e administradoras do grupo.

Na sequência desta introdução, o artigo é composto por outras três partes, além de uma pequena síntese dos achados, ao final. No próximo item, serão apresentados alguns parâmetros de funcionamento das iniciativas em questão, para, em continuidade, conduzir o olhar a imagens utilizadas em materiais de divulgação do Programa Bolsa Família e em pedidos de doação veiculados no Boleto+1. Nesses dois itens, são introduzidos elementos que permitem vislumbrar o modo como as mulheres em situação de vulnerabilidade trazidas à análise encontram-se cerceadas por perspectiva moralista do consumo, o que será também evidenciado a partir de extratos de histórias de cinco delas, duas bolsistas do Bolsa Família, três membros do Boleto+1. Os dados construídos serão, então, analisados à luz de reflexão sobre pobreza, vulnerabilidade e mulheres.

As regras

Para aderir ao Programa Bolsa Família, a mulher deve estar inscrita no CadÚnico, mantendo seus dados atualizados e informando quaisquer mudanças referentes a endereço, telefone de contato ou constituição da família (nascimento, adoção, morte, casamento, separação).

O Programa estabelece condicionalidades que devem ser atendidas pelas famílias bolsistas, relacionadas a saúde e a educação, aí incluídos o acompanhamento do calendário de vacinas, crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos; o pré-natal para gestantes; o acompanhamento de nutrizes. Do mesmo modo, são obrigatórias matrícula e frequência escolar mensal mínima de 85% para crianças e adolescentes entre seis e 15 anos; matrícula e frequência escolar mensal mínima de 75% para adolescentes de 16 e 17 anos que usufruam da Variável Jovem. Modalidades e valores recebidos do Programa variam de acordo com composição – número de pessoas, faixa etária, presença de gestantes – e renda da família.

Para ter seu pedido publicado no Boleto+1, também é necessário que a mulher realize um cadastro, cujos dados são checados e validados pelas administradoras do grupo. Tal controle foi implantado apenas em agosto de 2020, como parte de um conjunto crescente de medidas destinadas a eliminar fraudes, disciplinar pedidos e evitar comentários desrespeitosos.

No início das atividades do Boleto+1, as administradoras restringiam-se a coibir postagens de cunho ofensivo ou cujo conteúdo abrangesse pedido ou oferta de serviços não diretamente associado ao contexto da pandemia. Desaconselhavam também postagens impessoais, indicando que o pedido fosse inserido em narrativa sobre a situação vivida pela mulher. Desde sua criação em março até dezembro de 2020, o grupo Boleto+1 foi, para reorganização, fechado e reaberto ao menos cinco vezes, com o estabelecimento de regras referentes a valor máximo por pe-

dido – fixado, em maio, em R\$ 300 –; tempo mínimo entre dois pedidos – inicialmente o intervalo era de uma semana, logo passando a dez dias –; proibição de pedidos *inbox*, interpretados como assédio pessoal a administradoras ou outras. A punição diante de infração era realizada através de bloqueio ou exclusão do grupo.

Dado o impacto das imagens nas publicações e de modo a evitar seu uso de forma apelativa, logo após o início do funcionamento do Boleto+1 as administradoras restringiram a duas as imagens permitidas por postagem; depois foi explicitado que não seriam aceitas fotos que mostrassem dor e sofrimento e, finalmente, após o que uma administradora descreveu como “competição da geladeira mais vazia”, foi completamente proibido o uso de imagens nas postagens.

Cabe mencionar que, neste tipo de grupo do Facebook, ao clicar no perfil de um membro, pode-se identificar suas interações, postagens e comentários realizados no grupo. Pode-se também observar que constam como orientações para o grupo mensagens coibindo postura moralista: “Não julgamos o mérito do pedido, por favor, não julguem”, “Não gostou de um post? Achou o pedido estranho? Não julgue”.

Delineadas as regras que cerceiam os movimentos das mulheres na interação com as duas iniciativas em análise, temos evidenciados outros elementos de constrangimento a que estão submetidas em imagens captadas a partir de cartazes de divulgação do PBF e de postagens realizadas no Boleto+1, trazidas na sequência.

O que dizem cartazes e geladeiras?

228



Figura 1 - Material de divulgação do Programa Bolsa Família.

Fonte: Facebook – Bolsa Família, 2018.

A imagem acima integra material de divulgação do Programa Bolsa Família na rede social Facebook, em que a indicação da *hashtag* #FicaADica orienta para a compra de material escolar e são apresentadas ilustrações de frutas, legumes e verduras, alimentos usualmente classificados como saudáveis. Ao atentar para as imagens na rede, pode-se perceber a recorrência de postagens que orientam para o consumo de alimentos, material escolar e roupas, com foco especialmente na criança. É o que se pode notar na Figura 2, em que são apresentados gastos relativos com recursos do PBF em 2008 – destaque à alimentação como principal gasto, seguida por material escolar –; no *slogan* “Bolsa Família é comida na mesa das crianças” (Figura 3); no recado do reajuste do valor com a imagem de mãe e filhos comprando alimentos (Figura 4); no chamamento para “prestar mais atenção no que come” (Figura 5) ou, ainda, a supermãe elástica, que com o auxílio do PBF “combate a fome e faz as crianças crescerem” (Figura 6).

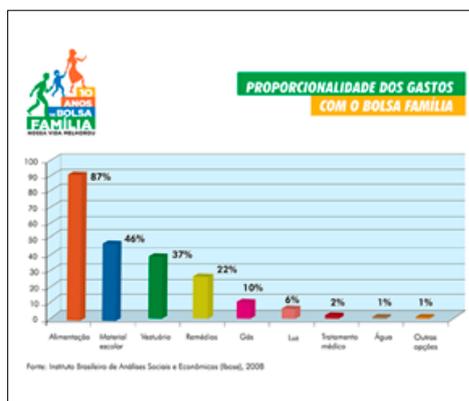


Figura 2 - Gastos relativos com o recurso do PBF.

Fonte: Facebook – Bolsa Família, 2008.



Figura 3 - Relação PBF, alimentação e criança.

Fonte: Facebook – Bolsa Família, 2016.



Figura 4 - Reajuste PBF e vinculação a alimentação.

Fonte: Facebook – Bolsa Família, 2016.



Figura 5 - Campanha alimentação saudável.

Fonte: Facebook – Bolsa Família, 2016.



Figura 6 - Campanha Supermães do BF.

Fonte: Facebook - Bolsa Família, 2016.

Os cartazes indicam itens de consumo recomendados quando obtidos a partir do dispêndio de recursos originários no Programa, sugerindo orientação que pode ser relacionada a condicionais do PBF, como acompanhamento de peso e medidas de crianças e mãe ou da frequência escolar de criança e adolescente. Assim, ainda que não conste da legislação que conforma o PBF determinação referente ao emprego dos recursos concedidos pelo Programa, a observação dessas imagens revela o consumo considerado legítimo e, em correspondência, o perfil da considerada “boa” mãe e administradora do lar – como dito na Figura 6, uma supermãe.

Ainda atentando a imagens, mas agora conduzindo o olhar ao Boleto+1, cabe recordar as modificações, antes mencionadas, nas regras de participação e de convivência do grupo. Segundo relatado por administradoras, no início – quando ainda não se aplicavam restrições ao uso de imagens nas postagens –, comumente as fotos mostravam pessoas em situação de extrema vulnerabilidade, expondo crianças com doenças de pele, crianças chorando em pedido de comida, idosos definhando.

Primeiro a gente pediu pras pessoas não postarem imagens de dor e sofrimento, o que evitaria crianças doentes e pessoas idosas em situação de degradação. Porque era bem degradante o que apareceu ali. Mas depois vieram as geladeiras vazias, assim, uma pessoa cozinhando num fogareiro num chão batido. Depois a gente começou a pesquisar essas imagens na internet e essas imagens não eram das pessoas que pediam, eram ima-

gens encontradas [em banco de imagens] na internet. Daí a gente começou a achar que a coisa da imagem estava sendo usada como um disparador de pena e compaixão e que as pessoas usavam desse recurso para ter seus *posts* atendidos, pois tem muitos *posts* que entram diariamente e nem todos conseguem ser contemplados. Então esse foi um recurso que algumas pessoas encontraram para fazer valer o seu *post*. Isso não significa que a pessoa não precise de dinheiro, não precise de ajuda, mas usar esse recurso para ter o seu *post* contemplado, parece que começou a prejudicar as pessoas que estavam cumprindo todas as regras do grupo. A gente estipulou algumas regras: o que pedir, ser sincera, ser concisa, contar rapidamente sua história... e tinha muita gente que seguia à risca, e essas pessoas estavam sendo prejudicadas por um teatro de uma ou outra. E foi proibido por isso, para coibir essa sensibilização quase novelesca (trecho de depoimento de administradora do Boleto+1, em áudio no WhatsApp).

Como relatado, no momento em que foram proibidas imagens associadas a dor e sofrimento, começaram a aparecer muitas fotos de geladeiras e despensas vazias. Uma das administradoras referiu-se a esse fenômeno como uma “competição da geladeira mais vazia”, como ilustrado pela sequência de fotos reproduzidas na sequência, extraídas de distintas postagens, todas de julho de 2020.

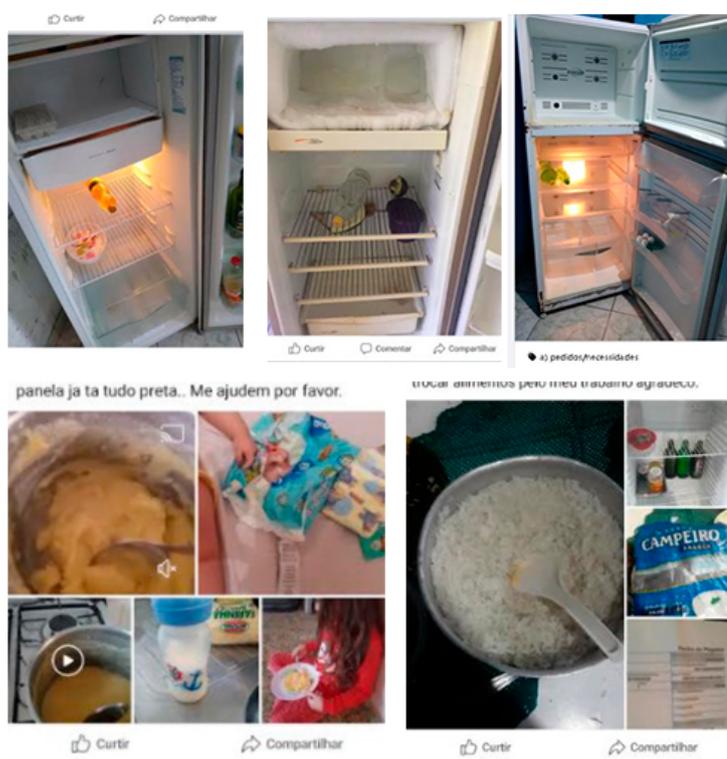


Figura 7 - Geladeiras vazias e outras imagens indicadoras de escassez de alimentos.

Fonte: Facebook, Grupo Boleto+1, julho de 2020.

As imagens da Figura 7 evidenciam a tentativa de acionar, nos pedidos, parâmetros associados ao julgamento moral daquilo que é comprado com as doações, uma vez que o alimento destinado a sanar a fome parece ser, entre os gastos, o considerado mais legítimo.

Ao discorrer sobre necessidades básicas e supérfluas, Lívia Barbosa e Colin Campbell (2013, 39) mencionam que tal distinção pode “definir critérios de direitos, postura moral, participação e constituição nas diferentes sociedades, além de permitir que se observem os mecanismos de poder que lhes são subjacentes”. Para esses autores, por trás da oposição entre necessidades básicas e supérfluas está a possibilidade de grupos sociais e políticos controlarem o consumo alheio, definindo o que é possível e o que é recomendado consumir. Tal controle é exercido, em especial, sobre classes menos favorecidas, contexto em que é tido como digno o consumo destinado a suprir carências culturalmente definidas como básicas. Assim, é considerado inadequado ou mesmo irresponsável o consumo orientado para a reprodução de certos estilos de vida, que extrapolariam as ditas necessidades básicas (Barbosa e Campbell 2013). É nesse quadro que podemos entender que a classificação de determinados segmentos sociais como “pobres” estabelece, de antemão e por outros, a maneira como seu dinheiro deve ser gasto.

Antes de seguir no debate relacionado a moralidades vigentes em nossa sociedade associadas ao consumo e às políticas públicas, convidamos a conhecer Bianca, Joana, Valquíria, Alessandra e Mercedes, mulheres cujas histórias aportam à análise que aqui se desenrola.

Histórias de mulheres

Bianca e a conta de TV

Bianca não é de muitas explicações. É uma jovem de 15 anos que mora com a mãe e os irmãos menores e que se dirige ao grupo Boleto+1 a fim de pedir ajuda para pagar uma conta de TV a cabo no valor de R\$ 164. Em sua postagem, em que exibe uma foto da TV em que aparece a imagem de um filme de animação infantil, ela diz:

Será que alguém pode pagar essa conta pra minha mãe, porque ela não tem dinheiro pra pagar pra mim e meus quatro irmãos não ficamos sem TV pra olhar nessa quarentena. Já está muito difícil sem comida, minha mãe está fazendo de tudo pra conseguir comida, aí não tem como pagar.

Ao ler os comentários à postagem de Bianca, um chama atenção, escrito por uma das administradoras do grupo:

Amigas, já removi alguns comentários aqui. LEMBRANDO: se você não considera importante o pedido de outra, passe adiante, não venha dizer como a pessoa deve agir e criticar uma necessidade que você não conhece bem.

Além dos comentários que haviam já sido apagados pela administradora, ao menos outras cinco dezenas deles: aconselhavam Bianca a renegociar o valor com a empresa de TV a cabo ou a contratar internet e adquirir um “box TV” (aparelho

utilizado para acessar os canais sem pagar pelo serviço); diziam que a empresa de TV a cabo não poderia cancelar o sinal devido à pandemia; reforçavam o pedido de ajuda da menina; lembravam que, pelas regras do grupo, é vedado julgar pedidos.

Bianca conseguiu a ajuda solicitada para pagar o boleto da TV a cabo. Após essa primeira postagem, sempre contextualizando a situação da família, Bianca pediria mais uma vez ajuda para o pagamento da TV a cabo e, em outras ocasiões, para o pagamento do aluguel, para compra de comida e de gás. Em todas essas circunstâncias, seus pedidos foram atendidos.

Joana e seus meninos: “eu não vivo de Bolsa Família”

Ainda pequena, Joana veio com a família do noroeste do Rio Grande do Sul para o assentamento, no sul do estado. Antes disso, seu pai havia estado acampado por nove meses. Aos 28 anos, ela, os dois filhos – de dez e de seis anos – e o esposo residem em um lote no mesmo assentamento em que vivem seus pais. Joana mora ali há menos de dois anos e conta que ainda está estruturando o lote, dedicado à produção para o consumo da família (batata doce, mandioca, galinhas, gansos, perus, porcos, vacas leiteiras) e à produção de fumo, essa destinada à comercialização.

Aos nove anos, Joana deixara a casa de seus pais para trabalhar como babá de duas meninas, na casa de uma família que inicialmente residia no meio rural e depois se mudou para a sede do município. Mais tarde retomou os estudos e, em troca do trabalho, recebia hospedagem, alimentação e algum item de vestuário, permanecendo com essa família por aproximadamente três anos. Depois disso, voltou a viver com os pais, no assentamento, trabalhando como diarista na colheita de fumo. O dinheiro que recebia utilizava para comprar roupas e calçados para si. Ela se casou aos 16 anos, indo morar com a família do esposo – só mais tarde conseguiriam seu próprio lote –, tendo seu primeiro filho aos 17 anos. O dinheiro que então recebia trabalhando na colheita de fumo, em propriedades de vizinhos, era destinado a despesas da família.

Joana considera que a família se encontra em uma fase difícil, com falta de dinheiro, contando apenas com o proveniente do Bolsa Família. No decorrer da conversa realizada em sua casa, ao ser indagada sobre a atualização do cadastro do CadÚnico, ela afirma ter sido inquirida sobre o uso do dinheiro recebido do Programa. Comenta, então, que com

o dinheiro do Bolsa, eu tenho crediário na Pompéia [loja de vestuário e calçados]. Os guris crescem muito, compro roupa, calçado, um Nescau [achocolatado], que eles gostam muito, um pudim, uma gelatina.

Joana declara que tudo o que ela e sua mãe compram com o dinheiro do Bolsa é direcionado às crianças. Ela refuta o comentário da irmã, que mora e trabalha em Porto Alegre e insinua que Joana não teria interesse em buscar outras fontes

de renda, considerando-a acomodada por receber o Bolsa Família. Joana questiona: “quem vai viver com R\$ 152? [valor que recebe do PBF]”, argumentando “eu não vivo de Bolsa Família, eu trabalho de peão!”. Ela destaca, ainda, que produz alimentos para a família, o que representa uma economia importante, na medida em que evita que compre esses produtos no mercado.

Valquíria: o fogão caro demais

Valquíria é moradora de Niterói, Rio de Janeiro, que, em postagem no grupo Boleto+1 realizada em agosto de 2020, se apresenta como “mãe-solo de uma menina de 1 ano, diarista, órfã de infância, mulher feliz, cheia de paz e esperança”.

O perfil de Valquíria contempla algumas das características comumente encontradas entre as mulheres que apresentam pedidos no Boleto+1, em sua maior parte mulheres autônomas que se viram impedidas de trabalhar devido à pandemia ou que, nesse contexto, estão desempregadas; muitas vezes negras; recorrentemente mães-solo, que criam sozinhas as crianças, que, com o fechamento de creches e escolas, passaram a estar todo o tempo em casa.

Valquíria explica que se dirige ao grupo para pedir ajuda a fim de iniciar um pequeno negócio, pois, pretendendo vender porções de comida – como frango à passarinho e “batata turbinada” –, precisa adquirir um fogão mais potente e que esteja em melhores condições do que o seu, enferrujado e com apenas duas bocas funcionando. Ela conta, ainda, que até já possui máquina de cartão, o que será útil para o novo negócio.

Em sua postagem, Valquíria menciona detalhes de sua vida pessoal e financeira, relatando estar pagando o financiamento de sua casa, realizado pelo programa Minha Casa, Minha Vida. Ela conta que encontrou na internet um fogão usado ideal e que busca o dinheiro para realizar sua compra, no valor de R\$ 500. Valquíria publica algumas fotos do fogão que quer comprar e de seu fogão atual, bastante deteriorado, bem como uma foto de sua filha, uma menina pequena trajando vestido de princesa, com a legenda: “peço ajuda de vocês pra me ajudar a conquistar mais que um fogão e sim autonomia e independência financeira”.

Os comentários em reação à postagem divergem. Há as que opinam ser elevado o preço do fogão desejado, dizendo que Valquíria poderia encontrar um usado de até R\$ 200. Há as que consideram que, para fazer porções, o que ela necessitaria é de uma fritadeira, enquanto que para outras o fogão é bom e acertada a escolha. Valquíria responde aos comentários, justificando a escolha a partir de experiência de trabalho anterior em restaurante, comentando a potência e a boa marca do fogão desejado, ponderando haver variação de preços em diferentes regiões e, ainda, apresentando resultados de pesquisa realizada para fundamentar a escolha, para seu empreendimento, por esse tipo de fogão. Por fim, exasperada, ela pede: “se eu conseguir algum valor né? Por que todos falam do valor e isso não tá me ajudando em nada [...] Que pessoas boas entendam minhas necessidades nesse momento e me deem as mãos”. Pelo que se pode notar do que ali consta, ela parece não ter recebido qualquer ajuda do grupo.

Alessandra: encontre um kitnet!

Alessandra, mulher negra do interior de São Paulo, inicia seu pedido no grupo Boleto+1 desculpando-se por estar pedindo, dizendo não poder acreditar ter chegado a essa situação. Muitas das mulheres que pedem ajuda no grupo começam pedindo desculpas. Alessandra conta que mora com as duas filhas e a esposa, recebendo do pai biológico das filhas pensão no valor de R\$ 230. Em postagem realizada em abril de 2020, diz que não tem conseguido trabalhar, mas que está à disposição para indicações de trabalhos, acrescentando que sua esposa, por fazer parte do grupo de risco – sofre de arritmia cardíaca e bronquite –, está impedida de trabalhar durante a pandemia. Ela conta, ainda, que não tem como acessar o seguro-desemprego, porque, segundo ela, para voltar a ter direito ao benefício seria necessário cumprir um intervalo de 16 meses desde a última vez que o recebeu. Mesmo sendo chefe de família, Alessandra obteve o Auxílio Emergencial de apenas R\$ 600.

Ameaçada de despejo por não ter como pagar o aluguel de R\$ 900, Alessandra está em busca de uma moradia mais barata, mas, enquanto isso não acontece, precisa pagar o aluguel do mês. Ela já tem R\$ 500 e está em busca dos R\$ 400 que faltam.

É nesse contexto que procura ajuda no grupo Boleto+1, explicando a situação e colocando imagens da conversa de WhatsApp com a proprietária do imóvel, que se recusa a reduzir o valor do aluguel. Alessandra afirma ter muita vergonha por pedir ajuda, contando que sempre trabalhou como cozinheira e conseguiu pagar o aluguel, comentando, ainda, que, vendo-se nesta situação, chegou mesmo a tentar suicídio.

No grupo, o primeiro comentário dirigido a Alessandra, em resposta a seu pedido, recomenda que ela não se desespere:

Não pense em se matar, vai dar tudo certo, se você se matar a situação piora. Conecte sua TV no canal 21 e ouça palavras de fé e conforto. Tudo isso vai passar, confia em Deus.

No comentário seguinte, uma mulher diz que pode ajudar com tudo o que dispõe: “Velho, sem mentir, que tenho R\$ 8,84 na minha conta, você aceita?”

Em comentários que se seguem, participantes do grupo avaliam a postura da proprietária do apartamento, dizendo que, por um lado, também deve estar difícil para ela, “não tá fácil pra ninguém”, e, por outro, que ela não tem coração por não baixar o valor, “nossa, uma completa ridícula”.

Não tardam comentários, de diversas mulheres, dizendo a Alessandra que o valor que paga pelo aluguel está caro e aconselhando-a a sair de lá, a trocar por algo que se enquadre no valor do Auxílio Emergencial. Algumas mulheres dizem a Alessandra que deve procurar um local mais barato, enquanto outras comentam que sua situação ainda está melhor do que a delas. Alessandra argumenta que está, sim, tentando achar um local mais barato para morar: “Eu já procurei, o proble-

ma é os depósitos, os donos estão exigindo muito”, “Eu estou à procura sim, se eu achasse a casa a R\$ 600 seria perfeito sim. Aí eu daria jeito pra pagar carroto [transporte] e nos alimentar por que eu não tenho vergonha de pedir ajuda e de trabalhar. Eu estou a procura”.

Diante da insistência de comentários no sentido de que ela deveria se mudar para um lugar mais barato, Alessandra parece ficar incomodada, explicando que sempre conseguiu pagar seu aluguel e suas contas, que trabalha desde os 12 anos de idade, mas explicitando motivos pessoais que interferem na possibilidade de mudança para um lugar menor:

Mas vamos lá, vou sair daqui e eu vou pra onde com a minha família? Minhas filhas, minha esposa com problemas de saúde? Você acha que eu queria estar aqui passando por isso, me expondo dessa forma, nunca, pra mim isso é humilhante, mas como você disse, “cada um com seus problemas”. Que Deus abençoe a sua vida.

A um comentário sugerindo a Alessandra que alugasse um kitnet, ela responde que “não daria kitnet, tenho 2 filhas, somos em 4, e aqui não têm isso [referindo-se à inexistência de kitnets na localidade onde mora], até queria, sério mesmo”. Rebatendo, a mulher diz: “amiga, nessa crise dá pra morar até em dois cômodos rs [risos]”.

