



**Amor mundi,
políticas da
amizade e
cuidado:**
a integralidade
e a polifonia do
cotidiano da saúde

Roseni Pinheiro
Felipe Dutra Asensi
Fábio Hebert e
Maria Elizabeth Barros de Barros
Organizadores

PEMBROKE
COLLINS

FGB GROUP

FGB/PEMBROKE COLLINS

CONSELHO EDITORIAL

PRESIDÊNCIA Felipe Dutra Asensi

CONSELHEIROS Adolfo Mamoru Nishiyama (UNIP, São Paulo)
Adriano Moura da Fonseca Pinto (UNESA, Rio de Janeiro)
Adriano Rosa (USU, Rio de Janeiro)
Arthur Bezerra Junior (UNINOVE, São Paulo)
Aura Helena Peñas Felizzola (Universidad de Santo Tomás, Colômbia)
Carlos Mourão (PGM, São Paulo)
Claudio Joel B. Lossio (Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal)
Coriolano de Almeida Camargo (UPM, São Paulo)
Daniel Giotti de Paula (INTEJUR, Juiz de Fora)
Denise Mercedes N. N. Lopes Salles (UNILASSALE, Niterói)
Douglas Castro (Foundation for Law and International Affairs, Estados Unidos)
Glaucia Ribeiro (UEA, Manaus)
Isabelle Dias Carneiro Santos (UFMS, Campo Grande)
Jonathan Regis (UNIVALI, Itajaí)
Julian Mora Aliseda (Universidad de Extremadura, Espanha)
Leila Aparecida Chevchuk de Oliveira (TRT 2ª Região, São Paulo)
Luciano Nascimento (UEPB, João Pessoa)
Luiz Renato Telles Otaviano (UFMS, Três Lagoas)
Marcelo Pereira de Almeida (UFF, Niterói)
Marcia Cavalcanti (USU, Rio de Janeiro)
Marcio de Oliveira Caldas (FBT, Porto Alegre)
Omar Toledo Toribio (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Peru)
Rogério Borba (UVA, Rio de Janeiro)
Rosangela Tremel (UNISUL, Florianópolis)
Roseni Pinheiro (UERJ, Rio de Janeiro)
Sergio de Souza Salles (UCP, Petrópolis)
Thiago Rodrigues Pereira (Novo Liceu, Portugal)
Vanessa Velasco Brito Reis (UCP, Petrópolis)

ORGANIZADORES:
ROSENI PINHEIRO, FELIPE DUTRA ASENSI, FÁBIO HEBERT E
MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

**AMOR MUNDI, POLÍTICAS
DA AMIZADE E CUIDADO:
A INTEGRALIDADE E A
POLIFONIA DO COTIDIANO
DA SAÚDE**

PEMBROKE
COLLINS

FGB GROUP

GRUPO FGB/PEMBROKE COLLINS

Rio de Janeiro, 2019

Copyright © 2019 Roseni Pinheiro, Felipe Dutra Asensi, Fábio Hebert e Maria Elizabeth Barros de Barros (organizadores)

DIREÇÃO EDITORIAL Felipe Asensi

EDIÇÃO E EDITORAÇÃO Felipe Asensi

REVISÃO Ana Sílvia Gesteira

PROJETO GRÁFICO E CAPA Diniz Gomes

DIAGRAMAÇÃO Diniz Gomes

IMAGEM DA CAPA Retrato de Ginevra de Benci, de Leonardo da Vinci (1475-78). National Gallery, Washington-CD, EUA.

DIREITOS RESERVADOS A

GRUPO FGB/PEMBROKE COLLINS

Rua Pedro Primeiro, 07/606

20060-050 / Rio de Janeiro, RJ

info@pembrokecollins.com

www.pembrokecollins.com

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Nenhuma parte deste livro pode ser utilizada ou reproduzida sob quaisquer meios existentes sem autorização por escrito da Editora.

A524

Amor mundi, políticas da amizade e cuidado: a integralidade e a polifonia do cotidiano da saúde / Roseni Pinheiro... [et al], organizadores. – 1. ed. – Rio de Janeiro: FGB/Pembroke Collins, 2019.

208 p.

ISBN 978-65-81331-08-5

Vários autores.

1. Integralidade em saúde. 2. Empatia. 3. Direito à saúde. 4. Práticas interdisciplinares. 5. Prática integral de cuidados de saúde. 6. Política pública. I. Pinheiro, Roseni.

CDU 614.39

Biblioteca: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Sumário

INTRODUÇÃO Roseni Pinheiro	7
AMOR MUNDI EM HANNAH ARENDT Bethania Assy	14
AMOR MUNDI, POLÍTICAS DE AMIZADE E CUIDADO: SOBRE A EPISTEMOLOGIA DA RESISTÊNCIA. CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS SOBRE A DÁDIVA PARA O DEBATE Paulo Henrique Martins	24
DA INTEGRALIDADE À INTOLERABILIDADE. SOBRE POLÍTICAS DE AMIZADE E CUIDADO EM UM NADA AMÁVEL MUNDO NEOLIBERAL Heliana de Barros Conde Rodrigues	40
PRÁTICAS DE RESISTÊNCIA AO DESMONTE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS Dário Frederico Pasche	48
DIREITO À SAÚDE E AMÉRICA LATINA: COMO PENSAR O BEM-ESTAR SOCIAL E SUA EFETIVAÇÃO? Lisâneo Macedo M. Melo, Felipe Dutra Asensi	57

VULNERABILIDADES DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA NO ACESSO A UM CENTRO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO	73
Paula de Castro Nunes, Aluísio Gomes da Silva Júnior, Raphael Spercazechi, Livia Manolio Franco	
A IMAGEM: INSTRUMENTO DE CONHECIMENTO DO OUTRO OU DE INTERIORIZAÇÃO DE PRECONCEITOS?	89
Tatiana Engel Gerhardt	
SAÚDE, COMUNICAÇÃO E INTEGRALIDADE: O CASO DOS BOATOS SOBRE ZIKA NO FACEBOOK	124
Marcelo Pereira Garcia, Janine Cardoso, Elaine Teixeira Rabello	
DOENÇA FALCIFORME: INVISIBILIDADE E RACISMO NAS PRÁTICAS DE CUIDADO	143
Altair Lira	
O MEU CORPO É ATÉ ACEITO, MAS O MEU SABER, NÃO: RACISMO E HANSENÍASE, APROXIMAÇÕES	150
Marcelo Luciano Vieira	
O CONTATO COM SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE NA FLORESTA AMAZÔNICA: A NARRATIVA DOS ESTUDANTES NAS EXPERIÊNCIAS DE INTERNATO RURAL	172
Rodrigo Silveira e Roseni Pinheiro	
DE MEDOS, MORTOS E BRANCOS: COSMOPOLÍTICAS DE “SAÚDE” ENTRE OS AYOREO (CHACO PARAGUAIO)	191
Leif Grüneward	
ORGANIZADORES E COLABORADORES DESTA COLETÂNEA	203

Essa responsabilidade vicária por coisas que não fizemos, esse assumir as consequências por atos inteiramente inocentes, é o preço que pagamos pelo fato de levarmos a nossa vida, não conosco mesmos, mas entre nossos semelhantes, e de que a faculdade da ação, que afinal, é a faculdade política par de excellence, só pode ser tornada real numa das muitas e múltiplas formas de comunidade humana.

Hannah Arendt. Responsabilidade e Julgamento.¹

O tema “*Amor mundi*, políticas da amizade e cuidado: a integralidade e a polifonia do cotidiano da saúde” nasceu da “vontade”, que na perspectiva fenomenológica arendtiana significa a concreta fonte de atos e da ação política, aquilo que constitui o cerne da condição humana. É a vontade a maior expressão da dependência recíproca entre o pensar e o agir. Por isso, a vontade não pode se descolar do pensamento, pois se refere ao substrato necessário à concretização de ações. Podemos inferir que, no cotidiano das práticas dos sujeitos, suas ações conformam relações e interações nas e “entre” instituições. Tais ações trazem a convocação permanente de nos tornarmos presentes nos espaços públicos, seja como autores, seja como agentes de direitos na saúde, na educação e na justiça.

1 Arendt, Hannah. *Homens em tempos sombrios*. Tradução Denise Bottman; posfácio de Celso Lafer. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

Considerando a existência legal e jurídica de um Estado de direito, conforme inscrito na Constituição de 1988, pareceu-nos evidente que tais relações e interações entre os sujeitos e sujeitas, em especial na saúde, forjam demandas e necessidades na busca por cuidado, e também por conhecimento e por igualdade. De outro lado, apoiando-se na máxima do pensamento arendtiano, “direito a ter direitos”, as questões relacionadas ao direito como exercício democrático têm-nos exigido, como pesquisadores, a inclusão de outros elementos existentes nos espaços públicos, tais como a arte, a cultura e as comunidades, remotas e tradicionais (indígenas, quilombolas, povos das florestas...).

No Brasil, o SUS, em seus 29 anos de existência como espaço público, nos ensina que a saúde, como efetivação do direito humano, se traduz, na prática, como direito não somente a *ter* acesso ao cuidado, mas de *ser* na sua construção e concretização. Significa uma ação social, que requer interações democráticas na relação entre demanda, necessidade e oferta em saúde, o que indubitavelmente consiste em cumprir o princípio infraconstitucional da integralidade.² Daí reconhecer a transversalidade potente do dialogismo de seus elementos constitutivos, pois sua prática resulta do embate de muitas vozes sociais, e quando eficaz, a integralidade pode produzir efeitos de polifonia – ou seja, quando as vozes se deixam escutar.

Revisitando nossa perspectiva em estudos sobre a integralidade do cuidado, consideramos o lugar de fala³ dos sujeitos em suas especificidades

2 Defendemos que a integralidade, como princípio e ação, é um eixo prioritário da política de saúde, ou seja, um meio de concretizar a saúde como questão de cidadania. Significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

3 Lugar de fala segundo a definição da filósofa Djamila Ribeiro, que afirma que a expressão “lugar de fala” é imprecisa, sendo criada a partir da teoria racial crítica, nos estudos sobre diversidade, em que algumas das autoras negras, latinas e indianas começaram a discutir sobre quem pode falar numa sociedade patriarcal e racista na qual o discurso é legitimado pelo homem branco heterossexual. E como as outras vozes são invisibilizadas, consideram-se o “outro” ou os “outros”

genuínas, pois na saúde os usuários se presentificam pela permanente (res) significação de suas demandas e necessidades. Trata-se de uma inscrição ampliada e mediadora das singularidades dos sujeitos em ação, o que em certa medida confere os atributos da “pluralidade humana” definida por Hannah Arendt em seu duplo aspecto: igualdade e distinção. Isto porque entendemos a igualdade como esse “lugar comum” no qual os seres humanos se compreendem uns aos outros. Já a distinção nos diferencia uns dos outros, pois somos únicos e, portanto, distintos, por isso necessitamos da ação e do discurso para nos fazer compreender.

A pluralidade humana caracteriza “a” condição humana da ação que se concretiza por meio da interação autêntica entre os sujeitos, sendo esta atividade geradora de resistências e rupturas contra os padrões generalizantes e uniformizadores de comportamentos. Nessa compreensão, resistimos em nosso projeto-movimento integralidade em saúde, (re) afirmando um posicionamento epistemológico compreensivo, inclusivo e dialógico para definir o “cuidado” como expressão de singularidades, ressignificando-o nas relações e interações humanas. Portanto, configura-se como um processo de transformações, inovações e (re)atualizações de sentidos e significados do viver em sociedade, de definições de indivíduo, família e comunidade.

No contexto brasileiro, constatamos que o cuidado vem ganhando expressão e potência como respostas diversificadas às demandas e necessidades de saúde. Neste sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) se caracteriza como espaço público de referência ético-política-educativa para elaboração das respostas governamentais, a fim de atender aos preceitos definidos na Constituição de 1988.

A despeito de ser uma grande conquista da Reforma Sanitária brasileira no século passado, observamos que nos últimos anos o SUS, como a política do Estado brasileiro para a saúde, vem sofrendo inúmeros ataques, ameaçando severamente o cumprimento de seus

aqueles que não se enquadram na norma; esse regime de autorização discursiva impede que esses “outros” sejam incluídos nesse regime e tenham o mesmo direito à voz, no sentido de existência, e dessa forma discutam o poder. A ideia central é de coexistência na pluralidade de sujeitos que somos (Ribeiro, D. *Lugar de fala*. São Paulo: Pólen, 2019).

princípios infraconstitucionais – universalidade, integralidade, equidade e participação social. Problematizar a ideia de cuidado por meio de diferentes matizes de pensamentos, alinhados com desenhos metodológicos compreensivos e interdisciplinares para (re)pensar os saberes e as práticas na saúde, revigora a luta por direitos. Por isso é urgente cumprir nosso desígnio como pesquisadores e pesquisadoras de universidades públicas, de comunicar publicamente os conhecimentos produzidos em nossa Rede Multicêntrica de Pesquisa Incubadora da Integralidade.

O Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, cuja tradição na Saúde Coletiva completa 19 anos, vem por meio desta coletânea oferecer mais uma produção, fruto de pesquisas, parcerias e cooperações envolvendo pesquisadores docentes, discentes e de movimento sociais das cinco regiões do país. Em 2017, o tema *Amor mundi, políticas da amizade e cuidado: a vida na saúde*, objeto do XVII Seminário do Projeto Integralidade, foi amplamente debatido com diferentes pesquisadores que, em seus nichos de pesquisa, ofereceram contribuições importantes, com conteúdos oriundos dos campos da Educação, do Direito, da Psicologia, da Filosofia e da Saúde Coletiva, conforme a tradição do grupo. Realizado na Universidade Federal do Espírito Santo, o evento contou com apoio da CAPES, por meio do Edital 03/2017/CAPES/PAEP - Chamada Pública de Eventos Científicos, no âmbito do Programa de Apoio a Eventos no País (PAEP nº 639.847).

Estão reunidos aqui 12 textos originais, que se relacionam à temática, cuja peculiaridade pluridimensional permitiu contemplar as diferentes perspectivas epistêmicas, revelando olhares, aspectos e dimensões, frutos de reflexões epistemológicas, axiológicas e ético-políticas diversificadas. Embora distintas, essas perspectivas não significaram necessariamente contradições do conjunto das análises apresentadas. Compreendemos que se trata de proposições endereçadas ao reconhecimento da pluralidade inerente à constituição da questão em tela.

Assim iniciamos esta coletânea, discutindo as possibilidades de se construir uma epistemologia da resistência tomando como solo teórico-conceitual as ideias de *Amor mundi*, políticas da amizade e cuidado. Para tanto, contamos com três textos leais às linhas de pensamentos que os sustentam. Bethânia Assy, em “*Amor mundi* em Hannah Arendt”,

nos diz que na concepção de Hannah Arendt, o *Amor mundi* significa uma tomada de percepção sobre responsabilidade, ou seja, é responder à pergunta: você ama o mundo suficientemente para assumir responsabilidade sobre ele? Paulo Henrique Martins, no texto “*Amor mundi*, políticas de amizade e cuidado: sobre a epistemologia da resistência – contribuições dos estudos sobre dádiva para o debate”, oferece-nos uma reflexão a partir da Teoria da Dádiva de Marcel Mauss, destacando que a ideia de pessoa nesta teoria não se refere apenas a sua dimensão individual, mas a uma pessoa coletiva, que na perspectiva do *Amor mundi* se multiplica, com amor e ódio, para incorporar uma visão individualizada e personalizada. Já Heliana Conde, em “Da integralidade à intolerabilidade: sobre políticas de amizade e cuidado em um nada amável mundo neoliberal”, desenvolve de maneira muito perspicaz, a partir da ideia da política da amizade em Michael Foucault, uma reflexão sobre o reconhecimento dos modos de resistências em uma sociedade como a brasileira, que organizada pelos ditames do neoliberalismo, intensifica suas marcas de desigualdades sociais, de injustiça e falta de solidariedade. A autora ressalta que não se trata de discutir uma resistência que vem depois, réplica a uma opressão, violência ou um controle, mas de uma resistência que já está presente, porque se pensarmos nas ações do governo como as ações sobre as ações dos outros, essas ações dos outros já estão presentes, assim como a própria resistência.

Em seguida, apresentamos os textos de Dário Frederico Pasche, “Práticas de resistência ao desmonte das políticas públicas”, e de Lisâneo Macedo M. Melo e Felipe Dutra Asensi, “Direito à Saúde e América Latina: como pensar o bem-estar social e sua efetivação?”. O primeiro aborda o tema da precarização, que se atualiza em cenários de crise ampliada promovida pelo capital. Propõe a democracia institucional pela inserção dos trabalhadores nos processos de gestão, ampliando a experiência e a cultura da cogestão nas organizações de saúde, destacando o apoio institucional como importante tecnologia para a cogestão, considerando a complexidade existente nas relações de trabalho. No segundo texto, os autores buscam apresentar os desafios de reconhecimento objetivo no âmbito constitucional dos direitos sociais, em especial do direito à saúde, num contexto de grandes desigualdades sociais e econômicas que marcam a América Latina. Reflete sobre a responsabilidade do Estado

na garantia dos direitos, aportando uma discussão sobre o conceito de Estado de Bem-Estar Social, e apresenta uma teoria sobre os direitos “fundamentais sociais” a partir de estudos sobre as Cortes Constitucionais, em que a teoria cognitiva dos direitos é sensível à realização humana partindo das diferenças e competências dos cidadãos.

Em seguida, Paula de Castro Nunes, Aluísio Gomes da Silva Júnior, Raphael Spercazechi e Livia Manolio Franco, com “Vulnerabilidades de mulheres com câncer de mama no acesso a um centro de referência oncológica na Região Metropolitana do Rio de Janeiro-RJ”, propõem o conceito de vulnerabilidade como mais uma chave analítica capaz de permitir melhor compreensão do fenômeno da busca por cuidado pelas mulheres com câncer de mama. De acordo com os autores, esta chave analítica traz à luz aspectos que possam ser destacados e influenciados por políticas de saúde mais centradas nas usuárias, o que poderá fazer a diferença no acesso de populações, no caso do câncer de mama, tornando-o mais equânime.

Tatiana Engel Gerhardt, com o ensaio intitulado “A imagem: instrumento de conhecimento do Outro ou de interiorização de preconceitos?”, apresenta um dispositivo de descoberta de diferentes culturas, de modo a assegurar melhor compreensão do Outro, sendo uma ferramenta pedagógica de diálogo das culturas e de debate em torno do etnocentrismo, da alteridade, da identidade e das diferenças culturais por meio do uso de imagens na pesquisa científica. Já Marcelo Pereira Garcia, Janine Cardoso e Elaine Teixeira Rabello, em “Saúde, comunicação e integralidade: o caso dos boatos sobre zika no Facebook”, compartilham o entendimento de que as tecnologias digitais podem cumprir papel democratizante na comunicação pública do conhecimento em saúde, ampliando a participação de novos interlocutores no debate das políticas públicas. Os autores nos alertam, entretanto, que é preciso um esforço redobrado de repensar esses espaços, as relações neles estabelecidas e a própria forma de atuação das instituições e pesquisadores comprometidos com projetos democráticos nesses ambientes.

Preconceito, doença e racismo constituem uma tríade conceitual e teórica de fundamental importância para a produção de conhecimento sobre a integralidade do cuidado. Altair Lira, com o texto “Doença falciforme:

invisibilidade e racismo nas práticas de cuidado”, e Marcelo Luciano Vieira, em “O meu corpo é até aceito, mas o meu saber não: racismo e hanseníase, aproximações”, nos convocam a (re)pensar e (re)agir aos efeitos e repercussões do racismo nos processos saúde-doença que invisibilizam e silenciam os sujeitos em suas demandas por cuidados. A tônica do racismo se configura como um determinante que condiciona as relações entre saberes e práticas de cuidado, que nos exige considerar como evidência social e histórica concreta o preconceito no processo saúde e doença. Desta forma, podemos apreender que as questões referentes à violência, ao racismo e às demandas das minorias étnico-raciais constituem desafios complexos para as práticas de cuidado, o que requer compreender como as políticas de saúde em curso estão incluindo as demandas dessas minorias e os impactos do racismo institucional na produção de saúde e de doença.

Por fim, são apresentados os ensaios de Rodrigo Silveira e Roseni Pinheiro, “O contato com saberes e práticas em saúde na floresta amazônica: a narrativa dos estudantes nas experiências de Internato Rural”, e de Leif Grunewald, “De medos, mortos e brancos: cosmopolíticas de ‘saúde’ entre os Ayoreo (Chaco Paraguai)”, abordando a questão da formação no ensino médico e os saberes tradicionais em comunidades indígenas, destacando as práticas de cuidado que são tecidas no cotidiano dessas comunidades. Trata-se de fragmentos preciosos que revelam visões de mundo e de cuidado distintas, mas igualmente importantes. Afinal, os espaços de saúde são formados por variações de mundo, e essas variações necessitam de variações de políticas públicas.

Trata-se de bases para produção de conhecimento em ensino, pesquisa e extensão sobre a integralidade, tomando como mote epistemológico a resistência, que se destaca pela aposta na potência da capacidade humana de se associar uns aos outros. Forjar novas formas de sociabilidades, ou seja, formas de imaginação, como exercício político de intermediação do mundo (espaço “entre” pessoas) e do Cuidado com e no Mundo (*Amor mundi*).

Resistindo, continuamos na luta. Não se trata do fim, mas do (re) começo.

Boa leitura!

Amor Mundi em Hannah Arendt⁴

Bethania Assy

É uma satisfação enorme estar aqui hoje. Eu queria cumprimentar a mesa, agradecer à minha querida professora, amiga, companheira Roseni, ao professor Paulo Henrique, e a professora Heliana Conde. É um prazer, uma satisfação enorme estar entre amigos.

Vou tentar articular a partir da ideia do *Amor mundi*, da própria Hanna Arendt. Amor, uma palavra tão maldita para as ciências sociais. Mas eu acho que, vou ousar dizer, em tempos sombrios é preciso amar. Mas amar como? Amar de que maneira? Para isso vou tentar articular a noção de *Amor mundi* em Hannah Arendt, a partir dessa leitura da própria *A condição humana*, que eu chamaria, a partir dos teóricos da teologia crítica dos anos 1920, de uma ética política pós-identitária do amor, a partir da noção de justiça.

Então, na verdade, vou associar *Amor mundi* em Hannah Arendt à noção de justiça, tendo como ponto central a ideia de que o próprio sujeito, o sujeito da injustiça, sujeito da política - e vamos ver como isso se relaciona - não é só captura biopolítica, é também emancipação. Como agenciar, então, essa perspectiva de amor? E é muito interessante porque se vocês pegam *A condição humana*, é um livro no qual a

4 Esse texto consiste a transcrição literal da da exposição proferida pela profa. Betânia Assy presente na mesa redonda intitulada: *Amor Mundi*, Políticas da Amizade e Cuidado: sobre a epistemologia da resistência, constante na programação do XVII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e praticas no cotidiano das instituições de saúde, traz como tema central: *Amor Mundi*, Políticas da Amizade e Cuidado: a vida na saúde

Arendt vai falar o tempo todo que a política não pode falar de amor. Daí a tentativa de falar de amizade e, sistematicamente, em todos os momentos em que Hannah Arendt é interpelada a responder qual é a relação da política com o amor; e ela sempre responde com muita suspeita em relação ao que o amor pode oferecer como chave à política. Mas é interessante porque no momento de articular algo que tenha a ver com *A condição humana*, ela vai, de alguma forma, querer chamar *A condição humana* de *Amor mundi*. Há uma carta em que ela diz: “Eu gostaria de chamar meu livro *A condição humana* de *Uma teoria política do amor ao mundo*”. Então, de que amor estamos falando?

Começo com essa passagem porque ela é uma das mais emblemáticas de Arendt, na qual *Amor mundi* representa o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos responsabilidade por ele. No *Denktagebuch*, que é um livro de anotações, de reflexão, uma espécie de diário, mas não da vida cotidiana, mas das ideias, Arendt vai se perguntar: por que é tão difícil amar o mundo? Se é esse peso em que temos que assumir responsabilidade por ele, por que é tão difícil amar o mundo? E de que amor estamos falando e de que mundo estamos falando?

Arendt escreveu uma tese sobre Santo Agostinho. Quando ela analisa o conceito de amor em Santo Agostinho, já retoma dele várias diferenciações do que poderia se considerar mundo. E é interessante porque o mundo comum, essa categoria de mundo partilhado, mundo partilhado não por *zoes*, por vidas meramente biológicas, mas por vidas qualificadas, vidas políticas, é um conceito que ela vai reelaborar em *A condição humana*. É muito diferente conferir o estatuto da condição da dignidade a uma vida meramente biológica. Arendt vai descredenciar essa ideia e dizer que é preciso, de certa forma, um *zoon politikon*, ou seja, é preciso dignificar essa vida. Essa *zoe*, a vida humana sem política, precisa ser dignificada artificialmente pelas relações sociais a uma dignidade política. E sabemos muito bem o que é que uma vida meramente *zoe* pode produzir no sujeito, ou seja, o corpo biológico sem proteção nenhuma. Como afirma Agamben, é uma vida meramente *matável*. Então, o mundo comum a partir de Santo Agostinho e a tentativa de falar de *Amor mundi* para Hannah Arendt estarão de alguma forma integrados ao projeto *d'A*

condição humana, e mais do que isso, ser ser reatualizados pelos estudos sobre as atividades de pensar, querer e julgar, da última fase da vida da Hannah Arendt.

O peso do que vamos fazer com o mundo, com a responsabilidade que temos sobre ele teria ao menos duas dimensões éticas importantes: uma dimensão subjetiva e uma dimensão objetiva. Vamos trabalhar com esse conceito de espaço-entre (*in-between space*). Um espaço-entre que é objetivo, que constrói um mundo comum. Esse mundo é material, mas ele é um mundo simbólico também, ele agrega os sujeitos. E é muito interessante.

Eu estava relendo algumas cartas para a conferência de hoje e há um momento em que, em uma correspondência, ela fala: “demorei muito para poder sentir amor pelo mundo.” Mas o que era isso? O que era sentir amor pelo mundo? Não era um mundo em processo de reconstrução. Acho que por isso é tão atual falar de *Amor mundi*. Era um mundo de profundos conflitos ininteligíveis. A própria experiência do holocausto, para Hannah Arendt, marcou esse ponto onde vamos assumir o peso de responsabilidade para que isso não aconteça, para que isso não se perpetue. Então acho que vivemos um momento muito interessante para retomar o *Amor mundi*. Porque se amor tem a ver com política, ele tem a ver com o desafio de pensar novas categorias, de pensar em tempos de crise, em tempos sombrios, de pensar em momentos em que as coisas estão, literalmente, desmanteladas. É interessante porque, como é um pensamento de ruptura, um pensamento de tempos difíceis, é difícil pensar em política de forma linear a partir de Hannah Arendt.

Hoje, no Brasil, esse conceito ganhou muito mais potência porque se você está pensando em Arendt acerca do desafio da faculdade de pensar o novo, em termos de política, numa conjuntura em que as coisas mais ou menos mantêm os mesmos códigos, essa ideia é menos potente. Hoje, de fato, temos que repensar estruturalmente as próprias categorias políticas. É um momento no qual o pensamento de Hannah Arendt cresce, em que decidimos se queremos assumir a responsabilidade por essa conjuntura. Porque amar o mundo não é assumir o silêncio da derrubada desse próprio mundo. É muito interessante, ela vai falar do silêncio, responsabilidade que cala. O Papa Pio XII, por exemplo. Muitos de nós estamos, de certa forma, provocados pelo silêncio que

consegue comunicar pouco. Então que decisão é essa? E vem o segundo momento. E por que está relacionado à ideia de responsabilidade?

Outra frase da Hannah Arendt: “O mundo é *directores mundi*. O amor do mundo constitui o mundo para cada um de nós, é a forma como nos ajustamos ao mundo”. Ela vai usar a expressão é a forma em que nós “*fit into the world*”, encontramos um lugar no mundo. Mas o que é esse lugar? É um lugar interno, subjetivo, privado? Não. Para Arendt, é justamente a partir das minhas negações, das minhas afirmações que definem o que eu sou no mundo. Ela vai trazer a categoria que diferencia o “*que*” somos, distinta do “*quem*” somos. Então, quem você é? Que resposta concreta você dá na vida coletiva? Como você se apresenta? Por qual coragem você é responsável? Arendt vai trabalhar muito com a ética da visibilidade de atos e palavras. A ideia de *práxis* e *léxis* como o lugar onde você, de fato, vai assumir a responsabilidade por quem você é. E aí vem a questão mais interessante, mais importante, da conexão entre *A condição humana* e a ideia de *Amor mundi*.

Estamos lidando com a categoria da imprevisibilidade, do inesperado e, ao mesmo tempo, da inventividade singular da própria ideia de ação política. É interessante porque a Arendt não tem uma ontologia de sujeito. Ela não está preocupada em responder à pergunta “o que o sujeito é?”, que já é uma pergunta dentro de uma própria tradição moderna, liberal, individualista. Então existe um esforço sempre epistemológico que não recorre à falácia metafísica de querer reduzir a subjetividade ao sujeito individual. Só podemos falar em processos de subjetivação nas próprias práticas de ações políticas coletivas. Então, quer saber o que o sujeito é. Onde ele está inserido? Do que ele fala? Que responsabilidades ele assume? Como ele se relaciona? Como as práticas constituem o próprio sujeito? Então amar o mundo é tornar-se visível nesse mundo, é assumir de forma tensa as próprias práticas. E é interessante porque em vários momentos *d'A condição humana* aparece essa ideia de vincular singularidade da ação política à experiência da injustiça.

A ideia de interioridade seria tornar-se uma questão para si próprio em Santo Agostinho (na tradição moderna, credita-se a Santo Agostinho a ideia da criação da vida interior, a partir das meditações). Interioridade

como uma constituição da própria modernidade, e Arendt vai inverter a filosofia da interioridade. Ou seja, em Hannah Arendt, a dimensão de *Amor mundi* é justamente exteriorizar essa questão. Como? Quando? De que forma? Precisamente, pelo meio de quem somos no domínio das aparências, no espaço público. É o amor daquilo que é criado pela ação em conjunto. O amor que dá uma durabilidade às intenções de liberdade política e que também proporciona uma realidade estável.