Ao final, algumas mulheres chamam atenção para o fato de, apesar de tantos comentários, Alessandra ainda não ter recebido a ajuda que precisa, ao que ela desabafa:

Sei que são muitos pedidos de ajuda, sei que muitos podem falar ou achar que não tem necessidade meu *post*, mas só eu sei o que eu tô passando, noites nem dormi, sabendo que qualquer momento não terei teto pra morar, não sei o que fazer.

Em conversa com Alessandra realizada pelo Messenger (bate-papo privado do Facebook), logo após escutar a explicação a respeito do desenvolvimento da pesquisa sobre o grupo, ela pediu ajuda, relatando ter sido bloqueada no grupo, de modo que não tem mais acesso a ele para pedir ajuda, ainda que siga precisando muito. Ela relatou que não pode permanecer na antiga casa, que está em um local menor e que segue passando por dificuldades, tendo que mandar as filhas para a casa do pai – “que elas odeiam” – e colocar à venda, em sua página do Facebook, alguns eletrodomésticos que possui. Alessandra revelou que, no início, conseguiu ajuda no grupo, inclusive a partir da postagem antes comentada. A ajuda veio de pessoas que não teceram comentários. No entanto, logo foi bloqueada, deixando de ter acesso ao grupo, ao que parece como punição por ter realizado pedido *inbox*.

Mercedes, que andarihou e pousou

Mercedes, 48 anos, é natural da região noroeste do Rio Grande do Sul, tendo

vivido a infância no meio rural, com mais cinco irmãos. Aos doze anos, foi para a cidade, trabalhar como empregada doméstica. Por oito anos trabalhou na residência da primeira família que a empregou, cuidando de quatro crianças e realizando as tarefas da casa. O dinheiro que recebia pelo trabalho era gasto na compra de roupas. Mercedes conta que, quando pequena, “nem gostava de ir para a escola, porque não tinha roupa” e que, quando se mudou para a cidade, “não tinha um casaco para levar e era frio, meu irmão me emprestou o dele, único que ele tinha”.

Casou-se aos 19 anos, permanecendo casada durante nove meses. Separou-se grávida, o marido era alcóolatra. Voltou a trabalhar como empregada doméstica, mas o valor que recebia não era suficiente para as despesas, daí retornou para a casa dos pais. Da casa dos pais, mudou-se para uma fazenda, para trabalhar como cozinheira. Lá viveu até o filho completar um ano e seis meses, quando retornou para a cidade, onde alugou uma casa e colocou o filho na creche. Mais uma vez, trabalhou como doméstica.

Passado um tempo, reencontrou um antigo namorado de adolescência, Lauro. Os dois logo se casaram e foram morar com o irmão de Mercedes, em um assentamento no município de Jóiá. O irmão convenceu-os a acampar, para que conseguissem sua própria terra. Acamparam em Santo Antônio das Missões, juntamente com outras cinco mil famílias. Em dezembro de 1989, após cerca de um ano e oito meses acampados – quando o filho Vitor tinha cinco anos, Márcio 1 ano e ela estava grávida de Violeta –, Mercedes e família chegaram ao assentamento em que hoje vivem, no sul do Rio Grande do Sul.

Mercedes conta que ficaram mais de um ano morando no barraco de lona e trabalhando no lote, até que construíram a casa. “Para ir na venda, o Lauro ia a pé”, ela lembra, contando que a distância percorrida era de 12 quilômetros. Desde a chegada ao assentamento, Mercedes foi bem ativa no Movimento [dos Trabalhadores Rurais Sem Terra], sendo que logo assumiu a função de coordenadora. Recordando que sua caçula, Violeta, nasceu nesse período, ela relata que por “seis anos praticamente me dediquei ao Movimento, fui para Brasília, por tudo”. Atualmente Mercedes está voltada ao artesanato – crochê e pintura – e quase não sai de casa, afirmando sentir falta do período de *andanças* pelo Movimento.

Mercedes destaca a importância do PBF para sua família e vizinhos: “a nossa dificuldade era muito grande antes do Bolsa Família, tiraram muita gente da pobreza”. Ela lembra que, quando passou a ser bolsista, destinava o dinheiro recebido para alimentação:

Na época que saiu, eu fazia o rancho e paramos de passar dificuldades. Eu criei meus filhos com o Bolsa Família, eu comprava o grosso. Porco, galinha, eu sempre tive. Feijão, eu tinha. Eu comprava um fardo de farinha, um fardo de arroz, um fardo de açúcar. Aí eu passava bem o mês todo.

Ao longo dos anos, o dinheiro do BF continuou sendo prioritariamente destinado à alimentação: “meu Bolsa Família sempre está na Ivone [proprietária de comércio próximo ao assentamento], eu pego boia [alimentos], mês passado so-

brou R\$ 100 e eu peguei para pagar gasolina”. Contando que no “ano passado dei para Márcio e Vitor comprar calçado, às vezes compro linha [para artesanato]”. Mercedes relata que também destina parte do dinheiro recebido aos filhos e a atividades produtivas que realiza, como o artesanato e as criações: “mês passado eu comprei milho para as galinhas”. Ela é enfática: “o Bolsa Família, quando as crianças eram pequenas, mudou minha vida!”.

Assim como as mulheres que postam pedidos no grupo Boleto+1 acabam – buscando evidenciar necessidades de suas famílias e, com isso, sensibilizar potenciais doadoras – por expor fragmentos de suas vidas, a exemplo do mostrado nas fotos de geladeiras vazias, as bolsistas do PBF devem, recorrentemente, convencer as gestoras do Programa da necessidade do dinheiro recebido. Além de apresentar a documentação exigida pelo Programa no cadastro e em sua atualização, elas estão sujeitas a receber visita *in loco* das gestoras, caso essas suspeitem das informações fornecidas na sala do CadÚnico.

Ao lembrar a ocasião em que realizou a atualização de seu cadastro, Mercedes explicita o constrangimento sentido: “outra coisa que eu não gosto daquelas gurias, é que tu responde e elas ficam se olhando... vontade de perguntar se está fedendo”. Quando instigada a falar mais a respeito, a bolsista desabafa: “parece que tu é um preguiçoso, um vagabundo, que não é um direito teu!”. E complementa: “lá na Primeira-Dama [Secretaria de Assistência Social], me sinto assim, me dá vontade de chorar, me sinto mal, parece que tu tá pedindo”. Mercedes associa o estigma a sua condição de agricultora assentada: “Chega lá, ‘ah, é do assentamento?’, já se olham, ‘veio pedir, né?’”.

238

Pobreza, vulnerabilidade e mulheres

Ao analisar, em item anterior, imagens exibidas em material de divulgação do PBF e em postagens de pedidos de doações no Boleto+1, pode-se perceber, sob inspiração de Barbosa e Campbell (2013), o controle moral exercido sobre o modo como segmentos classificados como pobres gastam o dinheiro. Ainda, nas palavras dos autores citados:

Essa dimensão de controle moral e/ou, mediante políticas públicas, do consumo dos menos favorecidos levou, até há bem pouco tempo, tanto a academia quanto o mundo dos negócios a ignorarem as classes populares como consumidoras. Não só suas preferências por bens e serviços foram ignoradas, como suas estratégias de aquisição, fruição, resignificação e mediação social através de objetos continuam em grande parte desconhecidas por aqueles que se dedicam ao estudo desses segmentos (Barbosa; Campbell 2013, 39).

Essa mesma perspectiva é aqui trazida para iluminar as histórias antes narradas, quando observadas: a ação das administradoras buscando coibir questionamentos ao pedido de doação para pagamento do boleto da TV por assinatura

realizado por Bianca – que o justifica diante da prioridade dada pela mãe à destinação de recursos à alimentação dos filhos –; a ênfase com que Joana e Mercedes afirmam a destinação aos filhos dos recursos recebidos do Bolsa Família; as censuras – não estariam querendo demais? – com que se deparam Valquíria e Alessandra ao, respectivamente, buscar ajuda para alcançar ou manter condições que consideram aceitáveis de trabalho ou de moradia. Como tantas outras mulheres – bolsistas ou não do PBF, membros ou não do Boleto+1 –, aquelas cujas histórias foram aqui trazidas se defrontam com mecanismos de controle moral que as colocam sob escrutínio, da sociedade e/ou do Estado. Nesse quadro, é emblemática a pergunta que, sem jamais ter sido dita, Mercedes “escuta” ao sentir o olhar com que é recebida na sala do CadÚnico: “veio pedir, né?”.

Ao analisar técnicas de governo na América Latina, Bruno Lautier (2014) explicita haver, por parte do Estado, uma distinção entre o “bom pobre” e o “mau pobre”. O “bom pobre” seria aquele que aceita a indagação sobre sua renda real, sobre o modo de vida e, ao mesmo tempo, admite facilmente que deve ser reeducado e que lhe cabe ser humilde. Já o “mau pobre” seria dissimulado e possuidor de vícios, além de considerar a ajuda assistencial como obrigação em relação à qual não deve contrapartidas.

Vale ainda mencionar que, em sua análise sobre políticas públicas, o autor identifica, na primeira década do século XXI, uma mudança relevante, em que a “luta contra a pobreza” teria sido substituída pela “luta contra a vulnerabilidade”. Para Lautier (2014, 468), ambos os termos, pobreza e vulnerabilidade, são herdeiros da moral cristã, em que,

por um lado, o pobre ao qual se destina a compaixão do rico é o meio de sua salvação por meio da doação de esmolas. Por outro lado, a asserção “ajude a si mesmo e o céu o ajudará” – versão antiga da palavra de ordem da luta contra a vulnerabilidade – é uma constante do discurso religioso, mas também leigo, desde o final da Idade Média.

No que concerne especificamente ao campo de estudos sobre mulher e pobreza – que tem por marco o Ano Internacional da Mulher, instituído em 1975, pela Organização das Nações Unidas, a ONU –, Luciana Cruz (2013, 81) aponta que, nesse período, há uma “feminização da pobreza”, ancorada no entendimento de que “um lar sem a presença masculina seria um lar incompleto e suscetível à pobreza”. Essa visão mais tarde seria complexificada com a consideração de outras variáveis e a concepção de que a pobreza de uma família independe do sexo de quem a chefia.

Já o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, de 1997, apresenta o empoderamento das mulheres entre as prioridades para a erradicação da pobreza. Como argumenta Marins (2017, 110, grifos da autora), a inclusão da mulher – como se dá no caso da titularidade no PBF – está atrelada a uma estratégia de definir a qual pobre dirigir os recursos, em um cenário em que as organizações internacionais indicam as mulheres como as mais capacitadas

no combate à pobreza. As mulheres “[...] se tornam, assim, sob diferentes justificativas, o *alvo* e o *ator* principal das políticas de transferência de renda [...] os programas de transferência de renda claramente se apoiam no capital de gênero para o cumprimento de seus objetivos”. Tal perspectiva ganha força imagética mesmo em campanha do PBF, a exemplo do cartaz reproduzido na Figura 8.



Figura 8 - Ênfase às mulheres como chefes de família e titulares do Programa.

Fonte: Facebook - Bolsa Família, 2020.

Mas, segundo a mesma autora, ainda que alguns estudos apontem o PBF como um Programa promotor da autonomia entre as mulheres, também sinalizam que essa prioridade de titularidade do cartão pode ser interpretada em sentido contrário. Nessa medida, “reforça a imagem da mulher como cuidadora do lar e confirma a posição masculina como não responsável pelo cuidado das crianças” (Marins 2017, 121).

Na mesma perspectiva, ao refletir sobre a prioridade da mulher na titularidade do cartão do PBF, Cruz (2013) aponta que daí decorre o direcionamento também a ela das recomendações e normatizações. Dessa forma, a mulher torna-se a principal responsável pelo Programa, enquanto o homem fica isento de responsabilidades. Segundo a concepção da autora, a eleição da mulher como titular e responsável pelo cartão do PBF fortaleceria a ideia de que cabe à mulher o cuidado da casa, das tarefas domésticas e da família, o que pode reforçar a desigualdade existente na divisão do trabalho. Mas, por outro lado, pode também iniciar um processo de desestabilização das hierarquias internalizadas nas famílias.

Trazendo o foco para o contexto de pandemia, vale buscar luz na discussão proposta por Denise Pimenta (2020), apontando que, em tal circunstância, tornam-se ainda mais evidentes as estruturas sociais e que, além do fato de toda pandemia ser racializada – não apenas porque morrem mais pretos do que brancos, mas também porque as mulheres que cuidam são mais pardas e pretas do que brancas –, a pandemia tem rosto de mulher. Isso se deve não só ao fato de as

mulheres serem a maioria das cuidadoras na área da saúde, mas porque também o são no âmbito doméstico, ficando responsáveis pela gestão da alimentação, da água e também dos auxílios do Estado e das doações de mantimentos e materiais de limpeza, entre outros. Desse modo, é flagrante a sobrecarga física e psicológica a que estão submetidas.

Retomando as histórias de mulheres anteriormente vislumbradas, se entendemos, com Pimenta (2020), que toda pandemia tem as marcas de classe, gênero e raça, temos desenhado o perfil majoritariamente presente entre as mulheres que buscam ajuda no grupo Boleto+1. E se pensamos no papel reservado às mulheres na operacionalização de programas de distribuição de renda, quase podemos imaginar fotos de Mercedes e Joana em cartazes do Bolsa Família.

Achados de percursos de pesquisa

O que as histórias aqui trazidas, de habitantes de lugares tão distintos como assentamentos de reforma agrária e centros urbanos, inseridas em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos, têm em comum?

Antes de mais nada, o fato de serem histórias de mulheres em situação de vulnerabilidade, como tantas outras. Certamente não é coincidência que várias sejam as pesquisadoras que, nos últimos anos, têm encontrado histórias semelhantes. A exemplo de Talita Eger (2013), que se dedica a refletir sobre as moralidades subjacentes ao uso do dinheiro recebido por participantes do PBF, em estudo realizado no município de Alvorada, Rio Grande do Sul.

Eger (2013) mostra que o pano de fundo do debate diz respeito à capacidade de esses sujeitos administrarem adequadamente tais recursos, com a ênfase da crítica sendo colocada em práticas de consumo de bens considerados supérfluos e em supostos desvios e mau uso do dinheiro – indicando que haveria usos considerados adequados para tais recursos. Ao destacar ser esse dinheiro destinado a um grupo social cujo comportamento é estigmatizado e monitorado, Eger (2013, 18) aponta ser um dinheiro “carregado por marcas de classe, gênero e geração” – e, acrescentaríamos, também por marcas de raça – “e atravessado por sentidos, moralidades, classificações e expectativas socialmente constituídas e permanentemente tensionadas”.

Observando o cotidiano de famílias participantes do Programa Bolsa Família em dois grandes centros urbanos, Porto Alegre e Rio de Janeiro, Michele de Lavra Pinto (2013, 2016) mostra haver um juízo tácito determinando que as bolsistas devam utilizar o dinheiro recebido do Programa para adquirir alimentos e sob orientação de determinados parâmetros nutricionais considerados adequados pela área da saúde – análise corroborada pelo estudo de Mattar (2019), realizado em favela carioca. A partir das evidências encontradas em campo, Pinto (2013, 166) afirma ser perceptível a conformação de uma hierarquia de necessidades moralmente aceita referente ao consumo de populações de baixa renda, analisando que “o discurso moral que há sobre o consumo atinge particularmente as populações pobres, pois recai sobre elas um etnocentrismo social que subtrai a capacidade,

autonomia e liberdade sobre suas escolhas”.

As histórias das mulheres escutadas por essas autoras, assim como as que trouxemos aqui a partir dos dois universos de pesquisa observados, são histórias que se cruzam por serem consideradas, a partir de parâmetros estabelecidos pelo Estado a partir da política pública ou a partir da sociedade civil, de mulheres em situação de vulnerabilidade social. Algumas são “beneficiárias” do Programa Bolsa Família, outras membros, como demandantes de doações, do grupo de Facebook Boleto+1. Suas histórias também se cruzam por serem colocadas sob escrutínio do olhar de controle e vigilância voltado a suas estratégias de consumo, pelo moralismo a que são submetidas.

Recebido em 08/11/2021

Aprovado para publicação em 28/12/2021 pelo editor Alberto Fidalgo Castro

Referências

- Barbosa, Livia, e Collin Campbell. 2013. "O estudo do consumo nas Ciências Sociais contemporâneas". In *Cultura, consumo e identidade*, orgs. Livia Barbosa, e Collin Campbell, 21–44. Rio de Janeiro: FGV.
- Campello, Tereza, e Marcelo Côrtes Neri, orgs. 2013. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: IPEA.
- Cruz, Luciana Ramirez da. 2013. *As portas do Programa Bolsa Família: vozes das mulheres beneficiárias do município de Santo Antônio do Pinhal/SP*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Eger, Talita Jabs. 2013. *Dinheiro e moralidade no Bolsa Família: uma perspectiva etnográfica*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lautier, Bruno. 2014. "O governo moral dos pobres e a despolitização das políticas públicas na América Latina". *Caderno CRH 27(72)*: 463–77.
- Machado, Carmen Janaina. 2019. *O Bolsa Família a partir das margens do estado: um estudo sobre consumo, política pública e desenvolvimento rural*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Marins, Mani Tebet A. 2017. *Bolsa Família: questões de gênero e moralidades*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.
- Mattar, Viviane. 2019. *Moralidades em torno do Bolsa Família, gênero e alimentação: um estudo de caso a partir de uma favela no Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2015. *Manual de gestão do Programa Bolsa Família*. Brasília: MDS.
- Pimenta, Denise. 2020. "Pandemia é coisa de mulher: breve ensaio sobre o enfrentamento de uma doença a partir das vozes e silenciamentos femininos dentro das casas, hospitais e na produção acadêmica". *Tessituras: Revista de Antropologia e Arqueologia 8(1)*: 8–19.
- Pinto, Michele de Lavra. 2013. "O público e o privado: o 'baralhamento' no cotidiano das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família". *Revista de Ciências Sociais Política & Trabalho 38*: 157–70.
- Pinto, Michele de Lavra. 2016. *Políticas públicas de transferência de renda: um estudo sobre o Programa Bolsa Família na favela do Pavão-Pavãozinho*. Tese de doutorado, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

Stories of women on consumption and morality in contexts of vulnerability

Consumo e moralidade em contextos de vulnerabilidade: histórias de mulheres

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9725>

Renata Menasche

Universidade Federal de Pelotas / Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brazil

Renata Menasche has a Ph.D in Social Anthropology. Professor of the Graduate Program in Anthropology of Universidade Federal de Pelotas and of the Graduate Program in Rural Development of Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordinator of the Study and Research Group on Food, Consumption and Culture (GEPAC).

ORCID: 0000-0002-8707-6037

renata.menasche@gmail.com

Carmen Janaina Machado

Escola Família Agrícola da Região Sul – Brazil

Carmen Machado has a Ph.D in Rural Development from Universidade Federal do Rio Grande do Sul and attends the postdoctoral program in the Graduate Program in Anthropology at Universidade Federal de Pelotas. She teaches at Escola Família Agrícola da Região Sul (EFASUL) - Farming Family School of the Southern Region.

ORCID: 0000-0001-9830-6953

carmemachado3@yahoo.com.br

Gabriela Richter Lamas

Universidade Federal de Pelotas – Brazil

Gabriela Lamas holds a bachelor's degree in Cinema and Audiovisual and attends a master's program in Anthropology at Universidade Federal de Pelotas.

ORCID: 0000-0002-0582-2535

gabirlamas@gmail.com

244

Based on research data obtained from two different contexts of social vulnerability in Brazil, this paper will analyze consumption strategies and how they are perceived. The leading figures of these stories are female peasants, beneficiaries of the Bolsa Família Program and women living in urban areas who had their income reduced because of the COVID-19 pandemic and had therefore to join the Boleto+1 Facebook group. Among female farmers, the ethnographic research was conducted between 2016 and 2018, while the research with Boleto+1 members was carried out in 2020, in the first months of the pandemic, via digital platforms.

A partir de dados de pesquisa obtidos em dois distintos contextos de vulnerabilidade social, este artigo analisa estratégias de consumo e percepções a elas associadas. São protagonistas das histórias contadas mulheres agricultoras bolsistas do Programa Bolsa Família e mulheres moradoras de centros urbanos que, em situação de redução de renda ocorrida durante a pandemia de COVID-19, aderiram ao grupo de Facebook Boleto+1. Entre as agricultoras, a pesquisa etnográfica foi realizada entre 2016 e 2018, enquanto que junto às associadas do Boleto+1 foi conduzida, em 2020, nos primeiros meses da pandemia, através de mídias digitais.

Women; Vulnerability; Consumption; Pandemic.

Mulheres; Vulnerabilidade; Consumo; Pandemia.

Introduction

Boleto+1, a “network of affective & financial support in times of coronavirus”, was founded in March 2020. According to reports from two admins¹, the initiative was launched by a group of women from Porto Alegre, Rio Grande do Sul, most of them working in artistic fields – especially cinema and theater – who sought to tackle, with a solidarity-based approach, the crisis that hit self-employed workers since the beginning of the pandemic: “if you can, help a struggling woman by paying one of her bills”. With a rapid and massive support from women and the multiplicity of demands, the group soon lost its primary focus on the payment of bills and included countless other ways of sorority support.

In December 2020, when the COVID-19 pandemic in Brazil had been going on for nine months and had recorded 190,000 deaths, the Facebook group Boleto+1 (<https://www.facebook.com/groups/Boleto1>), aimed at raising donations, had over 55 thousand members. According to the group’s nine-month accountability report, disclosed on January 5, 2021, more than two thousand requests were met, reaching one thousand families with donations that added to around R\$ 220 thousand². It said:

(...) what really matters is that we know that this group has helped thousands of women and their families. Our fellow group members know that this help reaches far beyond what numbers can show. Because this group is about paying bills, yes, but it is also about carpooling, advice, a bed to sleep. How many times has someone won food supplies and shared it with the group? Or received a donation and shared some of it? There have also been medical advice, legal assistance, visual identity to leverage businesses, private lessons.

Meanwhile, in that very December 2020, more than 14 million families were beneficiaries of the *Bolsa Família* Program (BFP), then falling within the scope of the Emergency Aid, a financial assistance granted by the Brazilian government, set out by Law No. 13982, dated April 2, 2020. This law introduced non-standard social protection measures during the public health emergency resulting from the COVID-19 pandemic. *Bolsa Família* was created in 2004 to promote social inclusion for low-income families³, encouraging compliance with some health and education requirements (Campello and Neri 2013). As a direct income transfer program, BFP is aimed at families in situations of extreme poverty and poverty, with monthly *per capita* income of up to R\$ 89.00 and between R\$ 89.01 and R\$ 178.00, respectively.

What both initiatives, Boleto+1 and *Bolsa Família* – so different in terms of nature, genesis, and history – have in common is the fact that they are targeted at vulnerable segments of the population and are especially designed for women. Boleto+1 is conceived from a “feminist and politically engaged” approach. The grant is preferably paid to women, a choice that has been made since the inception of the Program in order to contribute to female empowerment and autonomy. That is why, based on the impact such programs have on the lives of vulnerable women and taking as a point of observation the contexts in which some of them

1 We are grateful to the female settled farmers and the Boleto+1 members which were our interlocutors – it is worth mentioning Dani Sousa here – and we would also like to thank Livia Pasqual and Priscilla Guerra, women who have been or are ahead of Boleto+1, with whom we had the opportunity to interact over the research process. We make it clear that, according to the interlocutors, with the exception of the names mentioned in this note, any names mentioned throughout this paper are fictitious – and were assigned by the researchers based on the interlocutors’ trajectories or by association with their real names – and also that the term “admin” will be broadly used in reference to the creator and/or moderator and/or admin of Boleto+1.