Então, é curioso que toda a ideia de estabilidade para Arendt, e aqui há uma questão importante com a sustentabilidade, a ideia de integração com a natureza que não iremos discutir aqui, mas a própria indagação de que mundo vamos deixar para as gerações futuras que revoga essa ideia moderna de um mundo materialista, consumista, que, segundo a própria leitura *d'A condição humana*, funde o mundo de subsistência e o mundo da fabricação. Uma lógica de consumo faz com que queiramos consumir mais e mais e mais. A ação política se descaracteriza, à medida que *A condição humana* pode ser lida como um livro meramente melancólico. Com um diagnóstico triste da modernidade, como a perda da independência do sujeito político, em detrimento da escravidão do próprio imaginário de consumo preso ao *homo faber*.

É interessante, porque essa estabilidade que o mundo pode oferecer é promovida por sujeitos. Quero vincular essa dimensão com a ideia de injustiça, muito rapidamente, porque acho que de alguma maneira, quando falamos de um amor que não tem uma característica individualista, estou querendo também, com vocês, que possamos aceitar o desafio de pensar a categoria do *Amor mundi* como política pós-identitária. Pós-identitária não no sentido em que não assumimos identidades ao longo das nossas vidas.

É óbvio que assumimos uma série de identidades ao longo da vida; identidades que vão das mais triviais às mais complexas. Mas que a constituição do sujeito, a partir de suas próprias dinâmicas e práticas, pode ser profundamente interpelada; a própria identidade pode sofrer profundas mutações. Então, amar quem é igual a nós é uma categoria que não tem relevância política. Amar só pode ter uma relevância política se eu sou desafiada a amar quem não me agrada, quem eu não entendo.

Nisso Carl Schmitt foi perfeito, quando ele trouxe a dimensão de que a política é feita quando se é capaz de tragar esse outro que você

não suporta. Estamos vivendo momentos de intolerância profundos no Brasil. Então, repensar a categoria do amor, ter a coragem de enfrentar a categoria do amor ao mesmo tempo que a categoria do amor possa se tornar uma pauta de emancipação, porque não estamos deixando de falar de emancipação. Não estou abandonando o vocabulário da *identity politics*, ao contrário. Mas é preciso ressignificá-lo, e é nessa esteira que a ideia de pensar uma epistemologia da injustiça pode ajudar, de certa forma, a enfrentarmos o desafio.

Vou brevemente fazer uma definição. Não vou ficar me referindo aos marcos teóricos. Quero deixar claro que estou chamando de uma epistemologia da injustiça, uma teoria do sujeito da injustiça, e meu referencial teórico são as teologias políticas a partir das leituras contemporâneas de Paulo. Então, os referenciais teóricos aqui vão desde clássicos como Walter Benjamin até a própria Hannah Arendt, Alain Badiou, Slavoj Žižek e Giorgio Agamben. Essa é a referência teórica que tem que ficar, não vou ficar repetindo para vocês. Por que uma teoria que para falar de amor recupere o tema do sujeito da injustiça? Por que não uma teoria da justiça, em vez do sujeito da injustiça? O ponto de partida é que as teorias da justiça procedimentalistas, de certa forma, estão presas a um referencial epistemológico abstrato, neutro, desencarnado, anistórico. Têm-se discussões principialistas tanto numa matriz neokantiana, Habermas, Seyla Benhabib, quanto numa matriz da luta por reconhecimento, Honneth, ou mesmo em uma matriz mais identitária, hegeliana aristotélica. Em que você vai ter de novo a pergunta: quem são os meus? Que é a reafirmação da identidade política, da identidade social pura e simplesmente. Quem são, qual é a reserva específica de um grupo que pede por justiça e que tem demandas específicas de justiça?

Esses são os dois fundamentos básicos com os quais trabalhamos na teoria da justiça. A ideia que estou querendo resgatar a partir de uma epistemologia do sujeito da injustiça propõe cinco exigências ou cinco elementos que precisamos repensar. Qual é a importância do estatuto epistemológico dada à experiência mesma de injustiça? Sempre é concreta, nunca abstrata. Sempre é irrepresentável. É historicizada, contextualizada e, às vezes, intransmissível, se formos falar de sofrimento. E, falando de saúde, estamos falando de sofrimento o tempo inteiro. Então, qual é o

estatuto epistemológico dessa dimensão? Ele é só a condição de estabelecer qual é o sujeito abstrato da justiça? Na maioria das vezes, sim. Então, a minha pergunta é: como pensar uma teoria da justiça a partir desses marcos teóricos, partindo do sujeito que sofre concretamente uma injustiça? Estou falando de injustiça social. Não estou falando de qualquer sentimento subjetivo de se sentir injustiçado porque, por exemplo, alguém não consegue ser neofascista. Não vou trabalhar com isso. Que fique claro que estou trabalhando com as injustiças sociais tais como gênero, raça, classe social, invisibilidade socioeconômica, desabilidades, entre outras formas.

Então a primeira dimensão é a questão da temporalidade. Se pensarmos a temporalidade neokantiana moderna, é a temporalidade do progresso, a temporalidade do processo, é a temporalidade do recurso. Então, a temporalidade normativa não é uma temporalidade emergencial. Quem sofre, nessas nomenclaturas, pode esperar. Quem sofre por um atendimento básico de saúde pode esperar. Porque existe o protocolo. Qual é a lógica do protocolo? O protocolo é uma tradução prática de uma dimensão epistemológica. Que é uma dimensão reparadora a longo prazo. Os efeitos perversos para um bom resultado.

Walter Benjamin vai dizer, em um texto fantástico - *Crítica da violência* - como a violência estrutural utiliza mecanismos sempre progressistas: “É um mal menor.” “É em nome de algo que é maior.” Então, se pensamos um sujeito que sofre agora, tenho que pensar um outro tempo, tenho que pensar um tempo como emergência. Por isso estou lidando com essa temporalidade a partir de filósofos dos anos 20. Rosenzweig vai chamar de uma hipertemporalização do próprio tempo. Passado, presente e futuro estão ali naquele momento, no instante em que o sujeito sofre. Eles não estão em outro momento. Isso é uma redução epistemológica fundamental. Como seria pensar a situação de injustiça se não remediássemos, se não pactuássemos, se não pudéssemos expandir o tempo do processo. Se não dimensionássemos o *cairos* dessa determinação, a ruptura, e não *cronos*. Esse é o primeiro ponto.

A segunda dimensão seria, então, o *topos*. Se estamos falando de um sujeito que sofre, ele não só tem um tempo, ele tem um espaço. O que é um espaço? O espaço são as dimensões históricas, concretas, socioeconômicas que dão todo o entorno daquela situação de opressão. Não é igual a você ter o

devido processo legal para quem rouba um pedaço de carne e vai preso no Brasil e quem rouba na Lava-Jato. A temporalidade do processo não pode ser a mesma. As condições pelas quais aquele sujeito vai passar pelo sistema penitenciário brasileiro são absolutamente concretas. Somos a quarta maior comunidade carcerária do mundo. O Brasil está em quarto lugar, e tem 90% de pequenos *drug dealers* como detentos. O que é essa comunidade? Quais são as circunstâncias sociais? Não é uma sociedade delinvente. Então, quais as circunstâncias sociais que produzem essa situação? Que produzem esse sujeito? Essa é a ideia da espacialidade, da *práxis*, da injustiça.

Existe um conceito, a partir de Derrida, que também faz parte dessa tradição, que ele vai chamar de “justiça hiperbólica”, de alguma maneira, quando entendemos que o sujeito na situação de injustiça, situação que implica uma *práxis*, implica práticas. E de que práticas estamos falando? O primeiro plano de uma *práxis* seria desarticular ou mesmo romper com a subsunção do sujeito abstrato representado na lei. Se você localiza uma circunstância de vulnerabilidade simbólica ou substancial, histórica, política e social daquela situação, de certa forma você desarticula essa ideia de neutralidade do sujeito na lei. No segundo plano de uma *práxis*, essa prática, daí venha - talvez - o meu lado mais positivo, mais esperançoso, que pode provocar novas concepções, novas interseções na própria interpretação da lei. Ele pode operacionalizar novas inscrições dentro das próprias gramáticas normativas.

Não podemos abandonar as gramáticas normativas. O que estamos assistindo agora no Brasil são as gramáticas políticas ditando as gramáticas normativas. O que fazer com as práticas normativas? Porque não é só uma questão de ir para a rua lutar. É necessário entender a normatividade, a produção das políticas públicas como um lugar de intersecção, e não aderir a uma certa dualidade na teoria política contemporânea, que - de uma forma ou de outra, teoricamente - pergunta a você: você está na instituição ou está na rua? Quero estar na rua e na instituição. Então, canibalizar a própria instituição, alterar a lógica do processo, remeter ao protocolo, é um agenciamento fundamental, se se quer intervir. Então, esse é o segundo ponto de uma *práxis*.

E o terceiro plano de uma *práxis* diz respeito aos processos de subjetivação política. Quando o sujeito intervém nas práticas, reivindico

que se dá um processo de subjetivação política. O sujeito também se forma. Arendt vai dizer que não tem política fora da ação, não tem subjetivação fora da ação. Badiou vai dizer: a prática é tão forte que ela pode até mudar sua própria identidade, fraturar a própria identidade. E esse terceiro ponto me leva à espinha dorsal de uma fenomenologia do sujeito da injustiça, que é a ideia da narrativa testemunhal. A negligência que se tem com a ideia de testemunho. Em todos os níveis. No nível do Direito, mas da Medicina também. O depoimento daquele que sofre. Não se pode abrir mão de ouvir a história. O conjunto de histórias. A história comum ou a história do próprio sujeito. Qual é a história?

Benjamin trabalha com a história em fragmentos, do ato de recordar. Não é simplesmente lembrar. É como você conta, como você materializa a história, como você produz a história. Então, aqui há uma crítica profunda à teoria da representação abstrata, universal, que “não precisa falar muito, eu já sei. É só aplicar o protocolo.” Então, qual é a dimensão epistemológica da narrativa testemunhal em oposição à subsunção do sujeito abstrato da saúde? Este último é o sujeito que vai simplesmente se enquadrar em algo que já está protocolado. Isso tem implicações substanciais, podemos discutir um pouco, depois. O sujeito que testemunha, inclusive, intercepta a própria representação reprodutiva da normatividade.

E agora, a quarta dimensão de uma epistemologia da injustiça. Vamos nos aproximando da ideia de amor, mas numa ética política pós-identitária do amor. A ideia é recuperada aqui de Derrida, acerca da *kardia* da injustiça. Qual é o coração da injustiça? Qual é o elemento mais delicado da injustiça? O que é que você tem que amar? O sofrimento irreparável e irrepresentável do outro. Não vou me deter. Rosenzweig propõe uma genealogia das formas de reparação, uma teoria de reparação da justiça. Ele afirma que o máximo que o direito conseguiu alcançar foi aplicar o conceito de equidade de Aristóteles. Vamos fazer uma incursão. Equidade, como se fosse possível equalizar a dor de invisibilidade social, de morte social, de morte física, de aniquilamento ou de destruição dos filhos. Se eu estivesse aqui falando num seminário de Direito, com representatividade das camadas sociais menos favorecidas, levantaria uma mãe para falar do seu filho morto. Como representar essa dor? Qual é a reparação normativa

que tem acesso a esse sofrimento? É fundamental produzir alguma categoria, alguma *kardia* que possa, de alguma forma, aproximar...

Caputo, usando Derrida, vai afirmar que é necessário inventar o ato. O que é a invenção desse ato? Eu estou lá no ambulatório atendendo, fazendo a ficha de inscrição dos pacientes. O que é inventar um ato diante da dor irreparável? Você está falando de utopia. Não estou falando de utopia, não. Quando eu penso uma teoria do sujeito da injustiça, estou pensando muito concretamente no que é que cada um de nós faz diante dele. É aí que alcanço a última dimensão de uma epistemologia da injustiça. Muito brevemente, é a força ética da injustiça: a responsabilidade pelo outro. Eu coloquei a pergunta, que é feita por Caputo usando a obra de Derrida. Como cada um de nós responde ao ser interpelado pelo sujeito da injustiça social aqui e agora? Como é que se interpela por essa relação?

Concluo então com dois níveis. O primeiro, ainda para pensar uma ética política pós-identitária do amor. A primeira dimensão é muito concreta. Como cada um de nós, diante da emergência singular do sofrimento diante de mim, concreto e intolerável, reage aqui e agora a esse outro. E a segunda questão, que nos leva a uma dimensão coletiva. Vários estudos, agora, tentando pensar, repensar o conceito do comum, que não é necessariamente o público e o privado, mas a ideia de comunalidade, se estamos falando de um mundo comum.

O que é que estamos chamando de comum? Minha provocação é: o comum e o amor na política só valem a pena serem pensados se conseguimos estar diante daquilo que não gostamos, do outro que não compreendemos, do louco que não acatamos, do invisível que não vemos... Quem é esse outro coletivamente, que fundação de comunalidade temos que pensar para além das categorias identitárias? Como seria pensar essa comunalidade como *Amor mundi*?

Amor mundi, políticas de amizade e cuidado: sobre a epistemologia da resistência. Contribuições dos estudos sobre a dádiva para o debate

Paulo Henrique Martins

Introdução: a dádiva e o fazer em conjunto, mesmo que individualmente

Os estudos sobre a dádiva ou dom são oportunos para se aprofundar a proposta das epistemologias de resistências focalizadas no *Amor mundi*, na amizade e no cuidado. Ela oferece elementos interessantes tanto para ajudar o avanço do debate teórico como para inspirar ações práticas que esclarecem as razões de as pessoas se mobilizarem ou não em favor de ações solidárias em geral, e na saúde em particular. O caráter simbólico dos contratos interpessoais na perspectiva do dom, sistematizado por Marcel Mauss⁵, abre perspectivas importantes para se aprofundar e atualizar os sentidos e as práticas em saúde, atualizando a discussão entre afeto e política.

Deste modo, vamos buscar atualizar reflexões sobre a dádiva com foco no tema do debate, evitando alguns malentendidos que surgem

5 As leituras contemporâneas da obra de Mauss ocorrem sobretudo no contexto de declínio das teses estruturalistas, por um lado, e da sistematização de uma crítica mais forte ao utilitarismo econômico e do neoliberalismo. O MAUSS (Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais) foi fundado na França em 1981. Tem entre seus fundadores Alain Caillé, autor já bem conhecido no Brasil, e que tem contribuído juntamente com outros autores como o canadense Jacques Godbout para atualizar os sentidos e usos da dádiva nas sociedades contemporâneas. Ver a respeito, Martins (2008).

quando se discute esta contribuição da escola francesa de Sociologia.⁶ Nossa primeira preocupação é esclarecer que algo que parece tão simples como as trocas entre duas ou um grupo de pessoas; termina oferecendo uma complexidade teórica nos planos fenomênicos e políticos que precisam ser esclarecidos. Pois os estudos da dádiva, sem desconsiderar o valor da capacidade dos indivíduos de decidirem racionalmente sobre como cuidar de sua vida, de seu corpo e de sua saúde, considera haver uma série de aspectos materiais e imateriais que tornam mais densas as condições de construção de pactos afetivos, morais e políticos solidários.

Numa primeira aproximação, o sistema da dádiva aparece como um sistema de trocas interpessoais muito simples. Mas, como vamos observar adiante, ele proporciona um conjunto de entendimentos muitos sutis sobre as condições de realização dos pactos afetivos e de solidariedade moral de valor universal ,tanto para explicar as sociedades tradicionais como as modernas (Martins, 2014). No plano mais superficial, a dádiva ou dom se manifesta através de um esquema simples constituído de três movimentos: o sujeito A faz um oferta espontânea de um bem ao sujeito B, este recebe o bem e retribui ao doador inicial com algum agradecimento. Primeiramente alguém, um doador, toma a iniciativa de dar algo a outra pessoa. Em segundo lugar, o que recebe, o donatário, é envolvido por uma dívida simbólica que o prende de algum modo ao doador. Em terceiro lugar, para resolver esta dívida o donatário toma a iniciativa de retribuir algo ao doador original com gestos, palavras, bens ou serviços.

6 Vários autores procuram deslegitimar os estudos da dádiva, acusando-os de se constituírem numa teoria menor associada com sentimentos de bondade e de altruísmo, sendo, logo, inadequados para explicar o mundo contemporâneo dominando pela competição, pelo dinheiro e pelo poder. Tais comentários eram – e ainda continuam sendo – eivados de preconceitos superficiais relacionados com a falta de uma leitura atenta do *Ensaio sobre a dádiva*, de Marcel Mauss (2003), de vários outros ensaios de sua autoria e também de seus intérpretes que apontam a complexidade dos temas dos rituais, da moral coletiva e da estética comunitária.

Os rituais de gentileza na língua portuguesa expressam bem o sentido da dádiva. Alguém toma a iniciativa de oferecer algo a uma segunda pessoa, podendo a oferta ser um bem material como um presente ou um serviço ou um bem simbólico como um sorriso ou um abraço. Caso aceite o bem, o donatário se percebe em dívida com o doador sendo levado a dizer “obrigado”. É o mínimo que se pode fazer para não se criar uma situação de constrangimento que pode levar a se quebrar a ação espontânea do doador e gerar mal-estar. A pronúncia da palavra “obrigado” ajuda a aliviar a pressão moral, fazendo a passagem entre o momento de recepção e o momento de retribuição. Por sua vez, ao receber o agradecimento, o doador original é levado a dizer “de nada” para salientar que o gesto da doação foi livre e espontâneo e que não visava constranger o outro. O de “nada” telegrafa uma mensagem sutil, a de que a ação espontânea não deve ser traduzida como uma obrigação de reciprocidade mas apenas como a expressão do desejo livre de doar para interagir. Isto faz toda a diferença com relação à oferta de bens que visam comprometer, submeter e mesmo humilhar. Por isso a dádiva da esmola é vista como uma troca menor, na medida em que ela não libera o esmoléu de sua situação de constrangimento. O mesmo pode ser dito quanto à relação entre capital e trabalho numa sociedade como a brasileira.

Esse esquema simples da dádiva se reproduz no nosso dia a dia em cada momento em que nos encontramos e cumprimentamos alguém próximo ou distante. Bom dia, boa tarde ou boa noite são saudações que permitem estabelecer e manter vínculos de amizade e de respeito mútuo. Neste sentido, podemos dizer que a dádiva tem uma dimensão molecular estando presente nos pequenos atos que geram vínculos afetivos e morais entre as pessoas. A dádiva então é oportuna para promover o *Amor mundi*, a amizade e o cuidado. Ela contribui para desconstruir as diferenças e promover a interatividade tanto nas esferas pessoais como grupais, institucionais e políticas.

Este esquema simples se torna mais complexo à medida em que vamos ajustando a lente sobre o sistema de trocas. Em primeiro lugar, há que se notar que a natureza do bem que circula no sistema da dádiva não tem apenas o registro de sua materialidade, mas tem

sobretudo uma dimensão simbólica que tende a influir sobre a natureza do objeto material dado. Como lembram A. Caillé (1998; 2002) e J. Godbout e A. Caillé (1998), o registro do simbolismo é central na organização da dádiva, pois o bem dado ou recebido é carregado de significações que visam revelar a generosidade ou a amizade do doador, por um lado, e a honra e visibilidade do donatário, por outro. Um presente em dinheiro não é apenas uma moeda com fins úteis. Ele veicula uma intenção implícita de promover o outro e a relação. Uma flor gentilmente presenteada não é apenas uma forma vegetal, mas carrega um significado poético de louvação do outro. O pagamento de uma sessão de terapia ou de astrologia não objetiva apenas remunerar o profissional pela prestação de um serviço como mercadoria que se encerra no final da sessão. O dinheiro, no caso, tem uma função material, o pagamento do serviço, mas sobretudo uma função simbólica, que assegura a permanência e o crescimento da relação. Pois o bem dado ultrapassa sua materialidade abrindo-se para uma libertação subjetiva que não tem preço. Assim, a dádiva tem sempre um duplo registro, o do bem material e o do bem simbólico.

Em segundo lugar, há que se perguntar sobre o *status* do doador e de donatário. Há que se saber se o sujeito A, doador, e se o sujeito B, donatário, são indivíduos isolados ou grupos sociais comunitários, étnicos e familiares. Esta distinção é fundamental porque marca a diferença das dádiva nas sociedades tradicionais e nas modernas. Nas tradicionais, como nos explica Mauss no *Ensaio sobre a dádiva* (2003), as trocas são conduzidas por clãs, famílias e tribos, e não por indivíduos isolados. Nestes casos, explica ele, a dádiva é aparentemente voluntária e livre mas na prática, obrigatória. De fato, aqui, ela tem uma dimensão política e institucional servindo para construir alianças entre comunidades, e quando os rituais não são obedecidos, passa-se da paz para a guerra. Logo, uma oferenda ou cerimônia feita ao próximo deve implicar algum tipo de retorno para não caracterizar uma ofensa ou descaso com o sujeito comunitário.

Nas sociedades modernas, diferentemente, as trocas de dádivas tendem a envolver crescentemente a vontade dos indivíduos, ainda que continuem a funcionar as trocas entre grupos. Famílias se visitam com

grupo abrindo espaço para o reconhecimento individual. Assim, as trocas individuais tornam o sistema da dádiva mais complexo nas sociedades contemporâneas, abrindo-se para exigências psicológicas, morais e estéticas que ampliam os processos de subjetivação individual e coletivo. A crescente complexidade da dádiva nessas sociedades revela-se pelas ambivalências dos valores da liberdade e da obrigação ou do interesse e da gratuidade no processo de motivação da ação individual. A. Caillé (2002) explica que a dádiva passa então a funcionar como uma teoria multimotivacional, na medida em que as decisões do agir são permeadas por um esquema de invariantes que funcionam em pares: à liberdade se contrapõe a obrigação; à gratuidade se contrapõe o interesse.

Há elementos psicológicos, afetivos e morais importantes nesta encruzilhada da tomada de decisão a partir de uma perspectiva relacional envolvendo indivíduos e grupos. Desejos e memórias são mobilizados subjetivamente para inspirar a decisão de doar ou não doar, de receber ou de não receber. Isto ajuda a entender que a individualidade não é apenas um fenômeno físico mas sobretudo cultural e político espelhando a divisão molecular da vida comunitária no contexto contemporâneo.

Existe uma diferença importante neste debate entre o individualismo como construção ideológico-política própria do liberalismo e a individualização como modo de descentralização do sujeito da ação coletiva, aspecto que já foi lembrado por vários autores devendo aqui ser ressaltado a contribuição de Norbert Elias (1994), com sua definição ao mesmo tempo simples e complexa, a da “sociedade dos indivíduos”. Assim, a liberdade individual tanto pode aparecer como uma condição de ampliação da presença do sujeito no seu fazer histórico, como, no lado contrário, pode servir para fortalecer práticas individualistas e antissociais. A dádiva aparece, aqui, como um bom sinalizador dos usos da liberdade na medida em que o fator relacional ajuda a entender quando a ação de libertação é apenas autocentrada ou quando ela ajuda a fortalecer o vínculo social e comunitário. Neste caso, os indivíduos entram no sistema de trocas não apenas por obrigação – para honrar os vínculos familiares, religiosos, profissionais etc.– mas também por liberdade: de se realizar, de ser reconhecido, de ser feliz. A cada momento da doação

ou da recepção de um bem dado, os indivíduos podem decidir livremente se querem entrar em relação ou não.

A dádiva como ritual de solidariedade

A dádiva tem usos importantes em várias esferas: no nosso cotidiano familiar e de amigos, nas esferas do trabalho, da vida associativa e religiosa e nas práticas em saúde. A construção das alianças envolve rituais complexos que tanto podem ser realizados por gentilezas como pelas práticas de rivalidade e de competição, o que inclusive tem levado autores, como Chantal Mouffe (2005), a valorizar o papel do antagonismo como central na organização do político e da democracia.

O exemplo do futebol é muito elucidativo se quisermos limitar a discussão para o plano da cultura e do cotidiano. Ganha o jogo não quem guardar a bola para si, de modo egoísta, sem querer dividi-la com os outros, mas quem souber dar a bola em grande estilo para o adversário, marcando o gol. E quanto mais bonito e estilizado for o gol, mais o mérito do vencedor. As torcidas, inclusive as adversárias, sabem reconhecer o valor de um gol de placa. Todos se curvam face ao craque consagrado, o que honra toda a equipe. Mas há algo que os jogadores, plateias e locutores não admitem com facilidade: a humilhação. Quando, por exemplo, o atacante dribla o adversário excessivamente, ridicularizando-o. Essas atitudes provocam, em geral, revolta no humilhado e seus companheiros, e a disputa animada pela dádiva se torna luta pela sobrevivência, passa a ser anti-dádiva. Num outro plano, podemos assinalar o valor da rivalidade entre crianças como sendo um elemento importante para o desenvolvimento da capacidade das crianças no interior da vida coletiva. A competição ajuda a liberar a força e a virtude dos pequenos, favorecendo a socialização e a individuação. Crianças muito tímidas com dificuldades de participar ativamente das brincadeiras tendem a ter mais dificuldades de se posicionar no jogo da vida quando adultos.

Os exemplos citados são interessantes para demonstrar que a função simbólica central da dádiva não é gerar boas ações, mas práticas que produzem visibilidade e reconhecimento das partes. A

solidariedade e a honra brotam de generosidades mas também de rivalidades, de antagonismos. No texto clássico de Mauss (2003) já lembrado, ele desenvolve seu raciocínio a partir de dois pontos que devem ser ressaltados. Um deles diz respeito ao fato de que, nessas sociedades arcaicas, as trocas e gentilezas não envolvem indivíduos isolados mas constituem rituais complexos de várias naturezas – religiosos, lúdicos, econômicos, religiosos etc. (Caillé, 2002; Martins, 2006) famílias, tribos e comunidades.

O outro ponto se refere ao fato de que a dádiva principal nessas sociedades é aquela da rivalidade, da competição que Mauss nos apresenta a partir do *potlach*. Este consiste numa cerimônia festiva muito comum nas tribos indígenas da América do Norte, na qual o homenageado renunciava a todos seus bens na expectativa de que esta generosidade de renúncia fosse retribuída mais adiante pelos que receberam a oferta. Neste caso, ressalta-se à primeira vista que a doação não é um ato livre, mas obrigado. Faz parte do ritual de organização da comunidade. Também não é um ato individual, mas coletivo. Mauss chama a atenção sobre o fato de que o *potlach* estabelece uma rivalidade entre as partes envolvidas que podem ser tribos ou famílias distintas. Havia casos, explica ele, em que a obrigação da generosidade levava mesmo os chefes tribais a sacrificarem suas vidas para provarem que eram mais nobres ou mais generosos do que os outros.

Este exemplo clássico coloca alguns elementos interessantes de reflexão. Um deles é que a dádiva tem um aspecto sacrificial relevante (Nicolas, 1996). A doação sempre implica um risco, o de perder algo de si que é dado a outro que pode honrar o bem ou pode simplesmente se apropriar e guardar sem dar sequência ao sistema de trocas. Isto é claro quando consideramos as doações de órgãos, de sangue e os serviços voluntários. Mauss, lembra que o pacto de solidariedade passa pela amizade e pelo respeito às regras contratuais de convivência. Como o bem dado não é apenas algo material mas tem uma dimensão simbólica relevante a recusa de receber o mesmo ou a falta de coragem para doar de modo incondicional poderia significar a quebra do contrato e do vínculo comunitário. Os antigos sustentavam haver no bem dado um espírito, o “*hau*”, o espírito da coisa dada (Mauss, 2003). A consciência deste aspecto seria visto como

fundamental para que o donatário não guardasse o bem dado para si, devendo fazer circular este bem de modo a não ficar prisioneiro do hau, que poderia trazer malefícios eventuais. Este caráter simbólico das trocas entre povos tradicionais explica como o simbolismo contribuía para organizar as atividades práticas e as alianças. E a quebra do contrato poderia significar a passagem da paz para a guerra, como lembra este clássico da sociologia francesa. Há uma mensagem nesta reflexão para o que estamos discutindo sobre as resistências epistemológicas, a de reconhecer importância de se ritualizar o fazer em conjunto, honrando as palavras, os gestos, os afetos e as técnicas dadas e recebidas.

Dificuldades de viver o relacional no mundo das mercadorias

Os economistas mais ortodoxos tendem a desdenhar a lógica da dádiva argumentando que o ser humano é egoísta e que todos os indivíduos agem por interesse de ganho. A crítica anti-utilitarista desenvolvida pelo Movimento MAUSS (Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais), fundado em 1981, visando atualizar o valor da dádiva para a crítica do mercantilismo e do liberalismo tem contribuído para desconstruir os dogmas do utilitarismo econômico. O avanço da crítica é estratégico para se entender os fundamentos dos pactos republicanos democráticos e o lugar do público na formulação de políticas de cuidado.

Um primeiro ponto a considerar diz respeito a saber se o *interesse* por si mesmo que é a base da filosofia utilitarista inglesa de S. Mills e J. Bentham (Caillé, 1989) constitui o valor central na organização da racionalidade humana ou se o termo *interesse* expressa apenas parte de um sistema motivacional mais amplo. Esta questão é crucial pois o modo como o *interesse* é valorizado na vida social, econômica, cultural e política tende a interferir diretamente nos dispositivos de poder, nos projetos de promoção da cidadania e nas políticas de redistribuição de renda. Em primeiro lugar, deve ser lembrado que o *interesse* é de fundamental importância no sistema da dádiva. Mas ele se apresenta aqui de modo relacional e não apenas individual, reforçando tese clássica de E. Durkheim sobre as origens comunitaristas do individualismo moral (Martins e Guerra, 2013).

Na perspectiva da dádiva, todos sempre entramos em relação, pois fomos produzidos no relacional a partir da construção simbólica do indivíduo e pelo menos desde a maternidade. Não há como imaginar individualização sem socialização embora possa se imaginar socialização com individualização condicionada pelos limites da pessoa como nos ensina Mauss no seu texto sobre “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de eu” (Mauss, 2003). Assim, a individualização não é um condição a priori da existência mas um constructo histórico, cultural e moral que se emancipa na tensão ente liberalismo e comunitarismo e durante o processo de formação de sociedades complexas como as contemporâneas.

Por conseguinte, no processo de individualização muitas vezes entramos em relação inconscientemente sem clareza da importância do outro para minha existência e para minha realização pessoal. A inconsciência do indivíduo na individualização pode gerar a ilusão do outro como inimigo e não como amigo, o que me parece típico do liberalismo radical que identifica o comunitário como arcaico e fora de moda. Isto prejudica o entendimento do processo de individualização e de socialização gerando transtornos psíquicos e emocionais, favorecendo o egoísmo, o isolamento e sentimentos persecutórios. A negação do outro como recurso para afirmar um lugar de sobrevivência pessoal gera conflitos que podem levar ao desejo de extermínio do próximo na ilusória tentativa de garantir um lugar de salvação. Esta negação gera desigualdade, exclusão e injustiça.