2 After a one-month break, in a “reopening livestream” held on February 2, 2021, on the new Boleto+1 Facebook page (<https://www.facebook.com/boletomaisum>), the admins presented the new approach, explaining that the group would work as a collective fundraising project, with different rules and a different mode of operation from what had been in force until then, and the perspective of creating an association. In a video posted on YouTube (available here: <https://youtu.be/ivcgg6Mtm0M>), the admins briefly introduced the changes. The disclosure of requests for help and fundraising efforts, as it had been done until then, was no longer the purpose of the group. This change thus creates a time limit to the analysis of the Boleto+1 experience in this paper, restricting it to the first period of its existence. It should be stressed that at the time (January 5, 2021), one US dollar was equivalent to about R\$ 5.44 (Brazilian reais). This conversion base can be used to understand the amounts mentioned throughout the text.

3 According to the Program (MDS 2015), family means

are embedded, we chose to place two strikingly different initiatives side by side.

We have asked to which kind of resource allocation constraint women are subject in both initiatives at issue. Which are the legitimate uses of the cash transferred, either from public policies or charity efforts?

To ponder on the matter, we have looked at consumption strategies and related perceptions among women situated in two different research contexts.

Some of the leading figures of the stories told here are female beneficiaries of land settlement and cash transfer programs. These women were heard during the ethnographic research conducted between August 2016 and April 2018, in a city located in the Southern part of Rio Grande do Sul, during the doctoral thesis writing of one of the authors of this paper (Machado 2019). Ethnography was first introduced within the institutional space where the program beneficiaries forge and strengthen their bonds with the program: the division, within the Local Social Welfare Office, that handles the Single Registry for the federal government's social programs (CadÚnico). Leaving the CadÚnico Office, ethnography was then applied to the houses of female rural workers, living in three land reform settlements. This field entry was conducted with three interlocutors that had participated in previous research to be later extended to their neighbors and other acquaintances who were also beneficiaries of *Bolsa Família*. While the field diary notes regarding the CadÚnico Office entry sought to apprehend aspects related to how the program worked, by sharing the women's daily lives, we sought to observe their relationship with the program and their consumption practices.

The other protagonists of the stories told here are women living in urban areas across the country, especially in the outskirts of Porto Alegre and São Paulo, who joined the Boleto+1 Facebook group after losing income because of lockdown measures in place during COVID-19 pandemic. The viable research approach, conducted by one of the authors of this article, was the one allowed by the context: in times of social isolation, research could only be conducted via digital media. Initially, from a mutual acquaintance, it was possible to get in touch and interview, via a WhatsApp call, one of the group's admins. Afterwards, by following up and observing posts made in the group, we have tracked women whose cases aroused attention and/or showed greater engagement in the group. They were then contacted via the Facebook group, and private messages were sent to them, some of them developing into interviews that were conducted via WhatsApp video calls. The analysis corpus is therefore made up of posts and comments from women who, in 2020, during the first months of the pandemic, requested or made donations through the Boleto+1 Facebook group, complemented by conversations and interviews with some of these women and group admins.

Following this introduction, the paper comprises three other parts, in addition to a brief overview of the main findings at the end. In the next item, we will introduce some operating parameters of the initiatives at issue. Then, we will look at images used in promotional materials for the *Bolsa Família* Program and in donation requests published in Boleto+1. In these two items, we will introduce elements that allow us to understand how these vulnerable women under anal-

a nuclear unit, eventually extended to other individuals with kinship or affinity ties, living together and mutually supported by the contribution of each member (Law No. 10836, of 2004).

ysis are constrained by a moralistic consumption perspective, which will also be observed in report excerpts of five of them, two beneficiaries of *Bolsa Família* and three members of the Boleto+1 group. The amassed data will then be analyzed in light of a reflection on poverty, vulnerability, and women.

The rules

To qualify for the *Bolsa Família* Program, applicants must be enrolled in CadÚnico, keep their data up to date, and report any address, telephone number or family constitution (birth, adoption, death, marriage, separation) change.

The Program sets health and education requirements that must be met by the benefiting families, including the monitoring of the vaccination status, growth and development of children under 7; prenatal care for pregnant women; monitoring of nursing mothers. Likewise, they are required to enroll children in school and comply with a minimum monthly attendance of 85% for the 6-15 age group and 75% for adolescents aged 16 and 17 who receive the Youth Variable (*Variável Jovem*) benefit. Modalities and amounts received vary according to the family composition – number of members, age group, pregnancy status, and family income.

To have their request posted on Boleto+1, women must also complete an application, where their data is checked and validated by the group's admins. Such measure was only implemented in August 2020, as part of a growing set of anti-fraud and organization measures, and to avoid disrespectful comments.

At the beginning of Boleto+1's activities, the admins would only ban any offensive post or requests/service offers that would not be directly related to the pandemic context. They would also discourage impersonal posts, suggesting that the request should include a narrative about the situation experienced by the woman. Since its foundation in March until December 2020, the Boleto+1 group was closed for reorganization and then reopened at least five times, always bringing new rules regarding the maximum value per request – set at R\$ 300 in May; minimum interval between two requests – initially it was one week, then extended to ten days; prohibition of private requests, which would then be interpreted as personal harassment against admins or other members. Penalties for violating these rules were the blocking or banishment from the group.

Given the impact of images and to avoid that member would use them to shock, right after Boleto+1 started operating, the group admins limited it to two images per post; then they explained that photos that showed pain and suffering would not be accepted and, finally, after what one admin described as “the emptiest refrigerator contest”, the use of images was completely banned.

It should also be noted that, in this type of Facebook group, when you click on the photo of a member, you will see the interactions, posts and comments they made in the group. The group also provides guidelines to avoid any self-righteousness assumption: “We don't judge the substance of the request, please don't judge”, “Didn't like a post? Found the request strange? Don't judge”.

Having outlined the rules that restrict the members' interactions in the two

initiatives under analysis, we have observed other constraints to which these women are submitted in images snapped on posters publicizing *Bolsa Família*, as well as on posts made in the Boletto+1 group, as found below.

What do posters and refrigerators say?



Image 1 - Poster publicizing the *Bolsa Família* Program.

Source: Facebook – Bolsa Família, 2018.

The image is part of the promotional material for the *Bolsa Família* Program on Facebook, in which the hashtag #FicaADica suggests that beneficiaries might purchase school supplies. The picture shows fruits and vegetables, foods that are usually classified as healthy. By observing the images on Facebook, one can see repeated posts that suggest the consumption of food, school supplies and clothes, particularly focusing on children. This is what can be seen in Image 2, which shows the use of cash transfers under the scope of *Bolsa Família* in 2008 – food as the main expense, followed by school supplies –; in the motto “*Bolsa família* is about putting food on the table for our children” (Figure 3); in the post on the re-adjustment of the amount bringing an image of a mother and her children buying food (Figure 4); in the post calling people to “pay more attention to what you eat” (Figure 5) or even in the “Elastimom”, a superhero that helps *Bolsa Família* “fight hunger and make children grow” (Figure 6).

248

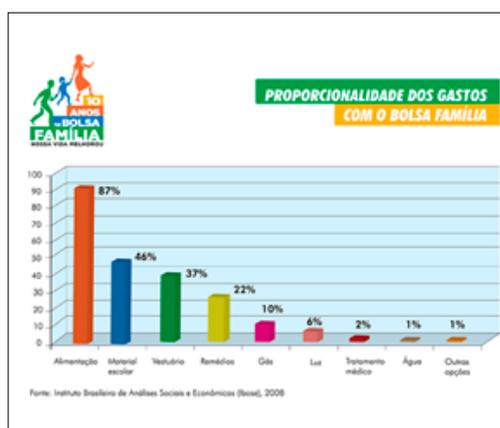


Image 2 - Use of *Bolsa Família* transfers.

Source: Facebook – Bolsa Família, 2008.



Image 3 - Linking *Bolsa Família*, food and children.

Source: Facebook – Bolsa Família, 2016.



Image 4 - Readjustment and reference to food.

Source: Facebook – Bolsa Família, 2016.



Image 5 - Healthy eating campaign.

Source: Facebook – Bolsa Família, 2016.

249



Image 6 - Supermothers Campaign.

Source: Facebook – Bolsa Família, 2016.

The posters suggest items that should be consumed using the cash transfer, suggesting guidelines that would be related to the program requirements, such as

children's weight and measurements follow-up or school attendance. Therefore, even though the law laying down *Bolsa Família* does not contain any provision on how the cash transferred by the Program should be used, these images show what kind of consumption would be considered legitimate and, accordingly, show the profile of what would be deemed a "good" mother and housekeeper - as shown in the righthand top corner of Figure 6, a Super Mother.

Still regarding the images, but now looking at the Boleto+1 group, it is worth recalling the aforementioned changes in the group rules. As reported by the admins, first - when there were no restrictions on image use -, the images usually showed people in a situation of extreme vulnerability, exposing children with skin diseases, children crying to ask for food, elderly people wasting away.

First, we asked people not to post images of pain and suffering, leaving out sick children and elderly people in a state of degradation. Because what was going on there was very demeaning. But then came the images of empty fridges, or of a person cooking on a small stove on a dirt floor. Then we started to search for these images on the Internet and they were not actually of those people making requests, but rather taken [from some image bank] on the Internet. Then we started to think that those images were being used to arouse pity and compassion and that people used it to have their requests met, as many posts arrive on a daily basis and not all of them are granted. So, this was how some people made their posts more appealing. It does not mean that the person does not need the money, does not need help, but resorting to it just to have its request met seems to harm people who were complying with all the group rules. We set out some rules: what they could ask, to be honest, to be brief, to tell their stories quickly... and there were many people who respected it, and these people were being harmed by the little act of a minority. And that is why we banned it, to cut the drama. (Excerpt from a testimonial from a Boleto+1 admin, via audio message on WhatsApp).

As reported, at the time when the pain and suffering images were banned, many photos of empty refrigerators and pantries began to appear. One of the admins referred to this phenomenon as an "emptiest refrigerator contest", as illustrated by the sequence of photos reproduced below, taken from different posts dated July 2020.

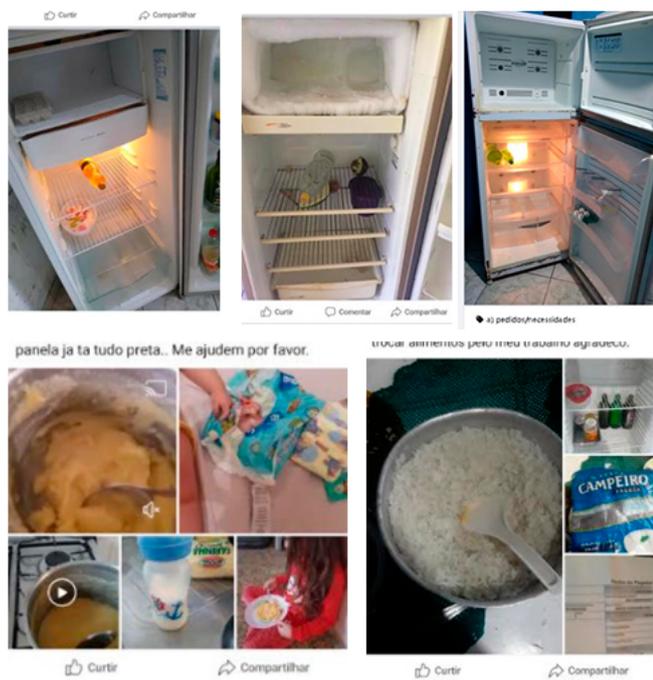


Image 7 - Empty refrigerators and other images suggesting food shortages.

Source: Facebook, Boletto+1 Group, July 2020.

Image 7 shows an attempt to trigger, in the requests, moral parameters that would point to what should be purchased with the donations, since food intended to alleviate hunger seems to be the most legitimate use.

Arguing over basic and superfluous needs, Lívia Barbosa and Colin Campbell (2013, 39) mention that such distinction can “establish criteria of rights, moral stance, engagement and constitution across societies, other than allowing the observation of underlying power mechanisms”. According to these authors, behind the opposition between basic and superfluous needs is the possibility that some social and political groups might control how and what other groups should consume. Such control is exerted particularly over the most vulnerable classes, a context in which consumption aimed at meeting needs culturally defined as basic is considered dignified, while consumption aimed at supporting certain lifestyles is considered inadequate or even reckless, as they would fall above the so-called basic needs (Barbosa and Campbell, 2013). It is within this framework that we can understand that once certain social segments are classified as “poor”, the way they spend their money is established beforehand by third parties.

Before proceeding with the debate over our current moralities on consumption and public policies, we invite our readers to meet Bianca, Joana, Valquíria, Alessandra and Mercedes, women whose stories have added to the ongoing analysis.

Stories of women

Bianca and the TV bill

Bianca does not explain much. She is a 15-year-old girl who lives with her mother and younger siblings and sought the Boletto+1 group to ask for help to pay a TV bill worth R\$ 164. In her post, in which she shows a photo of a TV featuring

a cartoon animation for children, she says:

Could anyone pay this bill for my mother, because she doesn't have the money and me and my four brothers cannot go through lockdown without a TV to watch. It's bad enough without food, my mother is doing everything she can to get us food, and there's no way for us to pay this bill.

Reading the comments on Bianca's post, one of them, written by the group's admins, draws attention:

Friends, I have already removed some comments here. A LITTLE HEADS-UP: if you don't consider someone else's request important, leave it be, don't tell them how they should act or criticize a need that you don't quite understand.

Besides the comments that had already been deleted by the admin, there were at least another five dozen of them: advising Bianca to negotiate the bill with the TV provider or to hire Internet service and purchase a "box TV" (a device used to access channels without paying for the service); saying the TV provider could not cancel the service due to the pandemic; reinforced the girl's request for help; recalling that, according to the group rules, it is forbidden to pass judgments on any request.

Bianca managed to have her TV bill paid. After the first post, Bianca would once again ask for help to pay for their cable TV bill, and, on other occasions, to pay rent, buy food and gas, always putting the situation of the family in context. Every time, her requests were granted.

252

Joana and her boys: "I am not living on Bolsa Família"

While she was a kid, Joana came with her family from Northwestern Rio Grande do Sul to the settlement, in the southern portion of the state. Before that, her father had been living in a campsite for nine months. At the age of 28, she, her two children – aged ten and six – and her husband live on a land plot in the same settlement where her parents live. Joana has lived there for less than two years and says that she is still working on the lot, where they plant food for the family's consumption (sweet potatoes, cassava, chickens, geese, turkeys, pigs, dairy cows) and tobacco, which is intended for the market.

At the age of nine, Joana had left her parents' house to work as a nanny for two girls, in the house of a family that first lived in the countryside and later moved to the city. Later, she resumed her studies and, in exchange for work, she received house, food and some pieces of clothes, from a family with which she lived for approximately three years. After that, she went back to live with her parents in the settlement, working as a day laborer in tobacco farming. The money she received was used to buy her clothes and shoes. She got married at 16 and left home to live with her husband's family – only later would they have their own piece of land–,

having her first child at 17 years old. The money she would then receive working in tobacco farming on neighboring properties was used for family expenses.

Joana believes that her family is going through a difficult moment, unable to make ends meet, as the only money they receive comes from *Bolsa Família*. During the conversation at her home, when asked about the update of the CadÚnico registration, she claims to have been asked about how she used the money received from the Program. She then says that with

the cash transfer, I hold credit in Pompeia [a clothing and shoe store]. The kids grow fast, I buy them clothes, shoes, *Nescau* [powdered chocolate drink], which they like a lot, a pudding, a jelly.

Joana says that everything she and her mother buy with the cash from *Bolsa Família* is intended for the kids. She refutes what her sister, who lives and works in Porto Alegre, state capital of Rio Grande do Sul, says, suggesting that Joana would not be interested in looking for other sources of income, considering her lazy because she receives the *Bolsa Família* cash. Joan asks: “Who could live off R\$ 152? [Cash amount she receives from *Bolsa Família*]”, arguing “I don’t live off this cash, I work as a peasant!”. She also highlights that she gardens to produce food for her family, which represents significant savings, as she does not need to buy those food items in the supermarket.

Valquíria: the expensive stove

Valquíria lives in Niterói, Rio de Janeiro, and posted in the Boleto+1 group in August 2020 introducing herself as the “single mom of a 1-year-old girl, day laborer, lost both of her parents in childhood and is a happy, peaceful and hopeful woman”.

Valquíria’s profile includes some of the characteristics commonly found among women who make requests in Boleto+1: mostly self-employed women who see themselves unable to work due to the pandemic or who, in this context, are unemployed; often black; single moms, who raise their children on their own and, as childcare centers and schools shut down, had to stay at home all the time.

Valquíria explains that she is appealing to the group to ask for help to start a small business, because she needs to purchase a better stove to prepare the food that she intends to sell – such as chicken wings and “turbo potatoes” – as her current stove is rusty and only two burners are working. She also says that she even bought a credit card terminal, which will be useful for her new business.

In her post, Valquíria mentions details of her personal and financial life, reporting that she is paying the mortgage for her house, bought under the *Minha Casa, Minha Vida* program – a Brazilian government housing subsidy program. She says that she found the perfect stove on the Internet and that she is procuring the money to make the purchase, in the amount of R\$ 500. Valquíria posts some photos of the stove she wants to buy and of her current stove, which is quite damaged, as

well as a photo of her daughter, a small girl dressed as a princess, with the caption: “I ask for your help to buy more than just a stove, but rather my autonomy and financial independence”.

Comments in the posts diverge. There are those who believe that the stove she wants is too expensive, saying that Valquíria could find a used one for up to R\$ 200. There are those who understand that, to make fried food, what she needs is a fryer, while for others, the stove is a good and wise choice. Valquíria responds to the comments, explaining her choice based on previous work experience in a restaurant, commenting on the power and brand of the desired stove, weighing that the price might vary across regions and presenting the search results she made to support her choice for that type of stove. Finally, she asks exasperatedly: “if I could only get anything at all, right? Because everyone is talking about the price, and this is not helping me at all [...] May good people understand my needs right now and hold my hands.” From what can be seen from the posts, it seems that she did not have her request met by the group.

Alessandra: Get a one-room flat!

Alessandra, a black woman from São Paulo upstate, begins her request in the Boleto+1 group apologizing for asking, saying that she cannot believe she reached that point. Many of the women who ask for help in the group start by apologizing. Alessandra says that she lives with her two daughters and her wife and receives a R\$ 230 alimony from the biological father of her daughters. In a post dated April 2020, she says that she has not been able to find work, but that she is available for any job referrals, adding that her wife, who is at elevated risk for COVID-19 because she suffers from cardiac arrhythmia and bronchitis, cannot work during the pandemic. She also says that she cannot file for unemployment insurance relief, because, according to her, to be entitled to the relief again, she would have to wait for 16 months since the last time she received it. Even being the breadwinner of the family, Alessandra was granted only a R\$ 600 Emergency Aid.

Threatened with eviction for not paying the R\$ 900 rent, Alessandra is looking for a cheaper house, but, in the meantime, she must pay the monthly fee. She has saved R\$ 500 and is looking for the remaining R\$ 400.

It is in this context that she seeks help from the Boleto+1 group, explaining her situation and posting screenshots of the WhatsApp conversation with the landlady, who refuses to reduce the rent fee. Alessandra says she is very ashamed to ask for help, saying that she has always worked as a cook and always managed to pay for her rent. She adds that, finding herself in this situation, she even attempted suicide.

In the group, the first comment addressed to Alessandra, in response to her request, advises her to not get desperate:

Don't think about killing yourself, everything will be fine, if you kill yourself the situation will get worse. Turn on your TV on channel 21 to hear words of

faith and comfort. You'll come through it, you must trust God.

In the next comment, a woman says she can help with everything she has: "Man, no kidding, I have R\$ 8.84 in my bank account, will that do?"

In the following comments, group members comment on the attitude of the landlady, saying that, on the one hand, it must also be difficult for her – "Things are hard for anyone" – and, on the other hand, that she is heartless for not lowering the price, "wow, that is so ridiculous of her".

Soon many women brought their contributions, telling Alessandra that the amount she pays for rent is expensive and advising her to get out of there and move somewhere that she can afford with the Emergency Aid cash. Some women tell Alessandra that she should look for a cheaper place, while others comment that her situation is still better than theirs. Alessandra argues that she is indeed trying to find a cheaper place to live: "I've been looking, the problem is the tenancy deposit, landlords are asking too much in advance, "Yes, I'm looking for it, if I found a house for R\$ 600 a month would be perfect. Then I would be able to pay for transportation and food because I'm not ashamed to ask for help and work. I am looking for it".

After dealing with repeated comments that she should move to a cheaper place, Alessandra seems to get annoyed and explains that she has always managed to pay her rent and bills, as she works since she was 12, adding the personal reasons that hinder the possibility of moving to a smaller place:

Ok, so I leave the place and where do I go with my family? My daughters, my wife with her health conditions? Do you think I wanted to be here going through this, exposing myself like this? No, never, for me this is humiliating, but as you said, "everyone is going through their own problems". May God bless your life.

To a comment suggesting that Alessandra should rent a one-room flat, she replies that "a one-room flat wouldn't do, I have 2 daughters, there are 4 of us here, and we don't have those [referring to one-room flats] around here, if I could, I would, really". Retorting, the woman says: "Girlfriend, in times of crisis, we can live in two rooms even [laughs]" .

In the end, some women draw attention to the fact that, despite so many comments, Alessandra still had not got the help she needed, to which she responds:

I know there are many requests for help here, I know that many of you say that my post is not about any need, but only I know what I'm going through, the nights where I can't sleep knowing that at any moment, I will not have a roof over my head. I don't know what do.

In a conversation with Alessandra via Messenger (Facebook private messaging app), after hearing the explanation about the research on the group, she asked for

help, reporting that she had been banned from the group, so she no longer had access to it and could not ask for help, even though she still needed it. She reported that she could not stay in the old house, that she was currently living in a smaller place and that she was still going through trouble and had to send her daughters to their father's house – “which they hate” – and offer for sale on her Facebook page some domestic appliances that she owns. Alessandra revealed that, at first, she had some requests met by the group, including in the post mentioned above. Help came from people who did not say anything. However, she was soon blocked and no longer had access to the group, apparently as a punishment for having sent a request via private message.

Mercedes, the wanderer and settler

Mercedes, 48, comes from the northwest portion of Rio Grande do Sul, having lived her childhood on farms with five other siblings. At the age of twelve, she moved to the city to work as a maid. For eight years she worked in the house of the first family that employed her, taking care of four children, and carrying out household chores. The money she received was spent on clothes. Mercedes says that when she was little, “I didn't even like to go to school, because I didn't have any clothes” and that, when she moved to the city, “I didn't have any winter outerwear, my brother would lend me his coat, the only one he had”.

She married at the age of 19 and stayed married for nine months. She got divorced while she was pregnant because her husband was an alcoholic. She went back to work as a maid, but her salary was not enough for her expenses, so she returned to her parents' house. From her parents' house, she moved to a farm to work as a cook. That is where she lived until her son completed eighteen months, when she went back to live in the city, where she rented a house and enrolled her son in day care. Once again, she worked as a maid.

After a while, she was reunited with a teenage sweetheart, Lauro. They soon got married and went to live with Mercedes' brother, in a settlement in the municipality of Jóia. The brother convinced them to set up a camp so they could get their own land. They camped in Santo Antônio das Missões, along with five thousand other families. In December 1989, after about a year and eight months living in the camp – when her son Vitor was five years old, Márcio was one year old and she was pregnant with Violeta – Mercedes and her family arrived at the settlement in which they live today, in the Southern part of Rio Grande do Sul.