O próprio interesse material quando analisado com mais atenção revela dimensões afetivas importantes quando vemos a atenção que dedica o empresário ao nome da sua empresa, da marca e do cliente para obter a confiança do consumidor. Ou seja, a valorização da mercadoria exige se considerar a complexidade dos sistemas de expectativas e de reconhecimentos mútuos articulando a honra e confiança que dão legitimidade a moeda e ao produto comercial. O valor da mercadoria está necessariamente vinculado a um sistema de expectativas positivas. O desaparecimento destas expectativas e da confiança do consumidor na qualidade do produto significa quase sempre prejuízos morais que estão além do valor monetário, quando pensamos por exemplo nos casos da Odebrecht e da JBS no Brasil.

Modelos explicativos abstratos da realidade como aqueles dos economistas neoliberais que dissociam o capital do social contribuem para empobrecer o valor simbólico e moral da experiência real da troca de seus fundamentos simbólicos, promovendo valores utilitaristas e egoístas. Trata-se de uma alienação da experiência real, que vai no contrafluxo da solidariedade social dissociando o valor da afetividade com relação ao valor do bem, inclusive do bem mercadoria. Neste sentido, o liberalismo radicalizado como neoliberalismo gera um amoralismo prático. Favorece a alienação e as atividades especulativas. Desvaloriza o trabalho produtivo e consciente e mecaniza o corpo humano. A exacerbção de práticas dissociativas contribui para desumanizar as sociedades contemporâneas e estimular a paranóia entre os ricos e as classes médias consumidoras que não conseguem mais contactar os fundamentos morais e emocionais das subjetividades comunitárias.

A redução do bem em circulação a uma simples mercadoria que é objeto de compra e venda funciona como mecanismo de auto-proteção na medida em que assegura a entrada do indivíduo egoísta no pacto social sem assumir responsabilidades sobre a importância de garantir visibilidade ao outro para que o sistema de trocas funcione adequadamente. O problema é que a mente míope tende a destruir os fundamentos da condição humana que é coletiva e que sem ela o indivíduo egoísta não pode sobreviver. As prisões recentes de empresários, de políticos e de burocratas no desenrolar dos processos judiciais levados pela Polícia Federal e pelo Ministério Público no Brasil são interessantes para revelar como figuras narcisistas e todo poderosas se tornam seres emocionalmente frágeis quando confrontados com os limites impostos pela lei jurídica. Esta também tem valor simbólico como limite a ambição prometeica dos indivíduos.

Os estudos sobre a dádiva, no lado oposto, nos ajudam a reposicionar o debate sobre valor dos indivíduos no interior das sociedades e o lugar dos bens e do dinheiro como mecanismos de socialização e de construção dos pactos sociais, culturais, afetivos e políticos. Em primeiro lugar, não existe apenas o interesse material mas o interesse imaterial, simbólico, afetivo, espiritual e moral, do bem em circulação. Max Weber (2008) já lembrava que a dominação legítima exigia não reduzir as motivações humanas apenas

aos seus aspectos racionais legais regidos na lógica entre meios e fins, devendo ser considerados igualmente os elementos da afetividade e da tradição.

Os estudos sobre a dádiva também ajudam a entender que o *interesse* não é apenas para si mas também para outros. Os pais têm interesse pelos seus filhos, o professor pelos seus alunos, o sacerdote pelos seus fiéis. Um estudo genealógico das elites aristocráticas, burguesas e oligárquicas demonstram facilmente que o desejo de acumulação de bens materiais não se realiza sem lutas por reconhecimento e por visibilidade de si pelo outro. Inclusive o sistema de trocas simbólicas ocorre necessariamente para garantir o lugar da elite quando consideramos que o rei não pode viver sem sua corte, o burgues sem sua família e o oligarca sem seus apadrinhados.

A questão se agrava quando as elites são convidadas a considerar a possibilidade política de inclusão de outros segmentos da população no processo de decisão sobre apropriação e distribuição de riquezas. Neste sentido, a colonialidade tem contribuído para aumentar as resistências individualistas, ao colocar no plano de baixo da hierarquia moral social ao lado dos assalariados, as mulheres, os negros e os índios. Por isso, o tema da democracia provoca tantas tensões entre as elites que têm resistências de imaginar um mundo mais igualitário e inclusivo. A superação de tal atitude política e cultural exigiria uma dádiva de solidariedade e amor ao próximo que encontra fortes resistências nas personalidades narcisistas e egoístas.

O tema do dinheiro também tem importância relevante nesta discussão sobre interesse, bens e valor relacional entre a afetividade e a política. O sistema da mercadoria no capitalismo funciona contra o pacto social, afastando as pessoas, gerando rivalidades destrutivas e ambições desmedidas (Godbout; Caillé, 1998). Assim, a função simbólica tradicional do dinheiro, aquela voltada para liberar as práticas de dádivas, é depreciada. No capitalismo o dinheiro funciona apenas como dispositivo virtual de circulação da mercadoria sem gerar vínculos entre as partes envolvidas (Godbout, 2007). Ele é mero fetiche e funciona para que a mercadoria seja um bem que valoriza a posse, e não o compartilhamento. Por conseguinte, não cria condições igualitárias para que a moeda funcione como recurso de integração e de promoção

do bem-estar coletivo. Contra tal modo de circulação do dinheiro, há experiências interessantes de moedas solidárias em desenvolvimento em vários lugares, inclusive no Brasil, e que poderiam ser aprofundadas na linha da resistência epistemológica e de novos fazeres coletivos na organização da esfera econômica.

A dádiva, o cuidado em saúde e os valores da benevolência e da amizade

No seu texto sobre “Dádiva, *Care* e Saúde”, A. Caillé (2014, p. 43) lembra as dificuldades de se introduzir uma reflexão sobre a saúde como acolhimento interpessoal no contexto de um sistema médico que valoriza as rotinas e os manuais científicos. Acontece, diz ele, “que não se pode curar alguém apenas com ciência e técnica. Ou com química, aparelhos e máquinas, por mais sofisticados e necessários que possam ser. Em todo ato médico existe, necessariamente, uma parcela significativa e, às vezes, absolutamente decisiva de dádiva e de *care*”. Esta abordagem relacional do cuidado é importante para não ficarmos muito limitados aos aspectos formais, dos paradigmas técnico-científicos das políticas públicas e da legislação em saúde. A dimensão fenomenal e relacional do cuidado com o outro é essencial para se definir a pluralidade de lugares de construção moral e afetiva do cuidado.

Acontece que no campo do cuidado não se pode aplicar a dádiva no modelo simples de dádivas e contra-dádivas gerando reciprocidade entre as partes. Caillé, lembrando as reflexões de Alvin Gouldner sobre a benevolência, afirma haver

[...] várias situações em que há muita dissimetria entre o doador e o donatário, não podendo e não devendo haver reciprocidade. Como na relação dos pais com os filhos, ou na dos adultos válidos com os idosos inválidos, por exemplo. Ou como quando nos encontramos numa situação de fraqueza, fragilidade ou de vulnerabilidade: doentes, miseráveis, deprimidos, impotentes, etc. (Caillé, 2014, p. 48).

Em todas essas situações emblemáticas, complementa Caillé (2014, p. 49):

[...] não faz sentido o doador esperar um retorno equivalente da parte do donatário. Ao menos não em um prazo previsível e da mesma forma. Aquele que, nesse momento, está ao abrigo da fragilidade e da vulnerabilidade deve dar unilateralmente, sem esperar nenhum retorno. *Something for nothing*.

A partir do tema da benevolência Caillé (2014, p. 53) faz uma revisão do sistema simples da dádiva, do dar, do receber e do retribuir para introduzir o tema do pedir. Isto é, em certas situações motivadas “pela vulnerabilidade, pela necessidade, ou pelo desejo, a dádiva não teria sentido se não respondesse a um pedido. Um pedido explicitamente formulado, ou simplesmente antecipado ou adivinhado”. E complementa:

[...] o ciclo completo da dádiva é pedir, dar, receber e retribuir, o qual só adquire todo seu sentido em relação ao seu oposto, o ciclo do ignorar, tomar, recusar, manter. A partir dessa reformulação, dever-se-ia retomar de maneira mais sistemática as teorias do care. Vê-se bem, por exemplo, que *caring about*, a preocupação com o outro e a atenção dada a ele, procede de uma decisão de não ignorar o pedido do outro. Decisão que pode ser ela mesma motivada por combinações variáveis de interesse pelo próximo, de senso do dever ou de prazer com o trabalho a ser efetuado” (Caillé, 2014, p. 53).

O pedir por cuidados, por outro lado, amplia a complexidade do caráter dramático do sistemas de trocas. Como já lembrei em outra oportunidade, a passagem do cuidado como retórica que esvazia a dimensão moral e emocional da prática para o cuidado como metáfora, vista como símbolo instituinte de relações afetivas, morais e técnicas, não é simples (Martins, 2011). Esta passagem depende diretamente de

abandonarmos uma mediação burocrática voltada somente para a eficácia material e técnica e adotarmos uma mediação pela dádiva, produzindo sinergia coletiva e socializante (Martins, 2012).

A emergência de ações sociais solidárias e a valorização da amizade na promoção do cuidado exigem a organização de dispositivos de proteção da ação que não se restrinjam às condições materiais da vida e às crenças individualistas sobre consumo e poder, mas que incluam as condições ambientais, morais, afetivas e lúdicas do viver. Ainda complementamos, a respeito, que:

[...] a dádiva como mediação de diversas províncias conceituais de organização da prática humana, como as da ciência, da vida cotidiana, do direito e do sonho, implica um entendimento mais complexo da cidadania e, por conseguinte, uma compreensão mais ampla do direito social em dois níveis: entre os direitos propriamente humanos e os direitos da natureza; e no campo dos direitos humanos, entre aqueles voltados para assegurar condições materiais de vida decentes e condições afetivas e lúdicas dignas (Martins, 2012).

Por outro lado, quando consideramos as interfaces do debate sobre cuidado e amizade com a ideia de *Amor mundi* de Hanna Arendt e de sua preocupação com os temas da ética, do afeto e da política, é importante observar os sentidos de circulação da dádiva. Tradicionalmente, este se posicionava sobretudo a partir de processos de circulação verticais, revelando tanto a presença do patriarcalismo na organização dos sistemas de poder e de saber mas também a importância da lógica comunitarista e hierárquica na organização dos lugares dos indivíduos nas várias esferas da vida social, profissional e política (Martins, 2016). Essa circulação era sobretudo vertical e nesta dimensão temos que reconhecer haver certo paternalismo nas relações de cuidado e de amizade. Quando alguém se coloca como protetor do mais frágil, há o risco de que os recebedores da benevolência, uma criança ou um desvalido, se anulem como sujeitos, por serem incapazes de retribuir a doação. Mas quando pensamos o relacional desde a perspectiva do *Amor mundi*, entendemos que o paternalismo pode

gerar dependências adicionais, não contribuindo para liberar o outro na busca de sua autonomia como sujeito emocional, social e político.

Nesta linha de reflexão, devemos rememorar um fato político extraordinário que contribuiu para renovar e atualizar os usos da dádiva nos movimentos sociais contemporâneos. Refiro-me à contribuição do movimento feminista para liberar experiências horizontais de dádivas, reorganizando as experiências verticais tradicionais. A luta feminista contribuiu para girar o relógio da dádiva, liberando os sistemas de trocas a partir de movimentos horizontais que tiveram impactos sobre novas modalidades terapêuticas, procedimentos profissionais, reconhecimento moral, novas legislações do sistema médico e um novo modo de pensar e agir sobre a política da vida. Aí teremos uma agenda de reflexão interessante sobre as contribuições da dádiva para um modo de ser amigável e cuidadoso na perspectiva do *Amor mundi*.

Referências

- CAILLÉ, A. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Rio: FGV, 2002.
- _____. *Critique de la raison utilitaire*. Paris: La Découverte, 1989.
- _____. Dádiva, *Care e Saúde*. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 16, n. 36, p. 42-59, mai-ago 2014.
- _____. Nem holismo nem individualismo metodológico. Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 13, n. 38, p. 5-38, out 1998.
- ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- GODBOUT, J. *Ce qui circule entre nous*. Donner, recevoir, rendre. Paris: Le Seuil, 2007.
- GODBOUT, J.; CAILLÉ, A. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.
- GOULDNER, A. The norm of reciprocity: a preliminary statement. *American Sociological Review*, [S.I.], v. 25, n. 2, p. 161-178, April 1960.
- HÉNAFF, M. *Le prix de la vérité*. Don, l'argent, la philosophie. Paris: Seuil, 2002.
- MARTINS, P.H. *Polifonia do dom*. Recife: EdUFPE, 2006.
- _____. A dádiva como mediação no cuidado em saúde: implicações para o direito. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. 1ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012. p. 9-395.
- _____. A dádiva como sentimento e prática. Desafios do agir amoroso no mundo da vida e dos sistemas. *Revista REALIS*, v. 6, n. 1, 2016.
- _____. De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S.: Movimento antiutilitarista nas ciências sociais. Itinerários do dom. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, v. 23, n. 66, p. 105-130, 2008.

_____. Dom do reconhecimento em saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 39-50.

_____. O ensaio sobre o dom de Marcel Mauss: um texto pioneiro da crítica decolonial. *Sociologias*, v.16, n. 36, p. 22-41, ago 2014.

MARTINS, P. H.; GUERRA, J. F. P. Durkheim, Mauss e a atualidade da escola sociológica francesa. *Sociologias*, v. 15, n. 34, p. 186-218, dez 2013.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cossac & Naif, 2003.

MOUFFE, C. Por um modelo agonístico de democracia. *Rev. Sociol. Polit.*, n. 25, p. 11-23, nov. 2005.

NICOLAS, G. *Du don rituel au sacrifice supreme*. Paris: La Decouverte, 1996.

WEBER, M. *Os três tipos puros de dominação legítima*. Tradução de Gabriel Cohen. Rio de Janeiro: Guedes Multimídia, 2008.

Da integralidade à intolerabilidade. Sobre políticas de amizade e cuidado em um nada amável mundo neoliberal

Heliana de Barros Conde Rodrigues⁹

Introdução

Não me é fácil iniciar esta futura fala, atual texto. Em face do amável convite, feito por um grupo de amigos e amigas, a participar da primeira mesa de um seminário que já se encontra em sua décima sétima versão, hesito, titubeio, quase desisto: receio, inclusive, ocupar o lugar daquele “convidado bem trapalhão” de antigos filmes estrelados por Peter Sellers. Ainda mais porque aos dois pontos que, na denominação da mesa, sucedem o título do presente seminário – *Amor mundi, Políticas da Amizade e Cuidado* –, segue-se um subtítulo simultaneamente pomposo (“epistemologia”) e, hoje, decerto incontornável (da “resistência”).

Sendo assim, assoma um velho clichê, o da angústia frente à folha em branco e, igualmente, frente ao futuro silêncio que condiciona a prática da enunciação em dispositivos onde há falantes e ouvintes previamente instituídos. Em tal situação, apelo a “São Deleuze”, inspirado em Godard: não carecemos de ideias justas, mas de ter... justo uma ideia (Deleuze, 1992, p. 53).

Ela, a ideia – justa ou não – chega de mansinho, insinua-se, faz caminho ao andar.

Desobstruções inadiáveis

Em uma entrevista concedida no ano de sua morte (1992) e recentemente publicada no Brasil pela Editora N-1 – a referência é mais

que bibliográfica, logo voltaremos a ela –, Felix Guattari evoca o amigo Gerard Frommanger, para quem

[...] o problema, para um pintor, quando está diante da tela em branco, é que a tela não é branca. Ela é habitada por uma virtualidade infinita de representações, e é preciso, justamente, torná-la branca, fazer essa passagem de um vazio [...] carregado de formas, para reencontrar um ponto de emergência criacionista” (Guattari, 2016, p. 109).

Desdobrando a expressão do amigo pintor, Felix Guattari, escritor militante, acrescenta que não é necessário, nem possível, sequer desejável, partir do zero, apagando completamente o quadro, ou a página, ou o campo de enunciação, mas sim tentar reencontrar o ponto onde algo – ele o chama *ritornelo*⁷ – possa ser virulento, ativo, processual, ao invés de catastrófico, mecânico, repetitivo.

Cerca de vinte anos antes desta entrevista, Guattari foi acusado, juntamente com companheiros das rádios livres, como a rádio Alice, surgida em Bolonha, de “conspiração”. À época reencontrou, com humor e beleza, o ponto de emergência criacionista, dizendo: “Conspirar quer dizer respirar junto, e é disso que somos acusados; eles querem nos impedir de respirar...” (Guattari, 1981, p. 59).

Passagem brusca, necessidade inadiável de desobstrução: professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a cada dia sinto, vejo, percebo, que “eles” – e quem serão esses tantos eles, onde estarão, afinal, esses tantos eles? – querem nos impedir de respirar, de conspirar; em suma, querem nos sufocar. Essa experiência, por um lado, é particular – minha e de alguns aqui presentes. Mas estou segura de que ninguém é tão ingênuo a ponto de não divisar, no que tem sido imposto à UERJ – universidade pública e popular, não sei qual dos dois adjetivos mais “lhes” (a “eles”) desagrada –, um balão de ensaio em uma propagação presente e futura, em todas as universidades

⁷ Em vez de conceituar *ritornelo*, prefiro lembrar que Guattari era pianista – o que favorece a manutenção da força estética do termo.

brasileiras, de estrangulamentos quanto a tudo aquilo que possa remeter à vida: estrangulamentos salariais, de custeio cotidiano, de bolsas de estudo e permanência, de pagamento de terceirizados (acompanhado, claro, de um incremento permanente das terceirizações), de modos de vida que não sejam capitalístico-neoliberais.

Nossas telas, folhas, auditórios, estão atulhados dessa virtualidade infinita de representações, como diz Guattari (2016), e é preciso apagar tais representações, mesmo que seja apenas em parte, para não sufocar, para não emudecer, para não se tornar agráfico de tanta tristeza. Tristeza pela escola sem partido, pela cura gay, pelo ensino religioso reeditado e de “confessionalidade optativa”, pela saúde sucateada e presenteada a organizações nada sociais, pelo ensino público acusado pelas mazelas econômicas do país e posto na mira imediata das negociatas de soerguimento dos estados em dívida, pela justiça “salvacionista” mas nada equânime (e quem poderia sequer imaginar que o fosse?), pelo Estado de Direito golpista (e haveria outro, já que o Estado está sempre autorizado a decretar sua própria exceção?), pela censura moralista e tacanha a tudo o que não seja familiar/familiarista, saudável e higiênico, etc. Paro por aqui minha enumeração, mas sugiro que cada um acrescente seu próprio entulho, que impede a conspiração, ou seja, a respiração coletiva e conjunta.

Por vezes, em tudo isso, nossos corpos nem são tocados – a não ser, é claro, que habitemos as regiões ditas “perigosas”, sempre ocupáveis por forças armadas desde que haja um festival de rock e que a cidade deva ser protegida de sua própria má fama. Ou que sejamos parte das ditas “classes perigosas”: negros, índios, estrangeiros não europeizados etc. De forma geral, contudo, paira um anestesiamento que é parte dos controles sutis vigentes: convidam-nos a ser parte de, amigo de, voluntário para; convocam-nos à cidadania, à participação, à integração... à integralidade?

Agir a N-1

Conforme prometido, retorno à fórmula N-1, não apenas nome de editora, como bem sabemos. Sobre ela, dizem Deleuze e Guattari:

O livro como imagem do mundo é de toda maneira uma ideia insípida. [...] É preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas, ao contrário, de maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre $n-1$ (é somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele). Subtrair o único da multiplicidade a ser constituída; escrever a $n-1$ (Deleuze; Guattari, 1995, p. 14-15).

Acrescento: não somente escrever a $n-1$, mas viver a $n-1$, cuidar a $n-1$, abandonando de vez os esforços por uma saúde integral, uma vida integral, um cuidado integral. Como “imagem do mundo” não apenas o livro, mas a saúde, o viver e o cuidar são igualmente insípidos, o que não significa que não sejam perigosos: porque integral, efetivamente, é sempre o controle ou, melhor dizendo, aquilo a que ele aspira, mesmo que tal controle atue através da regulação, da atenção (sempre vigilante), da modulação (que dispensa até mesmo o modelo autoritário), da individualização (que localiza o singular no todo para validá-lo ou invalidá-lo), da normalização (que ajusta as curvas na direção mais favorável ao governo das vidas e dos corpos, em lugar de agir diretamente sobre vidas e corpos).

Viver e cuidar a $N-1$ será, talvez, privilegiar a amizade como modo de vida, fazendo desse “menos um” não uma “falta” a preencher em dimensões físico-morais arbitrárias de cuja escolha jamais participamos, mas a afirmação de uma intensidade ingovernável, sempre à beira do excesso. A amizade como modo de vida é um viver e um cuidar a $N-1$. Assim, distancia-se de tudo o que se associa ao integral: seja da integração (que sugere a adoção de um pensamento único), seja do integrismo (que se associa à pureza religiosa e a todas as suas práticas pastorais-inquisitoriais), seja até mesmo da integridade. Porque a ideia de íntegro, pela qual poderíamos ter apreço por suas conotações éticas, se vê presentemente capturada por autoproclamados gestores de nossos modos de pensar, agir, ser, viver, cuidar: eles fazem do “íntegro” o contrário do “processual”, com isso tornando este último, que é recurso indispensável para a diferença, a mudança e a historicidade, uma

espécie de sinônimo de “corruptível”. Querem-nos “íntegros”, ou seja, aprioristicamente concordes com toda a parafernália neoliberal que faz da subjetividade, hoje definida como Capital Humano, a principal matéria prima de qualquer produção de mais valia de obediência, condição de existência da mais valia financeira que, esta sim, muito denunciemos.

Amor mundi?

Devemos amar este mundo? Devemos pensar-nos, qual os antigos estoicos, como “cidadãos do mundo” e, nessa direção, amá-lo? Bem, se a reciprocidade é dimensão do amor, esse mundo não nos ama, além de ser, sem dúvida, um mundo nada amável.

O mundo nos amaria, talvez, se fosse mundo a N-1; se, como o teatro de Carmelo Bene⁸, por exemplo, adotasse o “manifesto de menos”.⁹ Caso assim o fizesse, por mais que encenasse as mesmas peças de antes, delas retiraria algum, ou alguns personagens e/ou cenários, propiciando com isso a retomada daquele “ponto de emergência criacionista” de que nos falava Guattari no início deste texto. A retomada de tal ponto de emergência, na medida em que consiste em uma retirada, não remete à integralidade, mas às intensidades; não integra, mas desloca e dissocia; não defende o amor incondicional por alguém ou pelo mundo, mas procura criar as condições de uma amizade que seja menos uma identidade – aquela dos que, semelhantes a mim, me defendem e apoiam – do que um modo de vida intransigente e intransitivo, qual a liberdade.

Até aqui, evitara usar esta palavra. Já há muito tempo (1999), no primeiro Colóquio Internacional Michel Foucault realizado no Brasil, Jorge Larrosa nos advertia da necessidade de “libertar a liberdade” das prisões discursivas em que as belas almas a mantinham cativa (Larrosa, 2000, p. 328). De minha parte, e sem qualquer arrogância – “integralidade” é apenas um nome, não uma essência; logo, pode ser

8 Carmelo Pompilio Realino Antonio Bene (1937-2002) foi um ator, dramaturgo e cineasta italiano.

9 O manifesto de menos de Carmelo Bene propunha extrair os personagens maiores da cena, dando vida aos menores e coadjuvantes. Sobre isso, consultar Deleuze (2010).

usado para designar práticas totalmente diferentes das que até agora circunscrevi –, tentei, aqui, “libertar a integralidade” das prisões em que os novos gestores das atuais racionalidades do mundo a mantêm reclusa.

Epistemologia e ética das resistências

Nessa direção, num leve deslocamento do que me foi encomendado, falei menos de epistemologia que de ética (e eventualmente de estética), compondo com isso um selvagem “manifesto de menos”. Cumpre dizer, no entanto, que provavelmente por vício profissional – professora universitária e, principalmente, integrante de Programa de Pós-Graduação –, jamais me esqueço de mencionar a prática da pesquisa.

No que tange a tal prática, o tema da “epistemologia da resistência” precisa escapar ao apagamento, embora deva permanecer sob a égide das intensidades. Pois o que será pesquisar, hoje? No plano epistemológico, como interroga Foucault, unicamente atender aos requisitos de formação e qualificação, de método, de atenção crítica às tendenciosidades, de controle das variáveis, em respeito contrito aos ditames do momento cartesiano? (Foucault, 2004, p. 22-23). Se é assim, pouco importa quem seja o sujeito pesquisador como modo de subjetivação – apenas importam suas qualificações técnico-metodológico-profissionais. Nesse sentido, ele pode ser epistemologicamente qualificado – ser “admissível ao verdadeiro”, em síntese –, por mais que também possa ser, digamos, eticamente desprezível.

Nem mesmo a sociedade neoliberal de controle, contudo, ousa subscrever sem ressalvas esse estado de coisas. Logo, abundam os comitês de ética em pesquisa, mais circunscritos ou mais ampliados, aos quais devemos submeter previamente nossos projetos quando estes pretendem indagar algo ao mundo dos homens, quiçá como versão de *Amor mundi...*

Pelo que até hoje se pode apreender da prática desses comitês, no entanto, dir-se-ia que eles, bem mais que com uma ética, preocupam-se com uma “etiqueta” de pesquisa, na qual a eventual emergência de processos contra pesquisadores e organizações patrocinadoras parece ser o principal risco a contornar. Daí a multiplicidade de formulários, assinaturas e garantias, à maneira de uma papelada do tipo “cartão de visitas”.

Já uma ética efetiva, articulada ao cuidado e à amizade, enfrenta perigos bastante distintos dos ligados ao mero enfrentamento das idiosincrasias de pareceristas mal-humorados, instalados em comitês burocráticos. O que superlota previamente as folhas em branco em que escreveremos nossos projetos são as virtuais representações que, caso preservadas, farão de nós comparsas de um mundo neoliberal nada amável. Para afastá-las, precisaremos ser “pesquisadores parresiasistas”; ou seja, diferentemente dos profetas, dos sábios e dos técnicos (ou pedagogos),¹⁰ correremos riscos bem maiores do que os ligados aos “lava-jatos” acadêmico-científicos: riscos de morte real ou simbólica, riscos de rejeição por nossos pares, riscos biopolíticos, em suma, pois os poderes contemporâneos invariavelmente diferenciam, nas populações, que sejam as populações de pesquisadores, quem deve viver e quem deve morrer para que outros possam viver.

O pesquisador parresiasista, porém, aceita o risco e pratica o que Foucault chamou um dia, no início da década de 1970, de *pesquisa-intolerância*. Isso significa tentar baixar o limiar a partir do qual suportamos os mecanismos de poder existentes, ou melhor, trabalhar “para tornar mais irritáveis as epidermes e mais renitentes as sensibilidades”, para “aguçar a intolerância aos fatos do poder e aos hábitos que os ensurdecem”, para “fazê-los aparecer naquilo que têm de pequeno e de frágil e, conseqüentemente, de acessível”, para “modificar o equilíbrio dos medos, não por uma intensificação que aterroriza, mas por uma medida de realidade que, no sentido estrito do termo, ‘encoraje’” (Foucault, 2012, p. 61).

Ao nos deslocarmos da integralidade à intolerabilidade como base da epistemologia (e da ética) da resistência, fazemos mais do que exercícios de curiosidade (por amor ao mundo?). E se alguma curiosidade também nos move, não é a que dá ensejo a um relatório para contribuir com reformas, sempre cosméticas, mas a que favorece um tornar-se outro em um mundo que se procura tornar inteiramente outro.

10 Para a comparação entre a parresia, a profecia, a sabedoria e a técnica (pedagogia) como modos específicos do dizer verdadeiro (*dire vrai*), ressaltando o risco implicado na primeira, ver Foucault (2011).

Nesse sentido, vale concluir, quanto à necessidade da resistência, seja ela ou não pomposamente epistemológica, com as palavras bem diretas do poeta René Char: “Aquilo que vem ao mundo para nada perturbar não merece respeito nem paciência” (Char, 2008, p. VII).

Referências

- CHAR, R. *A la santé du serpent*. Paris: Voix d’Encre, 2008. 132p.
- DELEUZE, G. Três questões sobre seis vezes dois (Godard). In: _____. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. p. 51-61
- _____. Um manifesto de menos. In: DELEUZE, G. *Sobre o teatro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. p. 25-64.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Rizoma. In: _____. *Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia*, v. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. p.11-37.
- FOUCAULT, M. *A coragem da verdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. 339p.
- _____. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 680 p.
- _____. Prefácio a “Os juizes Haki”. In: _____. *Ditos e Escritos VIII. Segurança, penalidade e prisão*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. p. 59-62.
- GUATTARI, F. *Confrontações/conversas com Kuniichi Uno e Laymert Garcia dos Santos*. São Paulo: N-1, 2016.143p.
- _____. Milhões e milhões de Alices no ar. In: GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981. p.56-63
- LARROSA, J. A libertação da liberdade. In: PORTOCARRERO, V.; CASTELO-BRANCO, G. (Orgs.). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 328-335

Práticas de resistência ao desmonte das políticas públicas¹⁴

Dário Frederico Pasche

O cenário político-institucional no Brasil, desde meados da década de 2010, ficou complexo e também – do ponto de vista do mundo do trabalho – mais desafiador.

A reforma trabalhista (Monteiro, 2017), que amputa direitos e reordena as relações de trabalho, favorecendo ainda mais quem já é forte nessa relação – os patrões - foi aprovada.¹² O país, tomado pela cortina de fumaça da *corrupção como o maior problema nacional*, faz desconhecer que constituímos, na verdade, um enorme fosso social, igual a Suazilândia (CARTA, 2017) um dos países mais pobres do mundo. Juntos a este pequeno país, fomos incluídos entre os dez países com a maior concentração de renda do mundo: aqui 5% dos mais ricos têm a mesma renda dos 95% restante, revelando a brutal desigualdade, o fosso abismal entre ricos e os pobres.

Mas isso não é bem o problema, aponta parte considerável dos formadores de opinião e as elites nacionais, que a quase tudo dominam. Não bastasse, estamos tomados – ou querem nos tomar – por uma pauta moral, também cortina de fumaça: o que é aceitável e o que é intolerável como comportamento individual e coletivo têm sido pautados

11 Texto referência da participação do autor na mesa de debates “Trabalho, precarização e resistência”, em 19/10/2017, em Vitória-ES, durante o XVII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde - *Amor mundi*, políticas da amizade e cuidado: a vida na saúde.