Mercedes says that they spent over a year living in a shack tent and working on the land, until they built their house. “Lauro would walk to the grocery shop”, she recalls, saying that the distance he covered was 12 kilometers. Since she arrived at the settlement, Mercedes became an activist in the Movement [of the Landless Rural Workers, the MST], and soon took over the role of coordinator. Recalling that her youngest daughter, Violeta, was born during this period, she reports that for “six years I devoted myself entirely to the Movement, I even went to Brasília”. Currently, Mercedes works as a craft worker – crochet and painting – and she

hardly leaves the house, saying that she misses when she *wandered around* with the Movement.

Mercedes underlines the importance of *Bolsa Família* for her family and neighbors, “our struggle was real before *Bolsa Família*, the program took many people out of poverty”. She remembers that, when she became a beneficiary, she used the cash for food:

By the time she left the program, they were building the ranch and were no longer struggling. I raised my children with *Bolsa Família*, I would buy staples with it. I'd always raised pork and chicken. I'd also plant beans. I would buy some flour, rice, sugar. Then the entire month went well.

Over the years, the cash I received from *Bolsa Família* was primarily intended for food: “My *Bolsa Família* cash is set apart for Ivone [owner of a nearby grocery store], that is where I would buy [food], last month there was R\$ 100 left over and I used it to buy gasoline”. Saying that “last year I bought shoes for Márcio and Vitor, sometimes I buy sewing thread [for handicrafts]”. Mercedes reports that she also uses part of the money for her children and her art and craft work: “last month I bought corn for the chicken”. She makes a point: “When my children were young, *Bolsa Família* changed my life!”.

Just as the women posting requests in the Boleto+1 group – seeking to highlight how much their families need help to sensitize potential donors by sharing stories of their lives, as shown in the photos of empty refrigerators – *Bolsa Família* beneficiaries must repeatedly convince Program managers that they need the cash. In addition to submitting and updating the documents required by the Program, they are subject to receiving on-site visits from the program managers, if they suspect anything reported in the CadÚnico Office.

She recalls how embarrassed she felt on one occasion in which she had to update her data: “Another thing I don't like about those girls is that when you answer something, they keep looking at each other... I feel like asking if I stink or something”. When asked to talk more about it, she confides: “it is like we are a lazy scumbag type, like we are not entitled to it!”. And she adds: “There at *Primeira Dama* [Social Welfare Office], that is how I feel, it makes me want to cry, I feel bad, it seems like I'm begging for it”. Mercedes associates the stigma with her status of settled farmer: “When I get there, it is like ‘oh, you're from the settlement, right?’, they look at each other, ‘so you're here to ask for something, right?’”.

Poverty, vulnerability, and women

By analyzing the above images displayed in the promotional poster for *Bolsa Família* and in the posts requesting donations in the Boleto+1 group, we can notice, inspired by Barbosa and Campbell (2013), the moral control exerted over how the Poor spend their money. Also in the words of the cited authors:

The aspect of moral and/or political control over the consumption profile of the underprivileged led, until recently, both academia and the business world to ignore the working classes as consumers. Not only were their consumption preferences ignored, but also their acquisition, enjoyment, re-framing strategies, and social mediating objects remain largely unknown by scholars who study these segments (Barbosa and Campbell 2013, 39).

The same approach is adopted here to shed light on the stories told above: the action of group admins seeking to restrain questions regarding Bianca's request for a donation to pay her cable TV bill – who substantiates her request by saying that her mother gives priority to feeding her children –; the emphasis with which Joana and Mercedes explain their *Bolsa Família* cash allocation strategies (always to their children); the reprimands – wouldn't they be asking for too much? – when Valquíria and Alessandra, respectively, sought help to improve or maintain appropriate working or housing conditions. Like so many other women – *Bolsa Família* beneficiaries or else, members of Boleto+1 or else –, the leading characters of the stories told here are faced with moral control mechanisms that put them under scrutiny, whether by society and/or by the State. In this scenario, the question that Mercedes “listens” – without ever having been asked – when feeling the look with which she is received in the CadÚnico Office becomes iconic: “You're here to ask for something, aren't you?”

In his analysis on government techniques in Latin America, Bruno Lautier (2014) makes it clear that the State makes a distinction between the “good poor” and the “bad poor”. The “good poor” would be those who accept any question about their income, way of life while easily admitting that they should be re-educated and be humble. On the other hand, the “bad poor” would be sly and full of addictions, in addition to taking any cash transfer for granted, to which they would owe nothing in return.

It is also worth mentioning that, analyzing public policies, the author observes a relevant change in the first decade of the 21st century, in which the “fight against poverty” would have been replaced with the “fight against vulnerability”. For Lautier (2014, 468), both terms, poverty, and vulnerability, are heirs of Christian morality, whereas:

On the one hand, the poor that receives the compassion of the rich is also their mean of salvation, achieved through the giving of alms. On the other hand, the phrase “help yourself and heaven will help you” – an old version of the slogan of the fight against vulnerability – has been a constant religious and lay motto since the end of the Middle Ages.

With regard to the field of studies on women and poverty – which landmark is the International Year of Women, proclaimed in 1975 by the United Nations – Luciana Cruz (2013, 81) points out that back then there was a “feminization of poverty”, based in the understanding that “a home without a male presence would

be an incomplete home and vulnerable to poverty”. This perception would later gain more complexity by the incorporation of other variables and the idea that poverty does not depend on the gender of the family breadwinner.

The 1997 UN Development Report – UNDP presents women’s empowerment as one of the priorities for the eradication of poverty. As Marins argues (2017, 110, emphasis added by the author), women’s empowerment – as in the case of *Bolsa Família* beneficiaries – is connected to a strategy of choosing cash recipients, in a scenario in which international organizations suggest that women are more capable of fighting poverty. Women “[...] thus become, under different rationales, the *target* and *main agent* of cash transfer policies [...] cash transfer programs clearly rely on gender capital to meet their goals”. This approach is supported by the images that illustrate the *Bolsa Família* campaign, like the poster reproduced in Image 8, which brings the message “Over three million breadwinning women have started to receive the Emergency Aid”.



Image 8 – Emphasis on women as breadwinners and beneficiaries.

Source: Facebook – Bolsa Família, 2020.

259

But, according to the same author, even though some studies suggest that *Bolsa Família* is a program that promotes women’s autonomy, they also suggest that this preferable ownership of the program’s card can be interpreted otherwise, as it “reinforces the image of women as caretakers and confirms the position of males as not responsible for looking after children” (Marins, 2017, 121).

In the same light, when reflecting on the preferable ownership of the *Bolsa Família* card by women, Cruz (2013) points out that this is what leads to women-oriented recommendations and regulations. In this way, women become the key figure of the Program, while men are exempted from any responsibility. According to the author, choosing women as *Bolsa Família* card holders can encourage the idea that women are the ones who should take care of the home, household chores and family obligations, which can reinforce the existing labor division inequali-

ties. But, on the other hand, it also starts to shake up internal family hierarchies.

Shifting the focus back to the pandemic context, it is worth looking into the debate proposed by Denise Pimenta (2020), who points out that, in such circumstances, social structures are increasingly evidenced and that, in addition to the fact that every pandemic is racialized – not only because more blacks than whites die, but also because female caretakers are mostly brown and black than white – the pandemic has the face of a woman. This is not only to the fact that women are the majority of health care workers, but also because they are those who take care in the domestic environment, being responsible for managing food, water and also cash transfers and donations of food and cleaning supplies, among others, in order to highlight the physical and psychological burden to which they are exposed.

Going back to the stories of women mentioned above, if we understand, as Pimenta (2020), that every pandemic is marked by class, gender, and race, we see the most common profile of women who seek help in the Boletão+1 group. And if we think about the women's role in income distribution programs, we can almost picture Mercedes and Joana on a *Bolsa Família* poster.

Research findings

What do these stories, of people from places as diverse as land reform settlements and urban centers, inserted in different social, cultural, and economic contexts, have in common?

First, these are stories of women in vulnerable situations, like so many others. It is certainly no coincidence that several researchers have formulated similar stories over the last years.

Talita Eger (2013) is one of these researchers that have been reflecting on moralities underlying the use of cash transferred via *Bolsa Família*, in a study carried out in the city of Alvorada, Rio Grande do Sul. She shows that the underlying debate concerns the subject's ability to properly manage their cash transfers, mainly criticizing their consumption of goods considered superfluous and the alleged misuse of money – suggesting that there would be more suitable uses for such resources. By highlighting that this cash is intended to a social group whose behavior is stigmatized and monitored, Eger (2013, 18) points out that such money “carries class, gender and generation marks” – and also by race marks, we would add – “and crossed by meanings, morales, classifications and socially constituted and permanently tensioned expectations”.

Observing the daily lives of families participating in the *Bolsa Família* Program in two large urban centers – Porto Alegre and Rio de Janeiro – Michele de Lavra Pinto (2013, 2016) shows that there is a tacit judgment determining that beneficiaries should use the cash received from the program to acquire food that comply with certain nutritional parameters considered adequate by health care professionals – an analysis supported by a study conducted by Mattar (2019), carried out in a favela in Rio de Janeiro. Based on field evidence, Pinto (2013, 166) perceives a conformation of a morally accepted hierarchy of needs regarding the consump-

tion profile of low-income populations, whereas: “the moral rhetoric on consumption affects particularly poor populations, as they face a social ethnocentrism that undermines their capacity, autonomy and freedom over their own choices”.

The women’s stories heard by those authors, as well as the ones we bring here from our two research universes, are stories that crisscross since they are considered, based on parameters established by State public policies or civil society, stories of women in situations of social vulnerability. Some are “beneficiaries” of the *Bolsa Família* Program, others are members of the Facebook group Boletto+1, where they make requests. Their stories are also crossed because they are placed under the scrutiny and control aimed at the women’s consumption strategies, by the moralism to which they are subject.

Recebido em 25/01/2022

Aprovado para publicação em 25/01/2022 pelo editor Alberto Fidalgo Castro

References

- Barbosa, Livia, and Collin Campbell. 2013. "O estudo do consumo nas Ciências Sociais contemporâneas". In *Cultura, consumo e identidade*, orgs. Livia Barbosa, and Collin Campbell, 21–44. Rio de Janeiro: FGV.
- Campello, Tereza, and Marcelo Côrtes Neri, orgs. 2013. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: IPEA.
- Cruz, Luciana Ramirez da. 2013. *As portas do Programa Bolsa Família: vozes das mulheres beneficiárias do município de Santo Antônio do Pinhal/SP*. Master's dissertation, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Eger, Talita Jabs. 2013. *Dinheiro e moralidade no Bolsa Família: uma perspectiva etnográfica*. Master's dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lautier, Bruno. 2014. "O governo moral dos pobres e a despolitização das políticas públicas na América Latina". *Caderno CRH* 27(72): 463–77.
- Machado, Carmen Janaina. 2019. *O Bolsa Família a partir das margens do estado: um estudo sobre consumo, política pública e desenvolvimento rural*. Doctoral thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Marins, Mani Tebet A. 2017. *Bolsa Família: questões de gênero e moralidades*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.
- Mattar, Viviane. 2019. *Moralidades em torno do Bolsa Família, gênero e alimentação: um estudo de caso a partir de uma favela no Rio de Janeiro*. Master's dissertation, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2015. *Manual de gestão do Programa Bolsa Família*. Brasília: MDS.
- Pimenta, Denise. 2020. "Pandemia é coisa de mulher: breve ensaio sobre o enfrentamento de uma doença a partir das vozes e silenciamentos femininos dentro das casas, hospitais e na produção acadêmica". *Tessituras: Revista de Antropologia e Arqueologia* 8(1): 8–19.
- Pinto, Michele de Lavra. 2013. "O público e o privado: o 'baralhamento' no cotidiano das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família". *Revista de Ciências Sociais Política & Trabalho* 38: 157–70.
- Pinto, Michele de Lavra. 2016. *Políticas públicas de transferência de renda: um estudo sobre o Programa Bolsa Família na favela do Pavão-Pavãozinho*. Doctoral thesis, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

Futuro sem presente – Notas etnográficas sobre o Programa Criança Feliz no interior da Paraíba

Future without present – Ethnographic notes on the Criança Feliz Program in the interior of Paraíba

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9727>

Pedro Nascimento

Universidade Federal da Paraíba – Brasil

Professor do Departamento de Ciências Sociais (Campus I) e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Pesquisador do GRUPESSC (UFPB) e do Mandacarú (UFAL).

ORCID: 0000-0002-7239-0242

pedro.nascimento@academico.ufpb.br

Amanda Gioriatti Lunkes

Universidade Federal da Paraíba – Brasil

Bacharelada em Antropologia do Departamento de Ciências Sociais (Campus IV) da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Pesquisadora do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – Pibic/UFPB/CNPq. Integrante do GRUPESSC (UFPB).

ORCID: 0000-0003-2168-3253

agl@estudantes.ufpb.br

O artigo discute o Programa Criança Feliz (PCF), voltado à educação para a primeira infância, buscando compreender suas articulações com o Programa Bolsa Família (PBF), uma política social de transferência de renda condicionada. Ao analisar essas políticas, a partir de pesquisa etnográfica realizada em um município da Paraíba, nosso objetivo central é refletir sobre esses programas como tecnologias de governo tendo por base as implicações da relação entre políticas públicas, família e gênero. Trata-se de programas que têm por pressupostos a universalidade da categoria “infância” e a prática do cuidado como uma atribuição feminina. A principal ação do PCF são as “visitas domiciliares”, efetivadas a partir do trabalho das “visitadoras”, mulheres que acompanham as crianças em suas residências propondo atividades educativas para estimular o desenvolvimento infantil. Essa perspectiva permite relacionar o PCF com o PBF – um programa que responsabiliza mulheres pelo cuidado, por meios de uma série de condicionalidades. Ao mesmo tempo, indica as especificidades do PCF que, por meio das “visitas domiciliares”, procura desenvolver habilidades de crianças de 0 a 6 anos e de suas cuidadoras com a aposta de melhora de suas vidas – no futuro.

Etnografia do Estado; Programa Criança Feliz; Programa Bolsa Família; Gênero; Primeira Infância.

The article discusses the Programa Criança Feliz (PCF) (Happy Child Program), aimed at early childhood education, seeking to understand its articulations with the Programa Bolsa Família (PBF) (Family Grant Program), a conditional cash transfer social policy. By analyzing these policies, based on ethnographic research carried out in a municipality of the State of Paraíba, our main goal is to reflect on these programs as government technologies based on the implications of the relationship between public policies, family and gender. We interpret these both programs as a government technology that presupposes the universality of the category “childhood” and the practice of care as a feminine attribution. The main action of the PCF is the “visitas domiciliares” (“home visits”), carried out from the work of the visitadoras (“visitors”), women who accompany the children in their homes, proposing educational activities to stimulate child development. This perspective allows us to relate the PCF with the PBF – a program that makes women responsible for care, through a series of conditionalities. At the same time, it indicates the specifics of the PCF that, through the “home visits”, the aim is to develop the skills of children aged 0 to 6 years and of their caregivers, with the aim of improving their lives – in the future.

Ethnography of the State; Happy Child Program; Family Grant Program; Gender; Early Childhood.

Quanto mais cuidado, mais futuro.

A ciência já comprovou que pequenos cuidados fazem a diferença no futuro de crianças entre 0 e 6 anos, com ênfase nos primeiros 1.000 dias de vida.

Por isso surgiu o Criança Feliz. O programa está levando apoio e informação para famílias em todo o país. Gestos simples ajudam no desenvolvimento infantil, reduzem a desigualdade social e geram muito mais oportunidades no futuro.

(Cartaz de divulgação do Programa Criança Feliz)

Prólogo

Nosso primeiro contato com a equipe técnica do Programa Criança Feliz (PCF), em fevereiro de 2019, ocorreu durante o treinamento da nova equipe de visitadoras. Essa equipe iniciaria suas atividades na semana seguinte. A supervisora, que nos convidara a participar desse momento de formação em formato de uma roda de conversa, permitiu gentilmente que não apenas acompanhássemos a reunião, como pediu que as integrantes da equipe compartilhassem conosco o que vinham aprendendo ao longo da semana. Solicitou também que as participantes veteranas nos apresentassem o material que haviam desenvolvido para a realização das visitas.

Uma das visitadoras veteranas apresentou rapidamente o “livro sensorial” que havia confeccionado, um livro volumoso feito de material emborrachado e flexível (E.V.A) trazendo diversos materiais em cada página: letras, números, figuras com texturas, cores e sons. Outra integrante da equipe apresentou a “caixa surpresa”, que, de tamanho um pouco maior que uma caixa de sapatos, e colorida, tinha um buraco com tiras cortadas e coladas em torno desse círculo, que caíam para a parte interna da caixa. Ela nos ensinava que a criança deveria pôr a mão nessa abertura para pegar os objetos. Vimos um em formato de bichinhos, um guarda-chuva, dentre outros que ela retirava da caixa. A visitadora orientava: “A mãe deve pegar o objeto, dizer o nome dele e recompensar a criança, parabenizando porque ela pegou o objeto”.

A apresentação dos materiais fabricados foi o fechamento da atividade de formação. A pergunta lançada à equipe naquele momento foi: qual a importância do vínculo familiar? Dentre as respostas dadas pelas novas visitadoras em treinamento, pudemos ouvir: “crescer profissionalmente” e “crescer principalmente na escola”. Quando a supervisora perguntou se os cuidados na primeira infância seriam essenciais, ouvimos: “Sim. Principalmente para os mais carentes”, pois “quando a pessoa é pobre já chega em desvantagem no mercado de trabalho”.

Naquela reunião que durou cerca de uma hora, ouvimos repetidas vezes que as atividades a serem conduzidas deveriam contribuir para “estimular a criança”

e fortalecer o “vínculo familiar”.

Das condicionalidades do Programa Bolsa Família ao Programa Criança Feliz – uma trajetória de pesquisa¹

Antes de pesquisar o Criança Feliz, estávamos interessados em compreender a produção de enunciados sobre o Programa Bolsa Família (PBF) e suas condicionalidades, principalmente aquelas na área da saúde (Nascimento 2016). Em pesquisa realizada entre os anos 2013 e 2018, na mesma cidade, as condicionalidades do PBF foram compreendidas como tecnologias de governo utilizadas para o alcance de metas dos serviços de saúde. Mais que estímulo ao acesso a serviços, percebemos as condicionalidades serem utilizadas como estratégias de controle da população baseadas, sobretudo, na ameaça de corte do benefício (Nascimento e Lima 2018).

O Programa Criança Feliz ganhou centralidade em nossa análise pela diversidade de questões que articula em termos de gênero e de noções acerca do desenvolvimento infantil, e por estar, ao mesmo tempo, vinculado ao Programa Bolsa Família. Identificamos elementos de continuidade entre essas ações governamentais, como a importância dos serviços de saúde para o contato com as famílias participantes do programa e a moralidade que orienta as ações.

Buscamos compreender a articulação entre estes dois programas governamentais, tendo como foco os pressupostos que orientam as ações voltadas especificamente para as mulheres e as crianças. Consideramos, nesse processo, as ramificações do PCF em termos da compreensão global do que é a infância, a maternidade, e o lugar do cuidado para o desenvolvimento infantil, por meio do entendimento de que o “estímulo à criança”, promovendo o “vínculo familiar”, permite um “futuro melhor” para as crianças e suas famílias.

Neste artigo, nosso principal objetivo é refletir sobre o Programa Criança Feliz como uma tecnologia de governo tendo por base as implicações da relação entre políticas públicas, família e gênero. Ao analisar essas políticas, buscamos compreender como práticas de governo específicas estão comprometidas com certas moralidades relativas ao entendimento a respeito daqueles a que se dirigem: os pobres, as mulheres, as famílias, a população. Tecnologias de governos são aqui consideradas como:

[...] formas de intervenção orquestradas através de um agregado de forças (legais, profissionais, administrativas, orçamentárias), técnicas de implementação (capacitação, execução, avaliação) e conhecimentos autorizados cunhados para regular as decisões e práticas de indivíduos, grupos e organizações conforme determinados critérios (Fonseca e Machado 2015, 13).

Partimos da compreensão de que essas práticas de Estado, por não se dirigirem da mesma forma aos diferentes sujeitos, promovem a reprodução de desigualdades estruturadas em termos de gênero, raça e classe (Hirata 2014). Essas práticas contribuem para produzir e reproduzir representações e identidades de

1 Versões preliminares deste texto foram apresentadas na XIII Reunião de Antropologia do Mercosul, no GT “Antropologia da Saúde e Direitos Humanos na América Latina: políticas públicas e agenciamentos sociais em saúde”, coordenado por Sônia Maluf e Érica Quinágua, e na 6ª Reunião Equatorial de Antropologia, no GT “Cuidados: questões práticas, teóricas e políticas”, coordenado por Russell Parry Scott e Marcia Reis Longhi, ambas em 2019. Agradecemos aos participantes dos GTs pelos comentários e sugestões feitos. Em março de 2021, participamos da Disciplina “Antropologia política do contemporâneo: abordagens do neoliberalismo”, ministrada pela professora Sônia Maluf (PPGAS/UFSC), em que discutimos este artigo no momento de sua escrita, na aula “Neoliberalismo e poder. O estado no neoliberalismo: perspectivas antropológicas”. As contribuições recebidas nesses momentos foram fundamentais para o desenvolvimento das questões apresentadas aqui. Inicialmente, o projeto de pesquisa contou com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq 482213/2013-2) e é parte do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPA); foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CAEE: 17781913.6.0000.5188. Parecer: 435.317).

gênero comprometidas com certas moralidades que se inserem em um processo de politização da maternidade (Meyer 2005, Dal’igna, Klein e Meyer 2014) ou educação para a maternidade (Klein 2010), no qual moralidades maternas são aplicadas como práticas institucionais (Fonseca 2012).

Para este fim, nossos argumentos estão divididos em duas partes, além desta introdução. Em um primeiro momento, apresentaremos brevemente o Programa Criança Feliz do ponto de vista oficial, destacando sua criação e os princípios que o organizam. Apoiados na discussão antropológica sobre infância e família, discutiremos também o PCF a partir de pesquisa etnográfica em município da Paraíba, nordeste do Brasil², apresentando os caminhos da pesquisa e as principais questões relacionadas à forma local de organização do programa e sua dinâmica baseada, principalmente, na ação das visitadoras. Na segunda parte do artigo, refletiremos sobre as implicações da implementação programática do modelo universal de infância e sua ênfase no desenvolvimento infantil dos primeiros anos de vida e a relação estabelecida entre o Criança Feliz e os usos das condicionalidades do Bolsa Família feitos pela gestão local.

Situamos nossa análise no campo de estudos sobre políticas de Estado, os modos de governo e as práticas de poder em que o Estado é produzido em relações específicas nas quais racionalidade estatal e moralidades se mesclam na prática cotidiana (Ferguson e Gupta 2002, Castilho, Lima e Teixeira 2014, Fonseca e Scalco 2015). Esta perspectiva permite lidar com uma compreensão de Estado a partir de suas práticas cotidianas em que racionalidade e moralidade interatuam – tanto da parte do “Estado”, como da parte dos sujeitos a que as políticas se destinam e seus múltiplos mediadores. A noção de coprodução desenvolvida por Sheila Jasanoff (2004) e utilizada por Fonseca e Machado (2015) colabora para essa compreensão que nos leva a considerar os diversos sujeitos envolvidos na produção daquilo que investigamos – gestores, crianças, documentos oficiais, materiais educativos, visitadoras, mulheres.

Buscamos, assim, aproximar-nos de uma abordagem metodológica focada em uma etnografia do Estado. Esta abordagem é orientada pela compreensão foucaultiana de governamentalidade (Foucault 2008a), que colabora para o entendimento das formas contemporâneas de governo das populações (Foucault 1988, 2005, 2008a, 2008b; Rabinow e Rose 2006; Fassin 2009). O conceito de governamentalidade, como nos dizem Fonseca e Machado, inclui mecanismos e racionalidades políticas e estatais que “administram e regulam populações, mas que, simultaneamente, convocam mentalidades e subjetividades, convidando o próprio sujeito, sob a tônica da *autonomia*, a participar ativamente na gestão e administração do poder”. Dessa forma, compreender as tecnologias de governo produzidas nessas relações implica em considerar como sujeitos são produzidos na própria formação do Estado (Fonseca e Machado 2015, 13).

Igualmente essa análise não prescinde de nossas percepções como autor e autora posicionados, orientados por uma perspectiva feminista de conhecimento situado, nos termos de Donna Haraway (1995), que não pressupõe uma separação irreduzível entre essa posição e nossa prática de pesquisa.

2 Optamos por omitir o nome da cidade, de pouco mais de 20 mil habitantes, considerando que as interpretações apresentadas neste artigo não decorrem de uma especificidade local. Ao mesmo tempo, essa opção pode favorecer o anonimato das pessoas envolvidas na pesquisa, cujos nomes são fictícios.

Programa Criança Feliz: a primeira infância como agenda de Estado

O Programa Criança Feliz está diretamente relacionado ao Programa Primeira Infância Melhor (PIM), criado em 2003, em Porto Alegre. No ano de sua implantação, o secretário de Saúde do Rio Grande do Sul era Osmar Terra, que em 2016 assumiu, na gestão do Presidente Temer, o Ministério do Desenvolvimento Social, tornando-se ministro da Cidadania no Governo Jair Bolsonaro até janeiro de 2020. Em matéria veiculada em 2018, Osmar Terra afirmava que “transferência de renda sozinha não reduz a desigualdade”. Por esta razão, defendia a necessidade de o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) contarem com uma “ação de longo prazo voltada ao desenvolvimento humano” (Osmar Terra 2018).

O PCF foi instituído por meio do Decreto nº 8.869 em outubro de 2016, logo após Michel Temer assumir interinamente o cargo de presidente da República (Atos do Poder Executivo 2016). Esta foi a primeira medida do governo federal para atender ao Marco Legal da Primeira Infância, Lei nº 13.257 (Atos do Poder Legislativo 2016), elaborado no governo Dilma Rousseff. É definido como um programa de caráter interseccional que tem como finalidade a promoção do desenvolvimento integral de crianças na primeira infância, período que compreende a faixa etária de 0 a 6 anos.

Foram estabelecidos como objetivos do PCF a promoção do desenvolvimento da criança a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil na primeira infância; o apoio à gestante e à família para o nascimento e os primeiros cuidados com o bebê; o fortalecimento de vínculos familiares e do desempenho na função de cuidar e de educar os filhos; e a mediação do acesso às políticas e serviços públicos pelos assistidos (Atos do Poder Legislativo 2016). A adesão dos municípios ao programa é voluntária (Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário 2017), e as famílias também aderem voluntariamente ao programa, por meio do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

Contextualizando o Programa Criança Feliz

Antes daquele encontro com a equipe em fevereiro de 2019, descrito inicialmente, já tínhamos feito uma visita ao CRAS e outra à Secretaria de Assistência Social em busca de informações sobre o PCF até que fomos apresentados à supervisora do programa. O trabalho de campo foi realizado entre fevereiro e junho de 2019. Durante esse período também acompanhamos cerca de 23 visitas domiciliares. Ao todo foram 14 encontros presenciais: 6 com as equipes técnicas, quando nos encontramos apenas com servidoras da rede de assistência social e equipe do PCF (visitadoras e supervisora), e 8 encontros de acompanhamento de visitas, que nos colocou em contato com as visitadoras do PCF e as mulheres beneficiárias do programa. Esses encontros aconteceram, na maioria das vezes, durante um dos turnos, manhã ou tarde. Além do acompanhamento das atividades relativas ao PCF (reuniões com a equipe e visitas domiciliares), registradas em diário de

campo, o material empírico da pesquisa etnográfica foi produzido também a partir da análise de documentos oficiais relativos ao programa, particularmente o Guia para visita domiciliar.

A escolha das equipes de visitadoras que acompanhamos foi feita pela supervisora do PCF. Contatávamos previamente (por chamadas telefônicas, mensagens de WhatsApp ou mesmo em conversas no final dos turnos de visita) a supervisora ou as visitadoras para agendar os encontros, tratando de negociar horários e dias que melhor se encaixassem nas suas agendas de trabalho. A praça central da cidade, a sede do PCF ou a entrada do *campus* IV da UFPB eram os locais onde geralmente nos juntávamos à equipe e éramos conduzidas aos domicílios das cuidadoras por um motorista da prefeitura no veículo a serviço do programa. Nossas interlocutoras do PCF foram a supervisora do programa, 2 visitadoras que trabalhavam no programa há pelo menos dois anos e 3 outras visitadoras que estavam na equipe ainda em formação.

Embora a supervisora tenha mantido a abertura para nossa participação na pesquisa e as visitadoras tenham gentilmente nos permitido acompanhar seu trabalho, percebemos, ao longo dos meses, que havia certo constrangimento por parte das visitadoras com a nossa presença, como se constituísse em mais um elemento de vigilância a seu trabalho, o que nos fez suspender essa atividade. No segundo semestre daquele ano, fizemos contato por telefone com a supervisora em diferentes momentos, mas não tivemos êxito em agendar um novo encontro, tanto para dar retorno da experiência da pesquisa já realizada como para planejar nova etapa. Nosso cronograma previa o início de uma nova fase de trabalho de campo no início de 2020, para estabelecer um diálogo direto com as beneficiárias fora do contexto das visitas domiciliares, e sem a mediação da equipe técnica, para que pudéssemos nos debruçar sobre a compreensão dessas mulheres sobre o PCF e as noções que ele articula, plano que foi interrompido pela pandemia da covid-19. Assim, é importante destacar que, embora tenhamos mantido contato regular com as mulheres beneficiárias do programa nas visitas, não foi possível aprofundar naquele momento, as perspectivas dessas mulheres sobre o funcionamento do programa e sobre as interpretações que trazemos neste artigo.

A equipe estava composta à época por uma supervisora com formação em psicologia e 11 visitadoras, nove mulheres e dois homens. Cinco dessas visitadoras trabalhavam desde a adesão da gestão municipal ao Criança Feliz, em 2017, enquanto os demais começaram a atuar em março de 2019 atendendo um total de 308 beneficiários. As exigências para contratação das visitadoras são: 1) ter concluído o ensino médio, 2) ter no mínimo 18 anos, e 3) passar por um processo de capacitação. Dado que a equipe é formada em sua maioria por mulheres, as nomearemos como visitadoras.

As visitadoras recebem um salário-mínimo por mês para atender ao menos 30 beneficiários. A orientação da supervisora é que mantenham o número de atendidos sempre acima da meta, pois os critérios para inclusão e permanência de “usuários” – como são referidos os integrantes do PCF – leva a uma constante rotatividade de famílias participantes. As crianças de famílias beneficiárias do

Bolsa Família são desligadas do Criança Feliz ao completarem 3 anos. O desligamento também acontece quando a criança passa a frequentar uma creche ou pré-escola. A supervisão aplica um sistema de controle de visitas que poderia acarretar descontos no valor recebido pelas profissionais, operado por meio de listas que deveriam ser assinadas pela gestante ou a(o) responsável pela criança ao final do atendimento, a fim de atestar a realização da visita e evitar possíveis fraudes, de acordo com a supervisora.

As ações do Programa Criança Feliz são colocadas em prática centralmente por meio das visitas domiciliares. A metodologia utilizada é a CDC (Cuidados para o Desenvolvimento da Criança), desenvolvida e cedida pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) / OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), definida como uma metodologia “pautada na orientação e no apoio aos esforços das famílias sobre a vinculação e cuidados para o desenvolvimento da criança” (Ministério do Desenvolvimento Social 2017, 30).

Essas visitas consistem em recomendações de como as mulheres devem brincar e cuidar de suas crianças de acordo com os padrões propostos pela CDC para cada faixa etária do desenvolvimento na primeira infância. São fornecidas às visitadoras tabelas que indicam quais são as características gerais esperadas de uma criança com determinada idade. O Guia para visita domiciliar orienta que seja respeitado “o ritmo diferenciado de aquisições no desenvolvimento de cada criança” (2017, 64) e a importância do processo de perguntar e escutar a cuidadora para que se possa fazer um acompanhamento mais apurado e atividades apropriadas para o contexto em que vive (Ministério do Desenvolvimento Social 2017, 32). No entanto, durante as visitas pudemos observar que mesmo que a visitadora mantenha esse tipo de diálogo com a cuidadora, na maioria das vezes acabam por não conseguir manter um acompanhamento meticoloso de cada criança que atendem, seja por falta de tempo, de recursos, de sobrecarga de trabalho, como elas mesmas justificaram algumas vezes, e mesmo pela ausência de capacitação profissional adequada para esse tipo de trabalho, como veremos mais detalhadamente adiante.

A equipe era distribuída internamente em duplas para atender às diferentes localidades cobertas pelo programa no município. Ao chegar aos bairros, a dupla se dividia e cada visitadora se dirigia às casas das famílias que deveria visitar naquele dia, uma após a outra. Todas as famílias de um mesmo local eram atendidas de acordo com um cronograma estabelecido pelo programa, não podendo escolher o dia que melhor caberia em sua rotina para receber as visitadoras. A dificuldade de deslocamento até os locais das visitas, muitas vezes distantes uns dos outros e em áreas rurais, nos parece ser o fator condicionante dessa organização. As visitas domiciliares que acompanhamos tinham duração média de 20 minutos³ e eram divididas pelas profissionais em 3 momentos: chegada, desenvolvimento da atividade e encerramento. Na primeira etapa, a visitadora era recebida pela cuidadora (termo utilizado pela equipe para se referir às mulheres encarregadas dos cuidados com as crianças) perguntando sobre seu bem-estar e do(a) filho(a). Em seguida questiona se a mulher reproduzira o brinquedo da última visita para dar continuidade à atividade, referida como “tarefa de casa”. Essa expressão é utilizada

3 O Guia orienta que as visitas durem aproximadamente 45 minutos para que se possa desenvolver cada uma de suas etapas (Ministério do Desenvolvimento Social 2017, 22). Porém, de acordo com as visitadoras, seguir isso à risca é impraticável no cotidiano de trabalho, seja por conta do número de famílias que precisam atender diariamente ou pelo engajamento da família e/ou da criança com as atividades diferir das expectativas que as profissionais criaram quando as planejaram.

por algumas visitadoras para se referir à tarefa da cuidadora de reproduzir em casa os materiais e atividades propostos durante as visitas. Nas situações acompanhadas por nós, elas raramente reproduziam os materiais para as atividades fora do momento da visita. É importante salientar que o Guia destaca que “as atividades planejadas e propostas pelo(a) visitador(a) não são tarefas para o(a) cuidador(a), são recomendações” (Ministério do Desenvolvimento Social 2017, 36), porém pudemos perceber certa cobrança para que as cuidadoras dessem continuidade às brincadeiras no decorrer da semana.

No segundo momento, a atividade era proposta e a visitadora recomendava que a mãe a colocasse em prática com a criança. Enquanto a mulher cuidadora brincava com o(a) filho(a), a visitadora explicava sobre os objetivos da brincadeira: estimular a coordenação (motora) e/ou a fala, fortalecer o vínculo com os pais, reconhecer cores etc. As visitadoras costumam utilizar materiais de fácil acesso, como garrafas PET, sementes, tecidos, papel e lápis, entre outros.

O terceiro e último momento da visita geralmente era utilizado para o recolhimento da assinatura da cuidadora e para dar-lhe recomendações sobre a tarefa de casa da semana. Também era nesse momento que a família costumava informar alguma dificuldade para acessar serviços como saúde e assistência social, o que as visitadoras prontamente buscavam solucionar.

Repercussões

Além dos desafios pontuados até aqui, à época de seu lançamento o PCF foi questionado em diversos aspectos, que consideramos pertinente ainda trazer à tona antes de nos encaminharmos para a segunda parte de nossa argumentação. A articulação intersetorial proposta pelo Criança Feliz é um de seus pontos controversos e foi duramente criticada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que acusa a falta de diálogo do Governo Federal com a sociedade civil e com os conselhos das políticas de intersetorialidade do programa (CFESS 2017). De acordo com a análise feita pelo conselho, o PCF foi alocado à parte do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Sistema Único de Saúde (SUS), da educação infantil e das demais políticas públicas formuladas com base nos direitos sociais dispostos na Constituição Federal de 1988 (CF-88), além de prever parcerias com órgãos e entidades públicas ou privadas, movimento que abre caminho para investimentos do terceiro setor e para a desresponsabilização do Estado no financiamento e execução do programa.

A Confederação Nacional de Municípios (CNM), por meio de estudo feito por sua área técnica de Assistência Social, comparou o orçamento da LOA (Lei Orçamentária Anual) destinada ao Programa de Consolidação do Sistema Único de Assistência Social dos anos de 2016 e 2017, valores que são utilizados para manter a gestão e a execução dos serviços socioassistenciais e demais ações realizadas pelo SUAS, e identificou um corte de mais de R\$ 471 milhões de reais no orçamento para cofinanciamento do SUAS em 2017. A CNM “acredita que há a possibilidade de o valor [...] ter sido utilizado/remanejado para custear a implantação e im-

plementação do novo programa federal [Programa Criança Feliz]” (Confederação Nacional dos Municípios 2017a, 2), hipótese levantada também pela nota do CFESS mencionada anteriormente, visto que o valor destinado ao Criança Feliz (R\$ 328 milhões) estaria próximo do valor do corte daquele ano.

Em outro documento, a CNM apresenta um estudo para avaliar os impactos orçamentários da adesão ao PCF sobre os municípios. A organização aponta que o valor destinado aos municípios não cobre nem a totalidade dos custos com a folha de pagamento das equipes, entre outras limitações (Confederação Nacional dos Municípios 2017b, 12). Alerta também para a instabilidade jurídica do programa que, até então, conta apenas com decreto e resoluções para orientar os municípios quanto à sua implementação e que não garantem a atualização dos valores dos repasses federais, a continuidade do programa, a possibilidade de algum cofinanciamento estadual e não são claros quanto à forma de contratação dos profissionais.

A focalização do Criança Feliz em uma faixa etária específica (0 a 6 anos) é outro ponto controverso, pois, segundo alguns de seus críticos, fere o direito de igualdade e universalidade dos direitos fundamentais da CF-88 e a definição de infância dada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), priorizando determinada faixa etária (SPOSATI 2017, 531).

Pode-se identificar certo consenso entre esses textos críticos ao Criança Feliz no que diz respeito à suposta inovação que o programa representaria: considerando-se a existência de uma estrutura técnica e de uma série de ações realizadas pela política de assistência social que já buscam alcançar objetivos similares aos propostos pelo PCF, como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), o programa não seria tão inovador como se anuncia, apresentando-se como uma versão subfinanciada e instável juridicamente de outras ações que já são operadas no âmbito SUAS.

Busca ativa e relação com outros programas e serviços locais

A convite da supervisora do PCF, acompanhamos a busca ativa por famílias feita pelas novas visitadoras e o processo inicial de aproximação com os beneficiários. Nessa busca, as visitadoras foram a um bairro da cidade identificado pelo grupo como “área de vulnerabilidade socioeconômica” e procuraram a Unidade de Saúde, pois, segundo a supervisora, são as agentes de saúde que conhecem os beneficiários e poderiam repassar as informações sobre as famílias com crianças e/ou gestantes.

As visitadoras e a supervisora buscaram no “boca a boca” as famílias com possíveis beneficiários, enquanto aguardavam os dados via agentes de saúde. Esse primeiro contato da equipe em formação servia para que dúvidas sobre o procedimento fossem sanadas, como, por exemplo, a possibilidade de cadastrar ou não uma família em que a criança completaria 3 anos dali a 5 meses. O entendimento era de se fazer o cadastro da família, mesmo nessa condição, pois depois poderia encontrar outra criança que pudesse substituí-la. Foi reforçada também a necessi-

dade de cadastrar o máximo de crianças, dada a possibilidade de descontinuidade dos cadastros.

Naquela oportunidade, a equipe conseguiu que algumas famílias aderissem ao Programa, como uma mulher que aceitou receber o serviço para seus netos. Durante sua conversa com a visitadora, ela conta que está em vias de se aposentar e quando isso acontecesse seria desligada do PBF, por isso precisava que sua filha, mãe da criança, migrasse o benefício para seu nome. A conversa explicitava o medo da mulher em fazer essa mudança e assim perder o benefício, indicando o desconhecimento da parte dos beneficiários sobre as regras de funcionamento do Programa (Nascimento 2015, 2016, 2017; Nascimento e Lima 2018).

Posteriormente, em uma visita a três áreas rurais do município, as famílias reclamaram sobre não ter havido atendimento nas três semanas anteriores. As visitadoras justificaram que não conseguiram cobrir toda a área no turno marcado com as beneficiárias e ficamos sabendo depois, pela supervisora do Programa, que problemas de transporte impediram a equipe de chegar aos locais durante esse período. Algumas dessas famílias se mostraram preocupadas em perder o benefício do Bolsa Família em razão do não cumprimento das visitas por parte das profissionais, e outras fizeram perguntas sobre a relação do PBF com o PCF: buscavam saber se a participação no segundo seria uma condição para continuar a receber o valor referente ao primeiro. A precisão das informações dadas às famílias sobre a articulação entre os dois programas parecia variar de acordo com o conhecimento que as visitadoras tinham sobre eles e/ou a segurança que tinham em relação à permanência das famílias que atendiam: ao mesmo tempo em que algumas visitadoras, principalmente as mais experientes, diziam às beneficiárias que a participação no PCF não se configura como mais uma condicionalidade do Bolsa Família, uma profissional da equipe nova afirmava que o Programa oferece maior segurança para o recebimento do benefício.

Ao acompanhar o preenchimento dos formulários⁴ de diagnóstico dos beneficiários, percebia-se certo receio das famílias em responder a perguntas sobre quais eram seus meios de transporte, quando possuíam algum, mesmo que a visitadora informasse, ao notar o nervosismo da pessoa, que os dados obtidos não seriam repassados à gestão municipal do Bolsa Família.

Para as famílias que moram em regiões mais afastadas do centro da cidade, onde está localizado o setor de cadastramento e gestão do Bolsa Família, as visitadoras e as agentes de saúde são mediadoras fundamentais para que esses beneficiários tenham acesso às informações sobre o programa. Certas compreensões de que “o Bolsa Família é só para famílias com filhos” e “se alguém da casa tiver carteira assinada não tem direito a receber, mesmo que tenham 10 pessoas na família” são informações repassadas pelas visitadoras que não condizem com o que o programa estabelece. Em uma das visitas, perguntamos se elas haviam recebido alguma capacitação sobre como funciona o PBF, visto que à época o PCF atendia exclusivamente as famílias beneficiárias do Bolsa, ao que elas responderam que não.

Esse “medo do corte” do benefício do Bolsa Família por parte das famílias que

4 É exigido pelo Programa o preenchimento de três a quatro formulários: de caracterização da família, de caracterização da gestante e/ou caracterização da criança e de diagnóstico inicial do desenvolvimento infantil.

aderem ao Criança Feliz é uma constante, fruto da falta de informação em relação ao funcionamento e articulação dos dois programas. O que se mostrava como dado novo ali era o medo das visitadoras novatas de que as famílias desistissem dos atendimentos, decisão que poderia refletir futuramente em seus salários e que faria com que tivessem que procurar uma nova beneficiária para substituí-la. Além disso, essas formas discordantes de interpretação contribuem no processo de comparações e disputas acerca de quem se encontra no perfil e, assim, deveria ou “mereceria” fazer parte das atividades e ter acesso aos benefícios dos programas relacionados (Nascimento e Xaxá 2020).

Sobrecarga de trabalho e capacitação deficitária das visitadoras

Em um dos encontros com a equipe, foi-nos relatado que entre as novas visitadoras se encontravam umaicineira e um oficineiro, responsáveis por conduzir as reuniões do grupo para elaboração de materiais. No decorrer da conversa, as visitadoras nos contaram que antes mesmo de produzir as atividades, que devem se adequar a cada fase de desenvolvimento da primeira infância, cada uma delas tem o dever de conversar com as mães que atendem para saber quais são as dificuldades que a criança enfrenta e quais são as brincadeiras que prefere. Esse planejamento é preconizado pelo Guia na sessão dedicada à metodologia das visitas:

É essencial a identificação de atividades comunicativas e brincadeiras apropriadas à criança, considerando a sua idade, o seu ritmo, o ambiente, deficiências e necessidades de estímulos e de cuidado. Durante a realização da atividade, onde o(a) cuidador(a) tiver dificuldades auxilie a olhar com mais atenção para o que a criança estiver fazendo e a responder diretamente/na hora. Explique ao cuidador(a) a importância de estimular o desenvolvimento da criança e informe que as brincadeiras e as atividades comunicativas ajudam o cérebro a crescer e estimulam o desenvolvimento de habilidades motoras, cognitivas, sociais e emocionais e que brincar e se comunicar com a criança vai ajudá-la a construir uma relação de vínculo por toda vida” (Ministério do Desenvolvimento Social 2017, 35–6).

273

Além do “livro sensorial” e da “caixa surpresa”, dos quais já falamos anteriormente, produzem artesanalmente outros materiais. Os chocalhos são destinados aos bebês que, assim como as atividades do “livro sensorial”, teriam como função “estimular a coordenação motora” e o “desenvolvimento dos sentidos”; fantoches são usados para a mesma faixa etária, para que as mães se “habituem a conversar com os filhos” e assim possam “estimular o vínculo familiar através da troca de olhares, da conversa”. De acordo com o desempenho da criança, as atividades vão se complexificando: brincadeiras para identificação de cores, vogais e numerais começam a ser trabalhadas.

O planejamento e a realização de cada visita domiciliar são de responsabilidade das visitadoras, que podem contar com o apoio e acompanhamento da supervi-

sora (Ministério do Desenvolvimento Social 2017, 17). As visitadoras relatam-nos que fazer uma atividade que prenda a atenção das crianças é bastante difícil e precisam renová-las semanalmente. Contam-nos que boa parte de seu expediente de trabalho é dedicado ao deslocamento até os locais de atendimento às famílias, às visitas domiciliares em si, ao preenchimento dos relatórios individuais de cada beneficiária. Essa condição acaba levando as profissionais a elaborarem as brincadeiras e jogos fora do horário de trabalho, com materiais de fácil acesso que elas mesmas encontram em casa⁵, quando falta material na sede, e utilizando como referência plataformas na internet como YouTube, Instagram e Pinterest. Ou seja, não são dadas condições para um planejamento aprofundado das atividades por parte das visitadoras o que pode estar prejudicando o acompanhamento das necessidades de cada criança.

Considerando que não apenas são mulheres a maioria das visitadoras, como são também majoritariamente as mulheres que acompanham as atividades de cuidado relacionadas ao programa, sempre nos chamou atenção como a dupla jornada de trabalho das mulheres aparecia nas discussões. Em uma conversa entre Sandra (visitadora) e Cláudia (mulher-mãe beneficiária do Criança Feliz e do Bolsa Família) no início de uma visita, eram enfatizadas as condições de trabalho dessas mulheres. Cumprimentávamos o marido de Cláudia, que estava sentado em uma cadeira de balanço na varanda, quando ela chega sorridente com a filha no colo ainda enrolada na toalha do banho. Enquanto desenvolve junto com a filha a atividade proposta pela visitadora, Cláudia nos conta que o marido está de férias durante aqueles dias, que por isso está em casa pela manhã e comenta em tom de brincadeira: “que mulher tira férias, né?!”. A visitadora, que também é mãe, concorda e diz que “a mulher além de trabalhar fora, tem que chegar em casa e cuidar de tudo!”.