12 Ricardo Antunes, em um pequeno vídeo, esclarece com precisão a reforma trabalhista como exigência do neoliberalismo. Disponível em: <<http://plataformapoliticassocia.com.br/tag/trabalho-e-sindicalismo/>>.

pelas forças mais retrógradas do país, as mesmas que se banqueteam entre os miseráveis.

Mino Carta (2017), no editorial da Revista *Carta Capital*, apontou intrigado que a cena de uma menina acompanhada pela mãe que toca os pés de um bailarino nu, fotografada no Museu de Arte Moderna de São Paulo,¹³ tenha provocado tanta polêmica. Buscaram os detratores do MAM apontar que a exposição de arte promovia a pedofilia. A perplexidade do jornalista se torna ainda mais veemente diante da não refutação ética de um conjunto extenso de imagens divulgadas diariamente nas mídias e redes sociais, que demonstram a miséria humana a que são reduzidos muitos brasileiros, cenas que não comovem a quase ninguém.¹⁴

O conjunto de reformas na área social aprovadas recentemente no país, que atacam e mutilam direitos, e o recrudescimento do moralismo revelam, em alguma medida, que perdemos parte de nossa civilidade, cada vez menos tolerante com as diferenças. E a frágil e anêmica distribuição de renda que esse país viveu por pouco mais de uma década está sendo cobrada pela elite cleptomaníaca com juros e correção monetária exponenciais.

Na área da saúde, no SUS, as alterações que têm sido implementadas pelo atual governo, no poder sem votos, e outras ainda em “estudo nos bastidores”, destroem uma invenção que um dia ousamos fazer o pleito para que fosse reconhecida como patrimônio da humanidade (Brasil/CNS, 2009). O SUS tem sido alterado a ponto de quase não o reconhecermos, o que nos força a pensar, de um lado, que essa obra social e política enfrentou interesses poderosos que nunca se resignaram à sua orientação de universalidade e de equanimidade.

E as alterações que o SUS sofreu nesses últimos anos o fizeram perder parte de sua materialidade: o desfinanciamento foi constitucionalizado pela Emenda Constitucional nº 86 (Funcia, 2015; Santos, 2016), e ratificado exponencialmente pela Emenda Constitucional nº 55 (Senado Federal,

13 Foto disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/revista/973/o-triunfo-da-estupidez/Instalao.jpg/image>>.

14 Foto disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/revista/973/o-triunfo-da-estupidez/Homememsiuoderua.jpg/image>>.

2016), que congela por 20 anos o teto de gastos públicos. A publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB – (Brasil/MS, 2017) expõe um projeto de pauperização da atenção básica, que nos leva a lembrar um escrito de Mário Testa (1992), no início dos anos 1990, sobre a Atenção Primária de Saúde (APS) como Atenção Primitiva de Saúde: incapaz de se oferecer como movimento ético-técnico-político de superação dos sistemas fragmentados de saúde. E essa proposta está em fina sintonia com a agenda que busca transformar parte considerável dos brasileiros – os que têm alguma renda – em consumidores de oferta desqualificada de serviços de saúde via planos populares de saúde,¹⁵ o que certamente agravará a já combalida qualidade de vida de boa parte dos brasileiros.

Poderíamos continuar apontando as mazelas que propositadamente afligem o SUS, fruto de um esforço político para a suadesconstitucionalização. Mas nossa opção política nunca nos prometeu um longo verão, e sempre nos exigiu construção coerente a princípios ético-humanitários e vigilância constante sobre as repercussões de sua própria ação. Vivemos um inverno, um triste inverno, é verdade. E os invernos podem servir para muitas coisas: tempo de recolhimento reflexivo para buscar compreender o que se passa na vida e construir saídas, pois o inverno traz a utopia da primavera. E como no ciclo da natureza ela pode até tardar, mas se faz comparecer. Inverno é também tempo de fazer reparações: as plantas se dedicam a reforçar estruturas fundamentais, destinando energias para as fundações, que as sustentam. Assim, o tempo que vivemos é tempo de resistir, de reinventar, mas também de torcer para que tenhamos a sorte de que o frio não seja congelante a ponto de não fazer brotar o novo.

Mas como não somos plantas, nem formamos uma floresta, mas somos sujeitos que produzem e se produzem/se traduzem em muitos coletivos, nossa resistência ao inverno, por ser de outra natureza, convoca para outras empreitadas. A intensidade e a duração do inverno dependem, e

15 Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/saude-os-planos-da-segregacao>>.

muito, de nossa capacidade de resistir: seu espectro congelante depende de correlação de forças, da política, portanto.

Imagino que uma das primeiras resistências que temos que exercitar seja a de não fragmentar nossa ação por conta de pequenas diferenças entre nós que compomos o campo da Saúde Coletiva, ou pelo menos parte considerável dele. Em tempos de prosperidade, essas diferenças e as tensões que elas geram tornam as produções humanas mais heterogêneas e múltiplas, fortalecendo-as. Nos invernos, talvez se apresentem como gasto desnecessário de energia. Resistir, portanto, tem uma primeira direção: combater a fragmentação e ir em direção da defesa de posições e teses que aglutinem o campo. Haveremos, portanto, de nos resignar à convivência fraterna com quem temos diferenças, produzir amizade como *Amor mundi*, associando-nos com quem cultivamos estranhamentos, que nesse cenário se apresentariam como tão pequenos que não deveríamos agir nem por e nem em causa deles.

Dessa primeira resistência brotam outras. Afinada a pauta de ação, então coletiva e comum – possível pela disposição política dos sujeitos e definida em processo - haveria de se encontrar táticas de resistência ao desmonte das políticas públicas de saúde, o que não é simples. Mas creio que a principal delas está, em boa medida, em nossas mãos, o que nos torna protagonistas diretos da resistência. As práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores do SUS podem produzir efeito revitalizador, ampliando possibilidades da construção, desde os espaços mais micromolares do cotidiano do trabalho, de novas sociabilidades, na contramão daquilo que o novo capitalismo tem apostado.

Ampliar as experiências induzidas, patrocinadas, agenciadas pelo e no SUS, de uma nova experimentação do convívio social, pode ser uma nova utopia. Experimentar e ampliar possibilidades de acolhida do outro, de seus sofrimentos, medos e angústia, inclusive aqueles que as vezes resistimos incluir, pois parecem pouco informar aos nossos saberes e práticas que seu conteúdo é válido e legítimo. Refiro-me aos males d'alma produzidos por um sem fim de experimentações cotidianas que retiram potência da vida, a exemplo de todas as formas de violência, de negação/violação de direitos, de exclusão, para o qual devemos buscar

novos aportes teórico-metodológicos e lançar mão de redes de produção de vida e saúde.

Ajudar a produzir nos territórios outras formas de experimentação da vida cotidiana, acionando e promovendo processos coletivos e dialógicos, que ampliem a pertença das pessoas à comunidade, aos espaços coletivos, favorecendo a produção de narrativas significativas para resistir e reinventar a vida. Talvez essas sejam, ainda, nossas principais formas de resistência às ameaças ao SUS, pois para elas nossa governabilidade tem por referência nossa própria autonomia e capacidade de trabalhar. Obviamente que autonomia no trabalho e capacidade de trabalhar se inscrevem e se circunscrevem em ambientes político-institucionais que podem favorecer mais ou menos a sua realização.

É claro, mexer na vida em territórios nesses tempos de desmonte de políticas públicas é um exercício por demais arriscado, pois em muitos lugares vivemos, literalmente, estado de anomia social, o que tem transformado muitos de nossos cenários em “terra sem lei”. Mas creio que essa é ainda nossa melhor alternativa: resistir como experimentação radical do cuidar, do produzir saúde com as pessoas. Nossa opção ética por defender a vida.

Mas o que a precarização do trabalho tem a ver com isso? Relações precárias de trabalho remetem, genericamente, a perdas no campo dos direitos trabalhistas decorrentes de um conjunto amplo e variado de mudanças nas relações e condições de trabalho, emergentes tanto como exigência de novos modelos e padrões produtivos (a eterna busca do capital pelo descarte do trabalho), como de novas necessidades de acumulação privada de capital, em resposta à competição e à concorrência econômicas, que se expressam por sucessivas crises de realização do capital. Precarizar, portanto, é uma necessidade do capital, sobretudo nesses tristes trópicos com suas elites tão pouco ilustradas, onde o ciclo produção-consumo-produção não tem crédito de teoria econômica.

E por que trabalhamos? Essa é uma pergunta que faço frequentemente aos meus alunos: porque é mesmo que trabalhamos? As respostas invariavelmente apontam sua realização pela necessidade: trabalhamos para obter meios de satisfação de necessidades; e trabalhamos

porque não detemos os meios de produção. Incrível que a produção simbólica em torno do trabalho - derivada obviamente da experiência que perpassa gerações - conseguiu sedimentar essa conotação como narrativa única. Dizia Marx (1932), que o trabalho ideal seria algo como *pescar de manhã e escrever poesia à tarde*, ou seja, nos livrariamos das necessidades radicais trabalhando parte do dia; a outra parte seria dedicada à fruição dessa liberdade para nos desenvolvermos como propriamente humanos. Mesmo nessa perspectiva o trabalho seria algo como um fardo para a humanidade, considerando de alguma forma que a dimensão ontogenética do trabalho seria pertinente quando fosse dedicado à racionalidade estética. Mas o que importa é que as experiências do trabalho sob as regras do capital tornaram-no para a maioria dos que trabalham apenas como *pescar*: trabalho estranhado, capturado e reduzido à sua dimensão de realização econômica. Mas haveria outras possibilidades de conceber o trabalho?

Gastão Campos (2005), produziu uma interessante crítica a essa concepção negativa do trabalho, que o remete a ideia de uma maldição. E disse também que praticamente todas as teorias de administração tomaram o trabalho como insumo, logo trataram de conceber formas de controlá-lo, discipliná-lo e pô-lo à disposição como recurso produtivo.

Então, a tarefa que teríamos seria ampliar o desejo e a vontade de trabalhar dos trabalhadores da saúde. Mas como isso seria possível, já estando em vigência¹⁶ a reforma trabalhista imposta pelos senhores da *Casa Grande*, que amplia a precarização? E, lembremos, antes mesmo dessa iniciativa os trabalhadores da saúde já experimentavam uma variada gama de vínculos e regimes de trabalho, fazendo aparecer em um mesmo estabelecimento ou equipe de saúde, trabalhadores em empregos públicos (diretos e celetistas, como nas Fundações Públicas de Direito Privado), com contratos temporários, prestadores de serviços, celetistas “clássicos”, entre outros, conformando um complexo mosaico de perspectivas de

16 A Reforma Trabalhista (Lei n. 13.467/2017, de 13/07/2017), que alterou mais de 100 dispositivos da Consolidação da Leis Trabalhistas (CLT), entrou em vigência no dia 11/11/2017. Para mais detalhes, consultar: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2013.467-2017?OpenDocument>.

inserção no trabalho, tornando bastante difícil a experiência do trabalho em equipe, por exemplo.

A saída, conforme Campos (2005), entre outras, poderia ocorrer por duas vias: pela inserção dos trabalhadores nos processos de gestão, ampliando a experiência e a cultura da cogestão nas organizações de saúde. A cogestão como forma de produção de democracia possibilita que a maioria das pessoas em situação de trabalho possa pensar e interferir na organização dos modos de trabalhar (Pasche, 2013; Pasche; Righi, 2017).

A essa primeira inclusão – trabalhadores na gestão – se promoveria uma segunda: a introdução de necessidades e desejos dos trabalhadores nos processos de trabalho, ampliando da capacidade de se pôr e de compor na roda. Assim, seria forçoso reconhecer que os trabalhadores trabalham para além e para aquém dos interesses a necessidades imediatos de gestores e mesmo de usuários. E esse reconhecimento nos força a pensar na existência de uma múltipla centralidade do trabalho em saúde, logo não haveria propriamente um centro ordenador, mas diversos, que exigem composição entre sujeitos em situação de trabalho. Nessa direção, o apoio institucional (Paulon; Pasche; Richi, 2014) tem sido uma importante tecnologia para a cogestão, considerando esta complexidade nas relações de trabalho. Todavia, a história tem nos mostrado, os usuários estariam em certa desvantagem nessa relação, pelo poder que detêm os trabalhadores, o que pode ser corrigido pela afirmação do enunciado ético da corresponsabilização pela produção de saúde como dever ético imperativo dos trabalhadores.

A ampliação da democracia institucional – é disso que estamos falando – alarga os sentidos do trabalho e do trabalhar em saúde, ampliando perspectivas para se lidar com padrões bastante degradados de trabalho, que encontram na precarização sua principal expressão. Todavia, esse exercício se coloca como condição de contingência, como possibilidade datada de um resistir ético-político, pois a manutenção de relações precarizadas sem perspectivas de reversão, é incompatível com as exigências de produção de saúde, conforme pensamos desde o SUS. E seria injusto exigir que os trabalhadores não se deixassem afetar por suas produções.

A luta política pela reinserção e manutenção da institucionalidade do SUS ganha contornos que combinam uma agenda macropolítica, aquela

mesma que apontamos acima como capaz de aglutinar a ação política dos distintos sujeitos que conformam o campo da Saúde Coletiva. Mas junto a essa, lembramos, é imensamente desejável se manter, como ação de resistência militante, nossa capacidade de produzir saúde desde nossa ação clínico-profissional, tanto nas relações que estabelecemos com usuário singular, como ele no plural, com os coletivos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *SUS, patrimônio da humanidade*. Brasília: CNS, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/abril/sus_patrimonio_humanidade_2204.pdf>. Acesso em: dez 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: dez 2017.

CAMPOS, G. W. C. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições*: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2005 (Saúde em Debate, 131). Acesso em: dez 2017.

CARTA, M. O país resignado (editorial). *Carta Capital*. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/revista/972/o-pais-resignado>>. Acesso em: dez 2017.

FUNCIA, F. *A extensão da ameaça da EC 86/2015 sobre o SUS*. Determinantes sociais da saúde: portal e observatório sobre iniquidades em saúde, 2015. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/a-extensao-da-ameaca-da-ec-862015-sobre-o-sus/>> Acesso em: dez 2017.

MARX, K. *A ideologia alemã*. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cv000003.pdf>>. Acesso em: dez 2017.

MONTEIRO, C. M. Mary Shelley e a reforma trabalhista: um Frankenstein a brasileira. *Revista eletrônica [do] Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região*. Curitiba, v. 6, n. 61, p. 105-134, jul./ago. 2017. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/1939/111511/2017_monteiro_carolina_mary_reforma.pdf?sequence=1>. Acesso em: dez 2017.

PASCHE, D. F. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.; MÜLLER NETO, J. S. *Construção Social da demanda por cuidado*: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013. p. 81-88.

PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Apoio como estratégia de ativação do movimento constituinte do SUS: reflexões sobre a Política Nacional de Humanização (PNH). In: CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; OLIVEIRA, M. M. (Org.). *O apoio paideia e suas rodas*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2017, v. 1, p. 141-166.

PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface*. Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 809-820, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500809&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: dez 2017.

SANTOS, N. R. dos. O SUS na prática: qual a política pública de saúde? *CEBES*, 2016. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2016/01/o-sus-na-pratica-qual-a-politica-publica-de-saude/>>. Acesso em: dez 2017.