Para além da sobrecarga de trabalho entre as visitadoras, é válido destacar também a capacitação, com duração de uma semana, que recebem ao ingressar no Criança Feliz. Propostas de atividades que envolvem numerais para crianças de dois anos de idade e de reconhecimento de vogais para as de um ano e oito meses são algumas das cenas que presenciamos durante as visitas. Acompanhá-las nos mostrou que, apesar do esforço da equipe técnica para criar atividades que possam ser capazes de “estimular” e “desenvolver” a criança e o “vínculo familiar”, as brincadeiras acabam por ser aplicadas na maioria das vezes de forma intuitiva, padronizada e verticalizada (das visitadoras para as mães). Em diálogo com uma das gestoras da assistência social da cidade, a profissional destacava a necessidade de uma capacitação continuada das profissionais que atuam no PCF, pois não acreditava ser suficiente a formação que possuem para alcançar os objetivos do Programa⁶.

Produzindo crianças felizes?

Uma política voltada para uma criança – ainda – universal

A forma subjetiva como o programa é descrito, Criança Feliz, nos dá a enten-

5 A priorização desse tipo de material na confecção de brinquedos é orientada pelo Guia para Visita Domiciliar (2017, 58).

6 A capacitação continuada dos profissionais que atuam no PCF é colocada pelo decreto que instituiu o programa como um dos meios para atingir seus objetivos (Atos do Poder Executivo 2016), mas as profissionais à época da pesquisa estavam há meses sem acesso a isso devido à falta de recursos da prefeitura, de acordo com a supervisora. Significativo dessa carência de formação e de material adequado para o trabalho das visitadoras, em um cenário mais geral, é que a ONU Mulheres lançou um edital em agosto de 2020 para a elaboração de material específico para o Programa Criança Feliz – três anos depois do lançamento do Programa (ONU Mulheres 2020). Agradecemos a Rosamaria Giatti a informação sobre a contratação da consultoria.

der que há uma intenção de tornar felizes as crianças pobres. Mas quais são os parâmetros utilizados para medir essa felicidade? O que torna uma criança feliz? Quais pressupostos acerca do que é uma criança e do que é uma família estão na base das propostas apresentadas?

Aprendemos com Ariès (1981) a reconhecer a infância como uma invenção da modernidade que, relacionada ao desenvolvimento da imprensa e da escola, tornou as habilidades para ler e escrever divisoras entre o mundo dos adultos e o mundo das crianças. O século XVIII teve seus contornos marcados por uma revalorização das tarefas educativas como forma de conservar as crianças burguesas (da “má-influência” oferecida pelas(os) serviçais e amas-de-leite): elas passam a receber cuidados de suas mães com o incentivo de um conjunto de conhecimentos e técnicas médicas e pedagógicas atrelados à higiene e aos cuidados na infância (Donzelot 1986). As famílias populares também passam por esse processo por meio da economia social (ou filantropia), que, preocupada com as “formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos” (Donzelot 1986, 22), elege a mulher pobre como “instrumento privilegiado de civilização da classe operária” (Donzelot 1986, 36), com o dever de manter marido e filhos longe das “tentações do exterior” (Donzelot 1986, 42).

A filantropia no contexto do final do século XIX surge, portanto, como uma associação que denunciava a decadência moral e física da população pobre e buscava resolver esses problemas de ordem política através da incitação da poupança, do aconselhamento e da assistência às mulheres e crianças para evitar gastos futuros do Estado. Percebe-se aqui uma “conexão sistemática entre a moral e a economia que implicará uma vigilância contínua da família, uma penetração integral em todos os detalhes de sua vida” (Donzelot 1986, 60). Nesse contexto, as visitas domiciliares tornam-se um instrumento de vigilância. Podemos identificar certa aproximação entre a proposta filantrópica descrita por Donzelot (1986), que priorizava o aconselhamento e a análise minuciosa do ambiente familiar para corrigir suas “faltas” e estimular sua autonomia, e as visitas desenvolvidas pelo PCF.

Para Hillesheim e Guareschi (2007), certos saberes produzidos por algumas disciplinas psi a respeito da infância pressupõem um desenvolvimento natural e linear dos indivíduos e acabam por produzir discursos que instituem formas normais e anormais de desenvolvimento infantil, sem considerar as significações sociais que a infância pode ter em diferentes contextos. Dessa forma, desconsideram outros marcadores “legitimando um estado ideal para a infância que exclui possibilidades de ser criança” (Hillesheim e Guareschi 2007, 85).

Estaríamos falando de uma psicologia do desenvolvimento assentada em uma perspectiva evolucionista (Brito 2019) que não leva em conta o que muitos estudos em grupos populares, por exemplo, colocam sobre as diversas possibilidades de ser criança e de organizações familiares (Fonseca 2002, 2005). Dando atenção à forma como essas compreensões são coproduzidas, Patrice Schuch, Fernanda Bittencourt Ribeiro e Cláudia Fonseca (2014) analisam alguns dos estudos que colocaram em destaque o processo de “universalização da noção ocidental moder-

na da ‘infância’, marcada pela noção de ‘desenvolvimento’”, indicando que essas pesquisas revelaram:

[...] as maneiras diversificadas em que uma sensibilidade em relação à infância se objetivava em práticas diversas de gestão dessa população. Mais do que isso, os estudos etnográficos incorporaram como questões analíticas a própria circulação de conceitos e expertises no cenário internacional, destacando os modos como categorias legais, modos de intervenção, ciências e filosofias políticas são disputadas e negociadas em contextos de lutas por sentidos e autoridades (Schuch, Ribeiro e Fonseca 2014, 207).

A produção do entendimento de que o investimento nos primeiros anos de vida, a primeira infância, é central para o desenvolvimento, com impactos no âmbito econômico e social, tem a colaboração de diferentes especialistas em um processo em que intervenções estatais têm o aval científico em sua legitimação. A coprodução deste entendimento e sua aplicação em diferentes contextos foram analisadas por Claudia Fonseca que as definiu como tecnologias globais de moralidade materna (Fonseca 2012).

O acompanhamento do trabalho da equipe, particularmente das visitadoras, revelou o comprometimento dessas trabalhadoras com as pessoas que acompanham. Ao pôr foco nas fragilidades do Criança Feliz, nosso objetivo não é desconsiderar o trabalho que as profissionais desenvolvem nem negar que seja necessário investir em programas sociais para a primeira infância.

Buscamos analisar como essas fragilidades moldam localmente as ações do PCF que teriam por objetivo reduzir as desigualdades. O tom dado pelo programa à importância dos cuidados na primeira infância colabora para a compreensão de que se a criança não for estimulada adequadamente até os 6 anos, ela estará fadada ao “fracasso” escolar e profissional, permanecendo na pobreza. A líder da Frente Parlamentar Mista da Primeira Infância no Congresso, Leandre Dal Ponte (PV/PR), ao criticar os cortes de recursos do programa em 2020, corrobora esse entendimento:

Eu entendo o contexto da pandemia, mas o governo, na necessidade de encontrar recursos para usar em algumas áreas, não pode tirar o dinheiro justamente da primeira infância. Isso geraria um impacto muito grande no futuro, como repetência nas escolas e baixa profissionalização. E também impacto no sistema socioeducativo (Câmara dos Deputados 2020).

A associação entre violência criminal e pobreza não é novidade e foi identificada também por Claudia Fonseca (2019), no texto que analisa a ênfase colocada na importância do “cérebro infantil” em certos estudos no campo das neurociências, aponta esse discurso como resultado do uso de evidências neurocientíficas e de vertentes populares das neurociências, muitas vezes controversas e que remetem às perspectivas lombrosianas, para fortalecer pressupostos discriminatórios a res-

peito das famílias pobres.

Compartilhando os resultados a que Carin Klein chega em sua análise do PIM (Klein 2010), a compreensão que se tem de família é resumida à relação mãe-bebê, o que acaba reforçando representações e identidades de gênero nas quais a mulher-mãe é responsabilizada pelos cuidados com a criança e produz uma maternidade específica a ser exercida por elas (Meyer 2005, Klein 2010). O homem-pai não é incentivado a compartilhar aquele momento junto a sua família e também não toma iniciativa nesse sentido, por mais que se mostre interessado, como pudemos observar em algumas situações, no diálogo que a visitadora estabelece com a mãe sobre a criança e os objetivos da atividade.

Além dessa questão, consideramos que a forma como o PCF se articula com o Programa Bolsa Família pode estar contribuindo para consolidar tecnologias de governo já identificadas em etapas anteriores da pesquisa. Como observamos, as dificuldades de compreensão sobre os mecanismos de funcionamento do Bolsa Família, somados aos usos que a gestão local faz das condicionalidades têm colocado como efeito direto uma permanente situação de insegurança e medo por parte das mulheres sobre a continuidade do recebimento do recurso do Bolsa Família – o “medo do corte”. O fato de muitas mulheres “usuárias” do Programa Criança Feliz serem beneficiárias do Bolsa Família tem nos apresentado frequentemente relatos de medo de que a não participação nas atividades do Programa Criança Feliz impacte na continuidade da condição de beneficiária do PBF.

Certamente esta não pode ser considerada a única, tampouco a principal, razão para a adesão das mulheres ao Programa Criança Feliz. A cobrança feita, por exemplo, como relatado acima, pela ausência das visitas em algumas semanas, além do compartilhamento, pelas mães, do entendimento da importância daquelas atividades para o desenvolvimento de suas crianças, não deve ser desconsiderado. A compreensão de que a formação do Estado se dá de forma articulada entre os diversos sujeitos envolvidos indica exatamente o fato de que não haveria apenas controle sem haver compartilhamento das crenças sobre a importância desses conteúdos – afinal a preocupação com o futuro das crianças não foi instituída, apenas, por uma ação governamental. Além disso, o investimento comprometido da equipe técnica e sua preocupação com o contexto de vulnerabilidade em que as famílias atendidas estão inseridas faz parte da avaliação positiva feita por algumas das mulheres contatadas no trabalho de campo.

No entanto, consideramos pertinente atentar para os possíveis cruzamentos entre as duas ações governamentais aqui abordadas – Bolsa Família e Criança Feliz – como indicador da forma como essas práticas se atualizam localmente. Uma possível linha de interpretação é que se antes cabia às agentes de saúde fazerem o monitoramento e a chamada ao cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, agora, no contexto do Programa Criança Feliz, esse cumprimento não depende apenas de uma prática indireta daquela profissional, mas passa pela adesão da própria mulher-mãe a um programa que tem por objetivo exatamente aquilo que elas mais desejam – o desenvolvimento de seus filhos.

Ao contrário do Bolsa Família, cujo resultado direto da adesão é o recebimento

de um valor financeiro, no Criança Feliz não há recebimento de dinheiro. O *capital* recebido seria um conhecimento específico que a habilitaria a um cuidado qualificado para o desenvolvimento de seus filhos. Um conhecimento que, como vimos no texto do cartaz que abre este artigo, é “comprovado pela ciência”, particularmente as neurociências e a economia.

Claudia Fonseca, no artigo citado anteriormente (Fonseca 2012), analisa o processo em que iniciativas da natureza do Criança Feliz apostam na relação familiar e, sobretudo, no cuidado da mãe, como elementos centrais para o desenvolvimento infantil. Ao citar críticas feministas a esse tipo de iniciativa, a autora observa que foi “especialmente com as políticas de austeridade dos anos 90 que a retórica sobre a centralidade de cuidados maternos passou a ser generalizada” (Fonseca 2012, 260). Além disso, observa como não apenas o desenvolvimento das crianças, mas o crescimento econômico e social das nações passa a ser tomado como efeito direto do investimento nos anos iniciais da criança. A ampliação do escopo dessas políticas se dá no momento em que a economia, junto à neurologia, alcança lugar central na definição desses programas frente às agências de desenvolvimento, embora não haja consenso sobre o entendimento dessas questões. Está em jogo nessa orientação programática a opção por ações com foco no fortalecimento do vínculo familiar – leia-se mãe-bebê –, em países em desenvolvimento, em lugar de políticas universais, como garantia de trabalho e acesso a creches, por exemplo.

Essa compreensão está em consonância com a teoria neoliberal do capital humano, analisada por Foucault (2008b), na qual o salário do trabalhador é a renda de seu capital, e o capital é o conjunto de todos os fatores físicos e psicológicos que tornam uma pessoa capaz de ganhar este ou aquele salário (Foucault 2008b, 308). Essa é a lógica que parece estar sendo aplicada pelo PCF ao adentrar o espaço doméstico das famílias para tornar as mulheres competentes para educar e tornar as crianças capazes de ter, no futuro, um bom emprego e uma boa renda (Dal’igna, Klein e Meyer 2014). O indivíduo mulher cuidadora é colocado na posição de empresária de si, responsável por seu próprio futuro e pelo futuro econômico e social da nação (Foucault 2008b), tendo em vista que a família é um segmento privilegiado de governo da população.

Esse imperativo moral como constitutivo do cuidado está presente no cotidiano das mulheres, produzindo as classificações sobre quais são as “boas mães”. Soraya Fleischer, ao discutir a “circulação de esperança” seguindo mulheres cuidadoras de crianças afetadas pela Síndrome Congênita do Vírus Zika, no Recife, mostra como as ações do presente estão, de diferentes formas, assentadas em visões de futuro:

Considero essa intensa circulação como um investimento no presente visando o futuro, como um cálculo moral entre as atribuições esperadas da maternidade e as expectativas de que tudo se converta, de alguma forma, para o bem-estar e desenvolvimento da criança (Fleischer 2020, 328-9).

Esse investimento no presente visando ao futuro que, no caso aqui analisado,

não envolve necessariamente o cenário da deficiência, apresenta elementos em comum com muitos outros contextos etnográficos⁷.

A família, resumida à relação mãe-bebê, passa a ser responsabilizada pelas suas necessidades e é convocada a ter uma maior atuação na sua proteção social, responsabilização que, de acordo com Arcoverde *et al.* (2019), pode ser encarada como culpabilização, tendo em vista que é promovida junto com a desproteção social dessas pessoas. A atribuição de um significado universal (entendido como desenvolvimento natural, linear) sobre infância e desenvolvimento infantil (Hillesheim e Guareschi 2007, Brito 2019), e sobre família (Fonseca 2005) aplicado pelas políticas públicas de inclusão social contribui para produzir e reproduzir representações e identidades de gênero comprometidas com certas moralidades que se inserem em um processo de politização da maternidade (Meyer 2005, Dal'igna, Klein e Meyer 2014) ou educação para a maternidade (Klein 2010, Pires 2013)⁸. Essas políticas continuam a tratar as mulheres como cuidadoras principais, tomando-as como mais habilitadas ao cuidado, a despeito de evidências etnográficas – já antigas – da inexistência de uma capacidade inata de resposta na criação do vínculo entre crianças e suas cuidadoras (Vicedo 2017, Keller *et al.* 2018)⁹.

Dada a sua permanência como fonte de concepções científicas para iniciativas como o Programa Criança Feliz, consideramos importante discutir, de forma sucinta, uma de suas expressões mais difundidas, a Teoria do Apego (*Attachment Theory*), que está na base das “*tecnologias globais de moralidade materna*” (Fonseca 2012) referidas acima. Desenvolvida pelo psiquiatra britânico John Bowlby, em relatório para a Organização Mundial da Saúde, em 1951, afirma que a relação mãe-filho tem uma base biológica e que um vínculo seguro é necessário para um adequado desenvolvimento psicológico. Considera, assim, que cuidado materno e amor é algo essencial ao desenvolvimento emocional apropriado das crianças (Vicedo 2017, 1). Sobretudo a partir dos desdobramentos das pesquisas da psicóloga Mary Ainsworth, que fornece material empírico para dar suporte à tese de Bowlby, essa teoria segue atual no campo da psicologia do desenvolvimento (Vicedo 2017, 1–2). A tese central de Ainsworth é que, embora haja vários fatores significativos para o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê, **“o ponto determinante é a conduta e sentimentos da mãe**, principalmente a sua sensibilidade em responder aos sinais do bebê”¹⁰ (Ainsworth 1967 citada por Vicedo 2017, 5, grifos nossos).

De acordo com Vicedo, entre os anos 1950 e 1980, as críticas feitas aos estudos de Bowlby não foram consideradas por seus seguidores. Algumas dessas primeiras críticas foram feitas por Margaret Mead, em artigo de 1954, no qual ela considerava que essa teoria aumentava a importância de um único fator na criação do laço mãe-bebê, além de colocar a mãe como única figura na vida da criança. Mead também criticou que, dado o foco na díade mãe-bebê, “muitos autores exageraram os efeitos prejudiciais nas crianças da separação – mesmo por breves períodos – de suas mães” (Vicedo 2017, 3)¹¹. Entre as várias críticas, podemos dizer, seguindo Vicedo, que um ponto central, além de apontarem incorreções empíricas da abordagem¹², é que essa perspectiva, considerada reducionista e atomística, levaria os psicólogos a tomarem “a criança como uma unidade de estudo, mais

7 Anne Line Dalsgaard, pesquisando as motivações de mulheres para fazerem a laqueadura, nos mostra como a percepção de sua condição de pobreza e a busca de reconhecimento estão na base dessa decisão que poderia ser vista “como uma maneira de controlar a própria vida” (DALSGAARD 2005, 283): “A esterilização era uma questão de responsabilidade em relação às pessoas próximas. Antes de engravidar novamente, a mulher tinha que **considerar o futuro dos filhos** que já tinha e o peso que trazia para a sua família, principalmente para a mãe. Assim, buscar a esterilização era essencial para a própria imagem de mãe e filha responsável” (DALSGAARD 2005, 264, grifos nossos).

8 Segundo Dagmar Meyer, a noção de politização da maternidade refere-se a um processo de constituição do sujeito mulher-mãe onde se articulam problemas sociais contemporâneos, como saúde e educação, a certos modos de viver e sentir a maternidade. Ao fazer isso, descola tais problemas dos contextos sociais mais amplos em que são gerados para “vincular sua solução a determinados tipos de relação mãe-filho e ao exercício de uma determinada forma de maternidade” (Meyer 2005, 82). A partir dessa noção, a autora propõe descrever e analisar os “mecanismos pelos quais o poder articula movimentos, processos e forças da cultura em que se define o que é maternidade (e paternidade) com conhecimentos educacionais, médicos, psicológicos, jurídicos etc.” (Meyer 2005, 87). Nesse cenário, as políticas de inclusão, assentadas na racionalidade neoliberal, fazem parte de uma “detalhada rede de administração da vida” (p. 87) que não apenas promovem “melhorias” naqueles a quem se destinam, mas produzem subjetividades (p. 89) e hierarquias em relação a quem são os alvos preferenciais dessas políticas, apoiadas na gramática do risco (p. 91).

do que considerá-la como parte de um sistema mais complexo de relações e redes de influências” (Vicedo 2017, 10)¹³, ignorando o contexto de seu desenvolvimento (Vicedo 2017, 6-7). Afirma que estudos transculturais também deixaram claro que, “ao contrário do foco da teoria de apego na díade mãe-bebê, a criação dos filhos é muitas vezes um empreendimento cooperativo¹⁴” (Vicedo 2017, 10)¹⁵.

Estes autores consideram que, na base da teoria do apego está o pressuposto da criança como um sujeito independente e com desejos que seus pais precisam respeitar para que sejam considerados sensíveis. Nessa perspectiva, uma paternagem sensível baseia-se na perspectiva de que as crianças aprendem primeiro sobre si mesmas e em segundo lugar sobre os outros. No entanto, em muitas outras partes do mundo, boa parentalidade é compreendida de forma diversa:

[...] uma boa paternagem significa apoiar o bebê a ter a perspectiva dos outros, ajudando-os a aprenderem a considerar as necessidades e desejos dos outros. Isso significa que cabe ao bebê a responsabilidade de compreender os outros, e não o contrário. Os bebês não recebem status quase igual ao dos cuidadores. Para os bebês em algumas comunidades, as relações sociais têm uma estrutura hierárquica e os bebês devem aprender sua posição na hierarquia social, que pode mudar com o tempo. (...) Em muitas comunidades não-ocidentais, de maneiras diferentes, mas complementares, os bebês aprendem principalmente as opiniões dos outros em seu ambiente social e, de forma secundária (se é que aprendem), sua própria opinião (Keller 2018, 8-9).

Apesar de todas as críticas e evidências da importância do contexto, Vicedo (2017, 7) considera que muitos autores continuam pessimistas sobre a forma como a psicologia do desenvolvimento continua a atuar sem levar em conta seriamente a diversidade cultural. Tampouco consideram que a expectativa de uma capacidade de resposta sensível (*sensitive responsiveness*) é uma especificidade de cuidadores em um estilo da classe média ocidental (Keller *et al.* 2018, 14). Os argumentos que trazemos neste artigo nos fazem manter o mesmo tom.

Comentários finais – da desresponsabilização do estado à responsabilização materna

Além de desconsiderar o que já foi feito em termos da rede de assistência social, como vimos em parte nas críticas dirigidas à época da criação do PCF, este programa, baseado em compreensões específicas de família e criança, segundo as quais as crianças são o centro, desconsidera a realidade das redes de cuidado que não se reduzem ao binômio mãe-bebê, assim como visões específicas do que é uma criança. O Estado é, portanto, desresponsabilizado de sua função de oferecer políticas universais de acesso à educação pública, creches de qualidade e oportunidades de trabalho não precarizado, utilizando metodologias formuladas por especialistas das áreas econômicas, das neurociências e disciplinas *psi* para

9 Outra questão igualmente importante é a ausência de estudos etnográficos com os bebês para que visões hegemônicas ocidentais sejam questionadas, como vem sendo proposto por um conjunto de pesquisadoras no Brasil no desenvolvimento de uma Antropologia da criança (Pires e Saraiva 2019), questão que não é aprofundada neste artigo.

10 “[...] the determinant ones were the conduct and the feelings of the mother, mainly her sensitivity in responding to her baby’s signals” (Vicedo 2017, 5).

11 [...] many authors overstated the damaging effects on children of separation – even for brief times – from their mothers (Vicedo 2017, 3).

12 Em 1962 foi publicada nova versão do relatório de 1951 da OMS, com críticas a extrapolações feitas sobre privações da maternidade em circunstâncias extremas para relações entre mães e filhos em lares regulares (Vicedo 2017, 3). Vale lembrar que essa é uma das críticas feitas ao uso indiscriminado das imagens sobre o “cérebro das crianças”, em certos estudos, como discutido em texto de Fonseca (2019) comentado neste artigo.

13 “[...] that vision also enabled psychologists to take the child as the unit of study rather than considering the child as part of a more complex system of relations and network of influences” (Vicedo 2017, 6).

14 “[...] cross-cultural studies have also made clear that, contrary to attachment theory’s focus on the mother-infant dyad, childrearing is often a cooperative enterprise” (Vicedo 2017, 10).

15 Estes estudos transculturais trazem evidências etnográficas em que se destacam, por exemplo, diferentes formas de participação da mãe, diferentes distribuições funcionais das atividades de cuidado entre a rede poliádica de cuidado e diferentes arranjos de sono (Keller *et al.* 2018).

elaborar programas de educação alternativa focalizadas nas famílias pobres e na primeira infância, com custo bem inferior ao que teria se optasse pela expansão da educação básica (Fonseca 2012).

As razões pelas quais essa forma de atuação do Estado – que privilegia o ambiente familiar em detrimento de ações com foco em outras formas de educação e políticas de espectro mais geral – se estabelece como regra para a definição de políticas públicas é uma pista instigante a ser seguida, como sugere Claudia Fonseca:

Assim, da mesma forma que existe uma hierarquia de classes para educação infantil no Brasil (creches para a classe alta, educação a domicílio para os pobres), existiria uma diferença lógica de políticas de educação infantil para os países mais e menos desenvolvidos [...]. Para os primeiros, investimentos pesados para assegurar creches e pré-escolas de qualidade. Para os segundos, com a orientação entusiástica de organizações internacionais (UNESCO, UNICEF, Banco Mundial), programas “não-formais”, “alternativos” e “não-institucionais”, com alta instabilidade e poucos recursos públicos, usando equipamentos e materiais disponíveis “na comunidade” – programas que estimulam a permanência da criança junto à mãe como modelo ideal de cuidado (Fonseca 2012, 268–9).

Além de poderem ser interpretadas como uma “solução pobre para os pobres”, as iniciativas que focalizam o ambiente familiar acabam por delegar responsabilidades a uma equipe formada majoritariamente por mulheres que, usando os “equipamentos e materiais disponíveis”, acumulam atribuições que, não é difícil associar, são muito próximas do cenário de precariedade das condições de trabalho vivenciado pelas agentes comunitárias de saúde e aumentado com as novas atribuições trazidas pelo Programa Bolsa Família, após serem delegadas como responsáveis por monitorar o cumprimento das condicionalidades do PBF.

Ao mesmo tempo, como esperamos ter deixado claro ao longo deste texto, os questionamentos apresentados não pretendem negar a importância de investimentos na infância. Tampouco negar o quanto é fundamental que se possa ter um ambiente favorável para o convívio com suas cuidadoras e seus cuidadores. Concordamos ser possível um “consenso” relacionado a princípios básicos do desenvolvimento infantil, como nos diz Claudia Fonseca no texto já citado sobre os “cérebros infantis”:

[...] Crianças tendem a se desenvolver melhor em ambientes seguros onde podem interagir com outras crianças e adultos carinhosos; a extrema pobreza, via de regra, não faz bem à saúde e pode dificultar a aprendizagem de comportamentos sociais e capacidades emocionais adequados a certos papéis adultos (Fonseca 2019, 7).

Os desafios que discutimos estão mais relacionados a um direcionamento que, além de desconsiderar as possibilidades múltiplas de famílias, mães, crianças,

cuidadores e vínculos, acabam colocando a responsabilidade do cuidado exclusivamente nas mãos das mulheres. Por diversas vezes, em etapas anteriores da pesquisa sobre o Bolsa família, ouvimos mulheres dizerem: “agora eu não estou mais trabalhando fora porque eu tenho de cuidar das crianças” – preocupadas que estavam que seu afastamento de suas crianças as impedisse de serem vistas como “boas mães”. Esse processo de responsabilização das mulheres, como vimos, assentado na produção de subjetividades neoliberais, cria espaço para que as mães se sintam cada vez mais compelidas a dar, sozinhas e em tempo integral, toda a assistência que se fizer necessária a seus filhos, independente das contingências de todas as ordens, e da precariedade dos serviços ofertados.

Não nos parece, igualmente, que falar em “futuro” das crianças seja uma questão necessariamente equivocada ou apenas de teor populista. Ainda mais quando essa é uma preocupação central das mulheres, como vimos em diferentes pesquisas trazidas aqui (cf. Dalsgaard 2006, Fleischer 2020). O que se sobressai, em nossa interpretação, é como se os discursos institucionais se referissem a “futuro sem presente”, uma vez que as apostas em uma vida melhor, no futuro, não encaram firmemente as necessidades colocadas hoje, que extrapolam o limite do que uma mãe, uma família podem fazer.

Recebido em 05/08/2021

Aprovado para publicação em 23/05/2022 pelo editor Alberto Fidalgo Castro

Referências

- Arcoverde, Ana Cristina Brito, Elisa Celina de Alcântara, e Josinete de Carvalho Bezerra. 2019. “A responsabilização da família na cena contemporânea: particularizando o Programa Criança Feliz”. *Revista Em Pauta* 17(44): 181–95. <https://doi.org/10.12957/rep.2019.45221>
- Atos do Poder Executivo. 2016. “Decreto nº 8.869/2016”. *Diário Oficial da União*, seção 1, 193: 2. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21292775/do1-2016-10-06-decreto-n-8-869-de-5-de-outubro-de-2016-21292718
- Atos do Poder Legislativo. 2016. “Lei nº 13.257/2016”. *Diário Oficial da União*, seção 1(43): 1–4. <https://www.in.gov.br/materia/-/assetpublisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21172863/do1-2016-03-09-lei-no-13-257-de-8-de-marco-de-2016-21172701>
- Ariès, Philippe. 1981. *História social da criança e da família*, 2. ed. Traduzido por Dora Brito, Mirella Alves. 2019. “Onde estão as crianças que estavam aqui? Antropologia com crianças em instituições”. *Revista eletrônica Zero-a-seis* 21(40): 343–66. <https://doi.org/10.5007/1980-4512.2019v21n40p343>
- Castilho, Sergio Ricardo Rodrigues, Antonio Carlos de Souza Lima, e Carla Costa Teixeira. “Introdução”, “Etnografando burocratas, elites e corporações”. In *Antropologia das práticas de poder*, orgs. por Sérgio Ricardo Castilho, Antônio Carlos de Souza Lima, e Carla Costa Teixeira, 07–31. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Câmara dos Deputados. 2020. “Frente parlamentar e municípios criticam corte em verbas federais do programa criança feliz”. *Portal da Câmara dos Deputados*, 18 set 2020. <https://www.camara.leg.br/noticias/693914-frente-parlamentar-e-municipios-criticam-corte-em-verbas-federais-do-programa-crianca-feliz>
- Confederação Nacional dos Municípios. 2017a. “Governo reduz orçamento da Assistência Social para criar Programa Criança Feliz”. *Portal da Confederação Nacional dos Municípios*, 03 ago 2017. <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/governo-reduz-orcamento-da-assistencia-social-para-criar-programa-crianca-feliz>
- Confederação Nacional dos Municípios. 2017b. “Criança Feliz: estudo da CNM aponta graves problemas no novo programa do governo”. *Portal da Confederação Nacional dos Municípios*, 16 mar 2017. <https://www.cnm.org.br/index.php/comunicacao/noticias/crianca-feliz-estudo-da-cnm-aponta-graves-problemas-no-novo-programa-do-governo>
- Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). 2017. “Por que dizer não ao Programa Criança Feliz”. *Nota pública do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)*, 7 mar. 2017. <http://www.cfess.org.br/arquivos/2017-NotaPublicaCFESS-NaoAoProgramaCriancaFeliz.pdf>
- Dal’igna, Maria Cláudia, Carin Klein, e Dagmar Estermann Meyer. 2014. Mulher-mãe responsável: competências para educar filhos(as) saudáveis. In *Políticas para família, gênero e geração*, orgs. Jurema Gorski Brites e Letícia Schabbach, 56–76. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV.
- Dalsgaard, Anne Line. 2006. *Vidas e esperanças. Esterilização feminina no Nordeste*. São Paulo: Editora Unesp.
- Donzelot, Jacques. 1986. *A polícia das famílias*, 2. ed. Traduzido por M. T. da Costa. Rio de Janeiro: Graal.
- Fassin, Didier. 2009. “Another politics of life is possible”. *Theory, culture & society* 29:

Pedro Nascimento e Amanda Gioriatti Lunkes

44–60. <https://doi.org/10.1177/0263276409106349>

- Ferguson, James, e Akhil Gupta. 2002. “Spatializing states: toward an ethnography of neoliberal governmentality”. *American Ethnologist* 29(4): 981–1002. <http://www.jstor.org/stable/3805165>
- Fleischer, Soraya. 2020. “Circulação de esperança em tempos de Síndrome Congênita do Vírus Zika no Recife/PE”. In *Desigualdades e políticas da ciência*, orgs. Débora Allebrandt, Nádia Elisa Meinerz, e Pedro Guedes Nascimento, 326–61. Florianópolis: Casa Verde.
- Fonseca, Claudia. 2002. *Caminhos da adoção*, 2. ed. São Paulo: Cortez.
- Fonseca, Claudia. 2005. “Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica”. *Saúde e Sociedade* 14(2): 50–59. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200006>
- Fonseca, Claudia. 2012. “Tecnologias globais de moralidade materna: as interseções entre ciência e política em programas ‘alternativos’ de educação para a primeira infância”. In *Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva*, orgs. Claudia Fonseca, Fabiola Rohden, e Paula Sandrine Machado, 253–75. São Paulo: Terceiro Nome.
- Fonseca, Claudia, e Helena Machado. 2015. “Apresentação”. In *Ciência, identificação e tecnologias de governo*, orgs. Claudia Fonseca, e Helena Machado, 09–18. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV.
- Fonseca, Claudia, e Lucia Scalco. 2015. “A biografia dos documentos: uma antropologia das tecnologias de identificação”. In *Ciência, identificação e tecnologias de governo*, orgs. Claudia Fonseca, e Helena Machado, 21–37. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV.
- Fonseca, Claudia. 2019. “Crianças, seus cérebros... e além. Reflexões sobre uma ética feminista de pesquisa”. *Revista Estudos Feministas* 2(27): 01–14. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n256169>.
- Foucault, Michel. 1988. *História da sexualidade: a vontade de saber*, 11. ed. Traduzido por Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel. 2005. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Traduzido por Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, Michel. 2008a. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Traduzido por Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, Michel. 2008b. *Nascimento da biopolítica*. Traduzido por Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.
- Haraway, Donna. 2009. “Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”. *Cadernos Pagu* 5: 7–41. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>
- Hillesheim, Betina, e Neuza Maria de Fátima Guareschi. 2007. “De que infância nos fala a psicologia do desenvolvimento? Algumas reflexões”. *Psicologia da Educação* 25: 75–92. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752007000200005
- Hirata, Helena. 2014. “Gênero, classe e raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais”. *Tempo Social, revista de sociologia da USP* 26(1): 61–73. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>

Pedro Nascimento e Amanda Gioriatti Lunkes

- Jasanoff, Sheila. 2004. *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge.
- Keller, Heidi, Kim Bard, Gilda Morelli, Nandita Chaudhary, Marga Vicedo, Mariano Rosabal-Coto, Gabriel Scheidecker, Marjorie Murray, and Alba Gottlieb. 2018. “The myth of universal sensitive responsiveness: comment on Mesman et al. (2017)”. *Child Development* 89(5): 1921–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29359316/>
- Klein, Carin. 2010. “Biopolíticas de inclusão social e produção de maternidades e paternidades para uma ‘infância melhor’”. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27048/000763049.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Meyer, Dagmar. 2005. “A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento”. *Gênero* 1(6): 81–104.
- Ministério do Desenvolvimento Social. 2017. *Criança Feliz: guia para visita domiciliar*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano. https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Guia%20para%20Visita%20Domiciliar%20-%20Programa%20Crian%C3%A7a%20Feliz%20-%202021-06-2017.pdf
- Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. 2017. “Resolução nº 07/2017”. *Diário Oficial da União*, seção 1, 97: 124. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20229422/do1-2017-05-23-resolucao-n-7-de-22-de-maio-de-2017-20229349#:~:text=Aprova%20os%20crit%C3%A9rios%20de%20partilha,que%20lhe%20confere%20o%20art
- Nascimento, Pedro. 2015. *Linguagem e comunicação entre a Secretaria Nacional de Renda de Cidadania – SENARC e os beneficiários do Programa Bolsa Família – PBF e inscritos no Cadastro Único*. Relatório Final. Consultor/Projeto – 914BRZ3002; Contrato nº SA-2879/2014, 2015.
- Nascimento, Pedro. 2016. *Saúde, família e políticas públicas: uma investigação da persistência do discurso sobre a relação entre pobreza e natalidade*. Relatório Técnico – Projeto de Pesquisa: Processo 482213/2013-2 - Edital Universal 14/2013 – CNPq.
- Nascimento, Pedro. 2017. “Fazer a pesquisa subir: as possibilidades de atuação de um antropólogo/consultor”. *Áltera – Revista de Antropologia* 1(4): 164–84.
- Nascimento, Pedro, e Márcia Lima. 2018. “O Bolsa Família tem ajudado muito a gente: usos das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família”. In *Antropologia da Saúde: ensaios em políticas da vida e cidadania*, orgs. Ednalva Neves, Marcia Longhi, e Mônica Franch, 117–151. Brasília; João Pessoa: ABA Publicações.
- Nascimento, Pedro, e Yago Xaxá. 2020. “Necessidade, merecimento e direito no Programa Bolsa Família”. Em *Desigualdades e Políticas da Ciência*, orgs. Débora Allebrandt, Nádia Elisa Meinerz e Pedro Guedes Nascimento, 259–79. Florianópolis: Casa Verde. <https://casaverdeassessoria.com/livro-desigualdades-e-politicas-da-ciencia/>
- ONU Mulheres. 2020. “ONU Mulheres contratará Consultoria Nacional para Elaboração de Material de Capacitação para o Programa Criança Feliz na área de cuidado; inscrições até 28/8”. <https://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-mulheres-contratara-consultoria-nacional-para-elaboracao-de-material-de-capitacao-para-o-programa-crianca-feliz-inscricoes-ate-28-8/>
- Pires, Flávia. 2013. “Comida de criança e o Programa Bolsa Família: moralidade materna e consumo alimentar no semiárido”. *Política & Trabalho – Revista de Ciências*

Pedro Nascimento e Amanda Gioriatti Lunkes

- Sociais* 38: 123–35. <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14575>
- Pires, Flávia, e Marina Saraiva. 2019. “Apresentação – Enquanto houver bebês, há esperança”. *Áltera – Revista de Antropologia* 1(8): 9–13. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/altera/article/view/46821/27858>.
- Rabinow, Paul, e Nikolas Rose. 2006. “O conceito de biopoder hoje”. *Política & Trabalho – Revista de Ciências Sociais* 24: 27–57.
- Rose, Nikolas, e Peter Miller. 1992. “Political power beyond the state: problematics of government”. *The British Journal of Sociology* 43(2): 173–205. <https://doi.org/10.2307/591464>
- Schuch, Patrice, Fernanda Bittencourt Ribeiro, e Claudia Fonseca. 2014. “Infâncias e crianças: saberes, tecnologias e práticas”. *Civitas – Revista de Ciências Sociais* 13(2): 205–20. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2013.2.16467>
- Sposati, Aldaíza. 2017. “A transitoriedade da felicidade da criança brasileira”. *Serviço Social & Sociedade* 130: 526–46. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.122>
- Terra, Osmar. 2018. “Osmar Terra, a opção pelo desenvolvimento humano para reduzir a desigualdade”. *UOL Economia*, 9 jan 2018. <https://economia.uol.com.br/noticias/pr-newswire/2018/03/07/osmar-terra-a-opcao-pelo-desenvolvimento-humano-para-reduzir-a-desigualdade.htm?cmpid=copiaecola>.
- Vicedo, Marga. 2017. “Putting attachment in its place: disciplinary and cultural contexts”. *European Journal of Developmental Psychology* 14: 1–16. <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2017.1289838>



resenhas

v. 47 • nº 2 • maio-agosto • 2022.2

POMPEIA, Caio. *Formação política do agronegócio.* São Paulo: Elefante, 2021. 392 p.

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9730>

Raisa Ramos de Pina

Universidade de Brasília – Brasil

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Ciências Sociais, da Universidade de Brasília. Desenvolve pesquisa sobre produção de proteína animal no Brasil e Reino Unido.

ORCID: 0000-0002-7791-8392

raisarpina@gmail.com

Raisa Ramos de Pina

Os resultados da pesquisa de doutorado e pós-doutorado do antropólogo Caio Pompeia, agora publicados no livro *Formação política do agronegócio*, revelam um campo diverso e heterogêneo de atuação de atores variados, que constroem e desconstroem alianças dinâmicas, por vezes efêmeras. Recuperando a sociogênese do agronegócio como conceito, o autor inicia um percurso histórico desde os Estados Unidos de meados da década de 1950, estendendo-se até o Brasil dos anos 2020. Dividido em nove capítulos, o livro conta com prefácio de Manuela Carneiro da Cunha, que por si só já vale a leitura – ela resume décadas de política agrária no Brasil em poucas páginas e introduz a importância contemporânea da pesquisa de Pompeia, considerando as pautas antiambientalistas e anti-indígenas que estiveram em debate no Congresso Nacional no ano de 2021. Neste contexto atualizado de disputas políticas sobre a terra no Brasil, Caio Pompeia desenha os campos ideológicos da elite agrícola brasileira, relacionando-os a agendas ambientalistas em níveis nacionais e internacionais.

No primeiro capítulo, “História da ideia de agribusiness”, o autor descreve o nascimento do termo em 1955, no esforço teórico dos economistas John Davis e Ray A. Goldberg de nomear uma cadeia intersetorial que englobasse todo o sistema de alimentos. O nascimento do agronegócio como conceito se dá nos corredores da Escola de Negócios da Universidade de Harvard, embalando um entendimento mais amplo daquele que seria adotado no Brasil anos depois. Na América do Sul, inserido pelas ditaduras militares aliadas com os Estados Unidos, o conceito do agronegócio se enraíza como sinônimo da agricultura patronal e envolve também entidades do setor de indústrias, formando uma *arena intersectorial* heterogênea em que o campo socioambiental se configura como terreno principal de divergências.

O segundo capítulo, “Complexos agroindustriais no Brasil”, analisa a criação das primeiras entidades brasileiras representativas da agricultura patronal, como a pioneira Confederação Nacional da Agricultura (CNA), no contexto desenvolvimentista das décadas de 1950 e 1960. Sob o argumento de uma “guerra contra a fome”, o modelo de *commodities* prosperou no Brasil com interesse e investimento estadunidenses, construindo e cultivando relações próximas a governadores, parlamentares e presidentes da República. O autor aprofunda a relação entre Estados Unidos e Brasil olhando para as lideranças políticas e recuperando uma teia de relações complexa que dilui a fronteira público-privada.

O terceiro capítulo, “Projeto político-econômico”, explora posições divergentes entre as entidades do agronegócio com relação ao tema da política agrária. Pompeia menciona, por exemplo, a incidência política da CNA, da Frente Ampla da Agropecuária Brasileira (FAAP) e da União Democrática Ruralista (UDR) no âmbito da Constituinte, que operaram separadamente e com objetivos diferentes na construção da Carta Magna. Nesse capítulo, o antropólogo expõe também seu interesse em compreender outros fatores que contribuíram para a prosperidade do agronegócio no Brasil. Uma estratégia desse projeto político-econômico era a formação de trabalhadores técnicos qualificados com a criação de um programa de formação de profissionais especializados na Universidade de São Paulo. As

Raisa Ramos de Pina

empresas de comunicação foram aliadas relevantes nesta divulgação. Segundo levantamento de Pompeia, entre 1964 e 1991, as menções ao termo “agronegócio” na imprensa aumentaram mais de seis vezes. O quarto capítulo, “Uma associação para o agribusiness”, discorre sobre a criação da Associação Brasileira de Agribusiness (Abag), que tinha, dentre seus motivadores, a construção de *lobbying* para beneficiar as empresas afiliadas. A associação criou uma feira de negócios, a Agrishow, e resgatou a revista especializada *Agroanalysis* para formar opinião e fomentar discussões.

Na seção seguinte do livro, “Inflexões nas relações público-privadas e complexificações do campo intersetorial”, Pompeia aprofunda as aproximações entre entidades de representação, líderes e cúpulas do governo federal, considerando os direitos dos povos indígenas e das comunidades tradicionais na arena da disputa política. A criação do Conselho do Agronegócio (Consagro) – com objetivo de reunir agentes do Executivo e empresariado no aconselhamento ao presidente da República para implementação de estratégias do “agro” – é destacada pelo autor como um dos eventos que intensificaram a influência do “agro”, cada vez mais industrial, na decisão da política nacional e internacional. “Em síntese, a entrada da categoria “agronegócio” para o vocabulário do governo federal simbolizava e aprofundava a adesão política a diferentes pleitos dos líderes empresariais” (p. 188).

Foi a partir dos anos 2000 que a exportação de commodities saltou no Brasil, segundo evidenciado no sexto capítulo (“*Boom das commodities*, engenharias institucionais e competições”). Entre os catalizadores para o avanço econômico que favoreceu o patronato agrícola, consta na lista o aumento da demanda chinesa de importação e a saturação da produção estadunidense. Com a expansão do setor e a nomeação do presidente da Abag como ministro da Agricultura em 2005, a heterogeneidade dos atores do “agro” fica evidente. Pompeia demonstra as divergências programáticas e a dinâmica efêmera, por vezes frágil, das alianças entre as associações representativas. A diversidade da arena inclui criadores de proteína animal, frigoríficos, biocombustíveis, grãos, madeira, exportadores de frutas, algodão, indústrias de adubo, bancos, indústrias de embalagens e outros setores. O fortalecimento da bancada ruralista no Congresso Nacional é apontado por Pompeia como uma estratégia de entidades nacionais da soja e da pecuária, como Abrapa e Aprosoja Brasil, de escaparem da centralização política da Abag. O aumento da presença do “agro” na esfera pública fez intensificar também as críticas feitas ao setor e os conflitos entre as representações, tema que Pompeia explora no capítulo sete. Reforma agrária, agricultura familiar, legislação do trabalho rural, desmatamento e agenda do clima são temas que se configuram como campos de divergências entre as associações empresariais.

Em “Iniciativas e desafios para ampliação de convergências em um campo heterogêneo” (capítulo 8), o pesquisador destaca a baixa coesão da bancada ruralista e a estratégia da “agropublicidade”, que, por meio de campanhas de comunicação, visa responder a uma série de críticas ao setor, apostando em uma associação positiva da ideia do “agro”. A investida para alteração do Código Florestal foi um dos poucos momentos de convergência da categoria. A necessidade

Raisa Ramos de Pina

de alteração era argumentada pela necessidade de garantir segurança alimentar à população global crescente, e o contexto desenvolvimentista apoiou os discursos que associavam modos de vida indígenas a desfavorecimento econômico. A partir da década de 2010, a inserção do tema da sustentabilidade começou a aparecer mais associada ao agronegócio. Pompeia percorre com detalhes os governos de Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva, Dilma Rousseff, Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro. O fio condutor da investigação do autor costura movimentos maleáveis entre entidades representativas da agricultura patronal e identifica mais de oitenta siglas que incidiram politicamente no Brasil ao longo dos anos, com especial atenção à Abag e à CNA. Esta última instituição serviu como campo antropológico ao autor, assim como o Instituto Pensar Agropecuária (IPA), a Coalizão Brasil Clima, Florestas e Agropecuária e o Congresso Nacional brasileiro. As cartas programáticas das entidades destinadas aos presidentiáveis são fonte rica de informações ao autor. Apesar do olhar focado nas entidades, Caio Pompeia identifica as pessoas físicas que operam pelas instituições e aponta interesses particulares em debates públicos.

O livro *Formação política do agronegócio* é encerrado com destaque à atuação do IPA na arena política e a eventos que abalaram a reputação do setor, como os que envolveram Joesley Batista, da JBS. A recente ascensão da extrema direita no campo da agricultura patronal é tratada. Diante das constantes modificações políticas do campo e por seu comprovado poder político, o autor chama atenção para a necessidade antropológica de acompanhar as novas tendências do agronegócio.

A pesquisa de Caio Pompeia é um trabalho abrangente, que optou por pincelar diferentes atores e eventos a se aprofundar nas complexidades de um caso ou outro. A agenda climática, por mais que receba duas seções específicas, soma poucas páginas sobre o debate protagonista do agronegócio na década de 2020. O resgate histórico importante do conceito que o autor sistematiza, desde a gênese nos Estados Unidos até a recepção brasileira, deixa de lado um campo internacional de articulações globais nas alianças e desafios do agronegócio, quando pensados os fluxos de *commodities* do Brasil para a Ásia, Oceania e Europa, geografias pouco exploradas por Pompeia.

O livro aponta o papel importante que empresas de comunicação exerceram (e exercem) na divulgação de uma narrativa positiva sobre o agro, mas a afiliação destas instituições privadas (como *O Estado de São Paulo* e da *Rede Globo*) e associações do agronegócio, como a Abag, não é problematizada. Localizada no campo do estudo de elites e da etnografia de instituições, o trabalho ainda é útil para pesquisas sobre trabalho rural e política agrícola. A produção serve de base bibliográfica e mapeamento de instituições para pesquisas futuras e necessárias sobre um tema que opera na política nacional e transnacional.

Recebido em 28/01/2022

Aprovado para publicação em 29/04/2022 pela editora Kelly Silva

CRUZ, Ricardo Figueiró. *Eu sou do Morro!*. Guaíba: Palavreado, 2021. 216 p.

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.9732>

Eduardo Cristiano Hass da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Brasil

Doutor em Educação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Mestre, graduado (licenciatura e bacharelado) em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

ORCID: 0000-0002-3906-5448

eduardo.hass@ufrn.br

Eduardo Cristiano Hass da Silva

“Vou lutar pra vencer, ‘Império’!
Se ganhar ou perder, eu tô!
Defendo a bandeira,
desta escola guerreira,
mostrando a arte sim, senhor!”

(Samba enredo, 2018)

Evocando a letra do samba enredo de 2018, da Sociedade Recreativa e Esportiva Império Serrano, Ricardo Figueiró Cruz convida-nos a uma imersão no ciclo carnavalesco desta instituição, localizada na cidade de Guaíba/RS, propondo um estudo etnográfico sobre territorialidade negra. O autor é mestre em Processos e Manifestações Culturais, pela FEEVALE/RS, especialista nas áreas de conhecimentos da Educação, História e Antropologia. Graduado em Licenciatura em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Licenciatura em Pedagogia, Bacharel em Administração e Tecnólogo em Processos Gerenciais, pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI.

O livro apresentado resulta da dissertação de mestrado do autor, defendida em 2019, com o título *Eu sou do morro: estudo etnográfico sobre territorialidade negra e o ciclo carnavalesco da Sociedade Recreativa e Esportiva Império Serrano, Guaíba/RS*. O livro possui 216 páginas, divididas em cinco capítulos, e foi publicado pela editora Palavrado.

Ao longo de toda a obra, identificamos o cuidado do autor em articular os pressupostos teóricos e metodológicos que mobiliza com as diferentes fontes que produziu e identificou. Destacam-se memórias produzidas com integrantes da agremiação, notícias de jornais locais e, sobretudo, as anotações do diário de campo e as imagens fotográficas produzidas nas incursões realizadas.

Na Introdução, o autor delimita o seu estudo, destacando que tem o objetivo de “investigar não somente a forma como a Sociedade Recreativa e Esportiva Império Serrano realiza e apresenta o ciclo carnavalesco, mas também a formação de sua comunidade, além de sua territorialidade negra” (Cruz 2021, 8). Para tanto, apresenta a delimitação espacial em que a agremiação se encontra, oferecendo um recorte espacial do estado do Rio Grande do Sul, da cidade da Guaíba, e do bairro do Ermo. Ao longo da introdução identificamos que a pesquisa foi desenvolvida a partir dos aparatos teóricos e metodológicos da História e da Antropologia, os quais são colocados em diálogo pelo autor.

O segundo capítulo, “Construindo uma pesquisa em território negro”, é dedicado à delimitação da noção de território e de território negro. Para tanto, Cruz (2021) recorre aos estudos de Maria de Lourdes Bandeira (1991) e Ilka Boaventura Leite, (1991) dentre outros pesquisadores e pesquisadoras. A partir desses conceitos, o autor propõe uma narrativa histórica possível do Rio Grande do Sul em geral, e da cidade de Guaíba em específico, que centra na atuação das mulheres e homens negros. Sem ter a intenção de esgotar a temática, o autor passa a analisar a formação histórica e espacial do bairro Ermo, no qual a agremiação carnavalesca

Eduardo Cristiano Hass da Silva

se insere. Nessa formação, o autor identifica e tensiona os estereótipos mobilizados para designar o Ermo, entendido como o lugar de difícil acesso, em meio à mata, no qual os escravizados libertos procuraram terras para morar.

Em “Rua e Clube: festa de Momo em Guaíba”, identificamos uma pesquisa de fôlego, que mobiliza fontes diversas na produção de uma narrativa sobre os carnavais. Cruz (2021) inicia de um plano macro, propondo uma análise da história do carnaval no Brasil, chegando até Guaíba, sendo que:

Historicizar o carnaval como maior festa popular brasileira, leva-nos a estabelecer o caminho percorrido por uma festa que é legitimada como uma identidade nacional, sendo reconhecida como importante manifestação popular, dentro e fora do Brasil (Cruz 2021, 39).

Ao longo das análises, identificamos relações e tensionamentos entre o público e o privado, ruas e clubes, sagrado e profano. Sem negar a existência de lacunas na documentação, e assumindo um compromisso ético, o autor mobiliza esses elementos para pensar o Carnaval de Guaíba. Destaca a relação que essa festa possui com a cidade, com a rua, com o urbano, delimitando locais nos quais essa celebração se materializa. É para o carnaval de rua de Guaíba que suas análises se direcionam com maior fôlego, buscando por fragmentos que permitem a construção da sua narrativa.

No capítulo 4, “Império Serrano: minha história já fala por mim”, o autor faz uma análise densa sobre a agremiação e sua relação com a territorialidade negra. Ao juntar os indícios que possui para a construção da sua narrativa, identifica conflitos geracionais entre os integrantes da escola de samba, os quais tensionam a relação entre a tradição e o moderno. Cruz (2021) identifica a criação da agremiação em 30 de novembro de 1971, trazendo para sua escrita a relação com a territorialidade negra a partir da divisão estabelecida na cidade entre bairro e centro.

Recorrendo a análise documental histórica em paralelo com os registros do diário de campo, identifica uma proliferação de indícios, os quais são cuidadosamente articulados, analisados e utilizados na construção do texto. Notícias de jornais, fotografias, memórias produzidas a partir de entrevistas de História Oral, anotações, entre outros, se encontram na tecitura da narrativa.

Nesse capítulo, o autor identifica a forte relação entre a agremiação e um terreiro de religião de matriz africana, sendo que ambos dividem o mesmo espaço. Para Cruz (2011, 82),

outro ponto a observar, além da presença negra no espaço, é a religiosidade, pois esses componentes distintos o caracterizam – ao mesmo tempo que é um espaço profano, também é sagrado. Foi possível observar, em diferentes situações elementos religiosos na formação na agremiação. Como nota-se ao longo de vários anos a trajetória também é religiosa, e está presente na rotina das pessoas dentro da agremiação.

Eduardo Cristiano Hass da Silva

No último capítulo, “Não podemos desistir, né?": ciclo carnavalesco”, o autor mobiliza o conceito de “ciclo carnavalesco”, de José Sávio Leopoldi (2010). Nesta perspectiva, entende o ciclo carnavalesco como o momento situado entre dois carnavais consecutivos, período que resulta em um ano. O período é dividido em três fases: a primeira fase é o descanso, que inicia logo após o término do carnaval, caracterizando-se pela retração das atividades. A segunda fase, o fazer carnaval, tem início a partir dos ensaios da escola. A terceira fase tem início pelos meses de novembro/dezembro, estendendo-se até o grande dia do desfile.

De forma cuidadosa, as fases propostas por Leopoldi (2010) são articuladas ao Ciclo Carnavalesco proposto por Liliane Stanisçuaski Guterres (1995), também entendido a partir de três fases: Pós-carnaval, Pré-carnaval e Carnaval. O autor articula o Pós-carnaval ao período de “descanso”, o Pré-Carnaval ao período de “fazer carnaval”, e o Carnaval à terceira fase.

Considerando o período de inserção do investigador no campo, identificamos que ele deu conta de pesquisar e analisar um ciclo carnavalesco completo da agremiação Império Serrano. Dessa forma, no Pré-Carnaval, Cruz (2021) identifica que, para além das atividades carnavalescas, a agremiação é perpassada por diversas outras atividades, as quais criam e reforçam laços de sociabilidade, ao mesmo tempo em que podem criar rivalidades e desavenças entre os seus membros.

Dentre as jantas, festas e ensaios identificados no Pré-Carnaval, merece destaque o Baile de Escolha da Corte Gay. Cruz (2021) traz para a discussão elementos que, para além da territorialidade negra, demonstram a preocupação com as questões referentes à diversidade de gênero. O autor preocupa-se em ouvir Bruna Bastos, a transexual que organiza e apresenta o evento, a qual afirma que “[...] este evento tem que ser diferente dos outros que a escola faz, o Império é Império. Precisamos lotar essa quadra e mostrar que aqui se respeita a diversidade. Travesti não é bagunça!” (Cruz 2021, 137).

O autor identifica ainda a função social que a agremiação exerce no bairro do Ermo, especialmente em momentos como Páscoa, Dia das Crianças e Natal. A partir do diário de campo, podemos visualizar momentos em que a comunidade, mesmo com suas dificuldades de âmbito socioeconômico, encontra formas de congregar com outros bairros periféricos.

O ápice do capítulo está em “60 minutos”: o Carnaval”, no qual o autor analisa o momento central, quando a agremiação atravessa a avenida. Os registros do diário de campo permitem identificar a imersão do pesquisador, que vivencia cada momento, participando, sofrendo, torcendo, celebrando, questionando. Cada ala, cada fantasia, cada momento são cuidadosamente registrados pelas suas anotações e pelo olhar da câmera que leva durante o desfile.

O olhar da câmera permitiu ao autor finalizar o capítulo de forma instigante e inspiradora. Cruz (2021) constrói uma fotoetnografia do carnaval de 2018 da Império Serrano. Para compor a fotoetnografia, o autor entende que: “uma narrativa fotográfica deve ser construída por uma série de fotos que estejam relacionadas entre si, que componham uma sequência de informações visuais e que não sejam intercaladas por texto algum” (Cruz 2021, 188). A partir dessas concepções, apre-

Eduardo Cristiano Hass da Silva

senta três narrativas fotoetnográficas: Concentração: antes de pisar na avenida; Desfile: o grande momento; Dispersão: dever cumprido.

De forma geral, somos contemplados por um texto farto em fontes e análises cuidadosamente articuladas aos referenciais teóricos mobilizados. É um trabalho que propõe aproximações entre Antropologia e História, estabelecendo diálogos que, para além do ciclo carnavalesco da Sociedade Recreativa e Esportiva Império Serrano, apresentam elementos para pensarmos sobre a territorialidade negra no Rio Grande do Sul, bem como sobre as relações sociais que envolvem uma agremiação carnavalesca.

Trata-se de uma leitura que avança na produção do conhecimento científico, possui relevância acadêmica e social, bem como pode ser mobilizada como um bom exemplo de produção textual. É uma boa indicação para todas e todos que queiram aventurar-se pela temática do carnaval ou pela produção fotoetnográfica.

Recebido em 07/02/2022

Aprovado para publicação em 13/05/2022 pela editora Kelly Silva

Eduardo Cristiano Hass da Silva

Referências

- Bandeira, Maria de Lourdes. 1991. *Terras Negras: invisibilidade expropriadora*. Textos e Debates. Florianópolis: Núcleo de Estudos sobre Identidade e Relações Interétnicas.
- Cruz, Ricardo Figueiró. 2021. *Eu sou do Morro!*. Guaíba: Palavreado.
- Guterres, Liliane Stanisçuaski. 1995. “*Sou Imperador até morrer*”: *um estudo sobre identidade, tempo e sociabilidade em uma Escola de Samba de Porto Alegre*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Leite, Ilka Boaventura. 1991. *Territórios de negros em áreas rural e urbana: algumas questões*. Textos e debates. Florianópolis: Núcleo de Estudos sobre Identidade e Relações Interétnicas.
- Leopoldi, José Sávio. 2010. *Escola de Samba, ritual e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.

O *Anuário Antropológico* é um periódico acadêmico quadrimestral publicado pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília.

O *Anuário Antropológico* aceitará para publicação trabalhos inéditos em português, inglês, francês ou espanhol, sob a forma de artigos, conferências, entrevistas, ensaios bibliográficos e visuais, bem como resenhas de livros e filmes recentes. O material deve ser inédito, original e não pode estar simultaneamente em tramitação editorial em outros periódicos. As contribuições serão recebidas em fluxo contínuo e a pertinência para publicação será avaliada pela Equipe Editorial (no que diz respeito à adequação ao perfil e linha editorial do periódico) e por pareceristas *ad hoc* (no que diz respeito ao conteúdo e qualidade das contribuições).

As contribuições serão avaliadas em três etapas: 1. triagem realizada pela Equipe Editorial, inclusive utilizando o software anti-plágio Copyspider; 2. avaliação *ad hoc* por pares, em regime de duplo anonimato ou nos moldes de ciência aberta (em que as pareceristas conhecerão o nome da autora e vice-versa), se o artigo for aprovado na triagem. Em caso de controvérsia e pareceres díspares, o texto será enviado a uma terceira parecerista. 3. revisão da versão final do artigo, se aprovado na revisão por pares, para conferência das mudanças realizadas, tendo em conta as avaliações recebidas. Caberá ao corpo de editoras do *Anuário Antropológico* a responsabilidade pela autorização das publicações. Às editoras é ainda dada licença de sugerir alterações às propostas na etapa da triagem como condição para que os textos sigam à revisão por pares.

Em que pese o desejável impacto de experiências etnográficas diversas na elaboração de narrativas antropológicas particulares, as editoras recomendam fortemente às potenciais autoras a presença dos seguintes elementos de comunicação nas peças submetidas à avaliação no AA: seções de introdução e conclusão. Na introdução, recomenda-se fortemente que se apresente às leitoras o objeto do texto, seu argumento central e as seções que o constituem (mapa do texto), antecipando de modo sintético o que será abordado em cada uma delas. Para a conclusão, recomenda-se a retomada do argumento central e dos passos realizados no texto para sua demonstração.

Quatro (04) são os resultados possíveis da avaliação a que as contribuições ao AA são submetidas: a) Publicar como está; b) Publicar considerando as sugestões indicadas nos pareceres; c) Não publicar como está, mas reformular substancialmente, conforme alterações recomendadas nos pareceres e reapresentar ao *Anuário Antropológico*; e d) Recusar inteiramente.

Nos últimos três anos, o tempo médio entre a recepção e a publicação de um texto tem sido de 5 (cinco) meses. Também no último triênio, a taxa de rechaço dos textos tem sido, em média, de 30%. Para conhecer os critérios considerados na avaliação dos textos, vale consultar o formulário adotado pelo *Anuário Antropológico*, encontrado em anexo.

O material deverá ser enviado direta e exclusivamente para o e-mail do periódico (revista.anuario.antropologico@gmail.com) em formato Word for Windows (*.doc ou .docx), ou qualquer outro processador compatível. O material deve seguir as orientações:

1. O artigo deve ter até 8.000 palavras, incluindo notas, excluindo bibliografia. Deve vir acompanhado de: a) resumo; b) título; e c) até cinco palavras-chave – tudo no idioma original e em inglês.
2. O ensaio bibliográfico deve ter até 5.000 palavras, incluindo notas, excluindo bibliografia. Deve conter a referência completa do livro ou livros comentados. Deve vir acompanhado de: a) resumo; b) título; e c) até cinco palavras-chave – tudo no idioma original e em inglês.
3. O ensaio visual deve compreender 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, por exemplo. 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/cada) e os créditos das imagens (autoria, local e ano de produção). O texto de apresentação deve 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. A resenha de livro ou filme recente deve ter 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. A entrevista deve ter até 9.000 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.

6. A conferência deve ter até 9.000 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.

Espera-se que editoras, autoras e pareceristas sigam os mais altos níveis/padrões de ética ao longo da pesquisa, na produção e processamento de dados, e na redação, avaliação e publicação do manuscrito submetido. Como referências de princípios e boas práticas relativas a aspectos de negligência e ética, seguimos as seguintes orientações de organismos internacionais e nacionais, e orientamos todas as pessoas implicadas na produção da revista que adotem:

os “Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas” do Committee on Publication Ethics (COPE; disponível em português em <https://publicationethics.org/resources/guidelines/principios-de-transparancia-e-boas-praticas-em-publicacao-academica>);

as “Diretrizes do CSE (*Council of Science Editors* [Comitê de Política Editorial]) para Promover Integridade em Pu-

blicações de Periódicos Científicos”, atualizadas em 2012 (disponível em https://www.abecbrasil.org.br/arquivos/whitepaper_CSE.pdf);

o Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica da Scielo, em sua versão de setembro de 2018 (disponível em <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>);

as “Diretrizes” do *Relatório da Comissão de Integridade de Pesquisa do CNPq*, instituída pela portaria PO-085/2011 de 5 de maio de 2011 (disponível em <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/composicao/comissao-de-integridade/relatorio-comissao-integridade-do-cnpq.pdf>); e o “Código de Ética do Antropólogo e da Antropóloga” da *Associação Brasileira de Antropologia*, estabelecido na gestão 1986/1988 e revisto na gestão 2011/2012 (disponível em <http://www.portal.abant.org.br/codigo-de-etica/>).

As autoras são especialmente encorajadas a seguir tais boas práticas ao planejar e escrever seus trabalhos. Recomendamos que as autoras procurem diretrizes adequadas ao tipo de estudo que estão apresentando. Tomaremos medidas ativas em relação a quaisquer questões éticas, de negligência ou má conduta durante a avaliação, ou após a publicação. Sempre que necessário, questões e problemas serão investigados de acordo com os fluxogramas sugeridos pelo COPE.

Durante as etapas de triagem e avaliação, editoras, autoras e pareceristas devem reportar-se à Editora-Chefe sempre que observarem potenciais conflitos de interesses que possam influenciar no projeto ou avaliação do manuscrito. Consideramos potenciais conflitos de interesse qualquer circunstância de natureza pessoal, comercial, política ou acadêmica, envolvendo ou não compensação financeira.

Todos os textos e ensaios devem estar formatados no estilo Chicago (<https://www.chicagomanualofstyle.org/home.html>) em fonte Calibri tamanho 12 e espaçamento de entrelinha 1.5. As citações de mais de três linhas devem ser destacadas no texto com recuo à esquerda. 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. Os quadros, gráficos, figuras e fotos devem ser apresentados em folhas separadas, numerados e titu-

lados corretamente, com indicação de seu lugar no texto.

No caso de artigos em coautoria, deve-se registrar, ao final do texto, a contribuição de cada uma das autoras em sua construção, indicando seu tipo de participação dominante na elaboração da peça. Por exemplo, uma das autoras pode ter realizado a maior parte do trabalho de campo enquanto outra se debruçou mais sobre a análise das informações e escrita do texto. Ou, alternativamente, todas as autoras podem ter participado igualmente da construção do texto. De todo modo, solicitamos uma descrição breve (até 4 linhas) de como se deu a divisão do trabalho entre as coautoras.

O conteúdo dos manuscritos publicados pela revista é de inteira responsabilidade da(s) autora(s). Todo material deve ser enviado sem a identificação da autora para o e-mail do AA e as autocitações e autorreferências devem ser substituídas simplesmente pela palavra AUTORA. No corpo do e-mail, a autora deve informar seu nome completo, número de ORCID e e-mail de contato, bem como o nome completo, cidade e país de sua filiação institucional (indicar instituição + faculdade e departamento, cidade, Estado e o país). Deve inserir também sua minibio, que deve ser curta e ter, no máximo, 350 cce. Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados por extenso e no idioma original da instituição, ou na versão em inglês, quando a escrita não é latina.

No momento do envio, deve também ser anexada a “Declaração de originalidade e exclusividade e cessão de direitos autorais”, documento disponível em anexo.

Uma vez publicado no sítio eletrônico do periódico e em sua versão integral como arquivo PDF, o texto poderá ser autoarquivado (em sítios eletrônicos pessoais, em repositórios institucionais etc.) e reproduzido, desde que explicitada a referência ao *Anuário Antropológico*.

Segue abaixo uma demonstração sintética do padrão de citação Chicago.

Livros:

Peirano, Mariza. 2006. *A Teoria Vivida e Outros Ensaios de Antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

(Peirano 2016, 75)

Coletânea:

Lobo, Andréa e Juliana Braz Dias (org.) 2016. *Mundos em circulação: perspectivas sobre Cabo Verde*. Brasília/Praia: Aba Publicações/EdUniCV.

(Lobo & Dias 2016, 20)

Artigo em coletânea:

Fleischer, Soraya. 2017. “Parteiras, parto domiciliar e reciprocidade numa pequena cidade amazônica”. In: Jurere Brites e Flávia de Mattos Motta. (Org.). *Etnografia, o espírito da antropologia: tecendo linhagens homenagem a Claudia Fonseca*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 272-311.

(Fleischer 2017, 300)

Artigo em periódico:

Moura, Cristina Patriota de. 2017. “Considerações sobre dinâmicas educacionais em tempos de transnacionalização chinesa”. *Horizontes Antropológicos*, 23: 89-121.

(Moura 2017, 90)

Tese acadêmica:

Silva, Rosana Maria Nascimento Castro. 2018. “Precariedades oportunas, terapias insulares: economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica”. Tese de doutorado. Universidade de Brasília.

(Silva 2018, 25)

Todo material deve ser enviado pelo e-mail do *Anuário Antropológico*:

revista.anuario.antropologico@gmail.com

nesses número:

PPGAS 50 ANOS

Apresentação

Comitê Editorial do Anuário Antropológico

Do mundo das mulheres à etnografia das instituições. Um traçado em retrospectiva

Carla Costa Teixeira

From the world of women to the ethnography of institutions. A retrospective trace

Carla Costa Teixeira

O memorial como o reverso do projeto: a trajetória acadêmica de Carla Costa Teixeira

Ruben George Oliven

Percurso antropológico de Carla Costa Teixeira

César Barreira

DOSSIÊ/SPECIAL ISSUE

Apresentação do Dossiê “Entre ‘precariedades’, ‘crises’ e o ‘colapso’: perspectivas antropológicas sobre o ‘desmonte’ do SUS”

Lucas Freire e Rosana Castro

Duplamente letal: a destruição psíquica dos profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19

João Balieiro Bardy

Doubly lethal: the psychological havoc of healthcare professionals during the covid-19 pandemic

João Balieiro Bardy

Driblando o desmonte: um experimento etnográfico com agentes populares de saúde frente à pandemia de covid-19

Stella Z. Paterniani

O tempo da medicina e o tempo da sobrevivência: as experiências de sofrimento de médicas e médicos cubanos

Bruna Motta dos Santos

“A medicação eu consegui bem fácil. A maior dificuldade tem sido a internação”. Crise, suspeição e bioseguigalidades na (des)judicialização da saúde

Leonardo do Amaral Pedrete

Contracepção reversível de longa duração para mulheres em situação de vulnerabilidade”: racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS)

Elaine Reis Brandão

A normalidade crítica do cotidiano diante do adoecimento e da morte

Lucas Faial Soneghet

ARTIGOS/ARTICLES

Consumo e moralidade em contextos de vulnerabilidade: histórias de mulheres

Renata Menasche, Carmen Janaina Machado e Gabriela Richter Lamas

Stories of women on consumption and morality in contexts of vulnerability

Renata Menasche, Carmen Janaina Machado e Gabriela Richter Lamas

Futuro sem presente – Notas etnográficas sobre o Programa Criança Feliz no interior da Paraíba

Pedro Nascimento e Amanda Gioratti Lunkes

RESENHAS/REVIEWS

POMPEIA, Caio. Formação Política do Agronegócio. São Paulo: Elefante, 2021. 392 p.

Raísa Ramos de Pina

CRUZ, Ricardo Figueiró. Eu sou do Morro!. Guaíba: Palavrado, 2021.

Eduardo Cristiano Hass da Silva