SENADO FEDERAL. Emenda Constitucional nº 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, dez 2016. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=540698&id=14374770&idBinario=15655553&mime=application/rtf>>. Acesso em: dez 2017.

TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde In: TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 160-174.

Direito à saúde e América Latina: como pensar o bem-estar social e sua efetivação?

Lisâneo Macedo M. Melo
Felipe Dutra Asensi

Introdução

A efetivação dos direitos sociais sempre foi um debate importante na América Latina, acentuando-se ainda mais em tempos de restrição orçamentária para sua efetivação. Se o Estado de Bem-Estar Social foi uma conquista de diversos países europeus no século XX, na América Latina ainda identificamos desafios contundentes na formulação e execução das políticas de saúde e na própria efetivação desse direito. Essa condição de subdesenvolvimento econômico e social dos países da região não afastou a criação de sistemas inovadores de saúde, como o SUS, mas os governos têm utilizado argumentos econômicos para, de várias maneiras, se desresponsabilizarem em relação aos direitos.

Neste ensaio, buscamos apresentar os desafios de reconhecimento objetivo no âmbito constitucional dos direitos sociais, em especial do direito à saúde, em um contexto de grandes desigualdades sociais e econômicas que marcam a América Latina. Discutiremos o surgimento dos direitos sociais na Europa e suas repercussões para a relação entre Estado e sociedade. Em seguida, discutimos certas particularidades da América Latina, com foco nas desigualdades sociais e o histórico de dificuldades econômicas da região, buscando relacionar com os direitos sociais. Por fim, analisaremos o desafio em tornar efetivo o direito à saúde na América Latina diante de argumentos de escassez de recursos e os caminhos possíveis para assegurá-lo.

Estado de Bem-Estar Social e direito à saúde

Segundo Bobbio (2004), é possível elencar a história moderna dos direitos em três aspectos: primeiro, garantiram-se os direitos à liberdade, ou seja, deveriam ser resguardados os direitos do indivíduo em face do Estado e de outros indivíduos; em segundo, temos os direitos políticos, que têm como consequência a participação do cidadão nas decisões políticas; em terceiro, temos os direitos sociais, que trouxeram novas garantias coletivas voltadas para a igualdade material. A este respeito, vale ressaltar a observação de Ferreira Filho, para quem os direitos sociais são direitos subjetivos, mas não seriam “poderes de agir” e sim “poderes de exigir” (Ferreira Filho, 2009, p. 51).

Segundo o autor, diversos países europeus passaram a conceber um papel mais democrático e inclusivo no século XX, apontando para a garantia de direitos e a promoção da igualdade material. Sendo assim, o chamado Estado de Bem-Estar Social é uma concepção de Estado voltada para garantir a seus cidadãos uma série de direitos imprescindíveis para o desenvolvimento humano, tais como moradia, saúde, educação e alimentação.

Apesar de surgir em momentos diferentes nos países europeus, costuma-se afirmar que a previsão constitucional do Estado social teve sua origem nas Constituições do México de 1917 e de Weimar de 1919. Vale dizer que Weimar foi uma grande inspiração para algumas Constituições brasileiras, tais como a de 1934, e influenciou o reconhecimento de diversos direitos sociais no Brasil (Bonavides, 2001). A visão norte/sul herdada da Guerra Fria, em que pese o pouco sentido desse debate ideológico atualmente, serve de referência para balizar a compreensão dos direitos econômicos, sociais e culturais e o direito ao desenvolvimento. Se, de um lado, os direitos civis e políticos são heranças liberais, os direitos sociais têm a marca social e resta à América Latina construir o seu caminho (Lafer, 1999).

É importante também reconhecer que tanto os direitos civis e políticos quanto os direitos sociais exigem do Estado prestações positivas e negativas. A visão de que os direitos sociais demandam prestações positivas, daí seu custo mais elevado de efetivação, e que os direitos civis demandam uma prestação negativa ou a simples

abstenção do Estado é demasiadamente simplória. Isto porque ignora o custo estatal dispendindo para garantir os direitos individuais de liberdade, propriedade, etc.

No Brasil, o Estado de Bem-Estar Social recebeu sua primeira versão com a Constituição de 1934 sob o governo de Getúlio Vargas. Com o passar do tempo – e das Constituições – identificamos uma ampliação dos direitos sociais. A Constituição de 1988 definiu a República Federativa do Brasil como um Estado Democrático de Direito. Segundo Streck (2004), trata-se de uma espécie de “*plus*” normativo em relação às formas anteriores de Estado de Direito, que na teoria é o modelo estatal que garante os direitos e liberdades individuais e também de os direitos sociais.

A Constituição de 1988 revela o traço da indisponibilidade e não-regressividade dos direitos sociais, *bem* como a característica da autoaplicabilidade dos direitos sociais do Artigo 6º, quais sejam: educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, transporte, alimentação, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados. Porém, em que pese o reconhecimento destes direitos e a existência de diversas leis infraconstitucionais, ainda existe o desafio da efetivação.

A partir do reconhecimento do direito a um padrão de vida que garanta a saúde pela Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu artigo 25 (ONU, 1948), a saúde foi consagrada como direito fundamental em diferentes Constituições brasileiras até alcançar a universalização em 1988. A consagração da saúde como direito esteve, em geral, associada a duas ideias-chave: sua universalidade – a saúde e um direito de todos os cidadãos – e a de que a saúde – conforme a conhecida definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) – não deve ser considerada simplesmente como ausência de doença, mas como um estado geral de bem-estar, cuja realização e proteção dependem de um conjunto de condições econômicas, sociais e políticas que transcendem o domínio circunscrito das políticas de saúde e dos cuidados de saúde.

Os direitos sociais e as especificidades da América Latina

Os direitos sociais estão previstos na maioria das Constituições latino-americanas. São direitos assegurados aos cidadãos, sendo sua efetivação um grande desafio na América Latina, e o Poder Judiciário possui um papel fundamental para a sua efetividade (ARANGO, 2004).

Segundo Amartya Sen (2011), a inclusão dos direitos sociais e econômicos (direitos de bem-estar) na categoria dos direitos humanos é imperativa. De construção progressiva até receberem sua versão moderna na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, os direitos sociais compõem uma série de aspectos imprescindíveis para uma vida digna, tais como: direito ao trabalho, direito à educação, proteção ao desemprego, proteção à pobreza, direito de sindicalização, direito a remuneração justa e favorável.

A comunidade internacional já reconhece a necessidade de realizar esforços globais no sentido de eliminar ou mitigar a pobreza, sendo essencial o papel do Estado de Bem-Estar Social nesta missão. Rodolfo Arango, um dos principais constitucionalistas colombianos, critica as teorias liberais progressistas e liberais conservadores amplamente difundidas de Rawls e de Hayek, dentre outros. Segundo Arango, tais teorias foram criadas em sociedades industriais, desconsiderando os países de economia capitalista em desenvolvimento. Além disso, estas teorias desconsiderariam o elemento “pobreza” que caracteriza os países do hemisfério latino-americanos. (Arango, 2004). O autor colombiano deixa mais explícito seu argumento na seguinte passagem:

El desarrollo de los países del sur es menor a los del norte, la desigualdad social inmensa y sus gobiernos dependientes del exterior. Buena parte de su población vive en la pobreza. El desempleo o subempleo dominan. La desigualdad entre ricos y pobres es de las mayores del mundo. Los poderes legislativo o ejecutivo se encuentran en mayor o menor medida capturados por grupos económicos con intereses de clase (Arango, 2010, p. 3).

De origem colonial, os países da América Latina vivenciaram durante alguns séculos muitas lutas em busca da independência de suas metrópoles

européias. Pode-se afirmar que as primeiras ideias de identidade nacional dos países latinos surgiram nesse contexto de lutas por independência. Àquela altura, sob a bandeira da solidariedade continental, os Estados recém-criados objetivavam, além da libertação do jugo da metrópole, evitar que se iniciassem conflitos internos e, em paralelo buscar o reconhecimento internacional de sua independência (Glinkin, 1984).

De passado escravagista e patrimonialista, o Brasil, maior país da região, ainda tem dificuldades em reconhecer os direitos sociais, mesmo quando positivados em sua Carta constitucional, não sendo porém o único no continente com essas dificuldades. Na perspectiva de Raymundo Faoro:

Enquanto o sistema feudal separe-se do capitalismo, enrijecendo-se antes de partir-se, o patrimonialismo se amolda as transições, as mudanças, em caráter flexivelmente estabilizador do modelo externo, concentrando no corpo estatal os mecanismos de intermediação, com suas manipulações financeiras, monopolistas, de concessão pública de atividade, de controle de crédito, de consumo, de produção privilegiada, numa gama que vai da gestão direta à regulamentação material da economia (Faoro, 2001, p. 737).

Faoro afirma que o patrimonialismo brasileiro – situação que não difere muito dos demais países da América Latina – não permitiria a saída de uma condição de pré-capitalismo, de um capitalismo atrasado. Isso sozinho não explica o atraso da região por si só, mas pode nos dar pistas do seu desafio secular em efetivar direitos democraticamente:

Já na estrutura normativamente constitucional, democrática na essência, os detentores do poder participam na formação das decisões estatais, mediante mecanismos de controle que atuam na participação popular. Não importa que o encadeamento que vai da cúpula à base esteja enrijecido por minorias diretoras, contanto que o circuito percorra a escala vertical. Este último sistema — normativamente constitucional e democrático — se ajusta ao quadro das elites, mais ou menos sujeitas ao controle, necessariamente preocupadas com as agências de comando, sejam os

círculos eleitorais, as oligarquias estaduais entrosadas às municipais, como na República Velha, ou os partidos. A soberania popular não se reduz à emanção da vontade de baixo para cima, cabendo às minorias as decisões e à maioria o controle, de acordo com a fórmula de Sieyès: “a autoridade vem de cima, a confiança vem de baixo”. A astúcia, a habilidade, a sagaz manipulação são qualidades psicológicas ajustadas ao comando elitário, enquanto nos estamentos prevalece a decisão de utilizar a violência, a direção voltada à eficiência, o cálculo nas intervenções sobre o mecanismo jurídico. (Faoro, 2001, p. 829).

Passada a segunda grande guerra, pode-se verificar que os países europeus passaram a constituir uma estrutura social que pudesse atender às necessidades de sua população ainda afetada pela guerra. Segundo Arango:

Después de dos revoluciones —la inglesa y la francesa—, dos guerras mundiales y un amplio proceso de industrialización, Europa pudo alcanzar el desarrollo económico y social suficiente para que sus habitantes no mueran de hambre, vivan democráticamente y crean en el derecho como medio de paz. (Arango, 2010, p. 3).

A reconhecida disparidade econômica da região e o elevado grau de exclusão social puderam ser somados à jovial consolidação das democracias da região, ao legado autoritário dos regimes ditatoriais e, conseqüentemente, à baixa efetivação dos direitos humanos de forma geral e dos direitos sócias de forma específica. A essas discrepâncias regionais de estabilidade econômica e política, Arango chama de “sociedades bem ordenadas” e “sociedades não bem ordenadas”:

Los presupuestos epistémicos de cada una de las concepciones de la sociedad descritas conducen a divergentes condiciones de posibilidad de los derechos fundamentales, las cuales por su parte determinan prácticas institucionales igualmente divergentes. Mientras que las sociedades “bien ordenadas” son minimalistas en el reconocimiento constitucional de derechos sociales y restringen la función jurisdiccional al

cumplimiento de las prestaciones sociales aseguradas por ley, en sociedades “no bien ordenadas” se presenta una ampliación —hipertrofia según los críticos eurocéntricos— de los derechos fundamentales y del control constitucional. En el constitucionalismo social latinoamericano las cortes constitucionales o tribunales con funciones constitucionales intervienen constantemente para evitar omisiones inconstitucionales de otras autoridades públicas en materia de la satisfacción de derechos sociales. Es esta segunda realidad fáctica y normativa la que identifica al derecho constitucional latinoamericano (Arango, 2010, p. 6).

Neste sentido, no estudo da trajetória dos sentidos que a saúde adquiriu no Brasil, é possível identificar três concepções que emergiram ao longo da história: enquanto *favor*; enquanto um *serviço* decorrente de um *direito trabalhista* ou como um *serviço privado*; enquanto *direito*. Tais concepções possuem uma forte institucionalidade no âmbito do Estado e das instituições jurídicas; além disso, permitem pensar a cultura política que se cristalizou no Brasil no que concerne à efetivação de direitos sociais e coletivos.

No Império e na República Velha, a saúde se apresentava como uma verdadeira benesse do Estado, notadamente marcada por relações patrimonialistas de poder que a caracterizavam como um *favor* do Estado à população. Em virtude dessa natureza, seria uma benesse que poderia ser retirada ou restringida em qualquer momento, sem qualquer garantia para sua manutenção. Sobretudo a partir da adoção de medidas curativas e campanhas que marcaram o período, a saúde foi alçada a assunto de Estado, porém ainda assim sua exigibilidade pelos cidadãos restou submetida à discricionariedade do poder público. Não havia qualquer instrumento jurídico-legal que garantisse a universalidade deste direito, sendo concentradas no Estado a possibilidade e a discricionariedade de realizar ações em saúde em benefício de uns em detrimento de outros, inclusive de forma autoritária, a exemplo do que se desenvolveu no âmbito da Revolta da Vacina de 1904. Diante desse cenário, a saúde é vista como um *favor*.

Após, principalmente a partir da Era Vargas, o período de redemocratização na década de 80, alguns fatores concorreram para uma

transformação na concepção de saúde como favor. A ampliação dos direitos dos trabalhadores, a criação de caixas de assistência, a reforma política desenvolvida no período e o advento dos planos privados permitiram uma reconfiguração das relações de poder presentes no campo da saúde. Nesse período, houve um crescente movimento de mercantilização da saúde, de modo que seu acesso esteve diretamente ligado à capacidade do indivíduo de pagar pelos planos privados, ou à sua condição de trabalhador, na medida em que a saúde se caracterizou como um serviço ou como um benefício trabalhista.

Conforme salienta Madel Luz, a saúde “passou então a ser vista como um bem de consumo. Especificamente, um bem de consumo médico” (Luz, 1991, p. 82). Porém, ainda havia uma atuação estatal efetiva no âmbito das políticas de saúde, principalmente porque os trabalhadores regulares, ou seja, aqueles que possuíam carteira de trabalho assinada e contribuía com o INSS, possuíam o direito à assistência médico-curativa. Os que não se encontravam nesta condição, por outro lado, não puderam usufruir tal assistência, o que reforçou o papel decisivo que viria a ser desempenhado pelas Santas Casas no acolhimento dos desempregados.

De fato, observa-se uma reduzida possibilidade de acesso aos serviços públicos de saúde no período, pois as formas através das quais o cidadão poderia usufruir foram duas: a) ser um trabalhador em sentido estrito, ou seja, possuidor de carteira de trabalho assinada e contribuinte da previdência social; b) ser capaz de suportar os custos dos planos privados de saúde que surgiram a partir da década de 70. Deste modo, sobretudo entre as décadas de 40 e 70, só poderia usufruir a assistência médico-curativa aquele que fosse trabalhador. A partir de 70, mesmo com a emergência de alguns planos privados, parte significativa da população ainda não possuía poder aquisitivo para suportar as despesas desses planos. Trata-se, portanto, de uma concepção de saúde *restrita* a um grupo de pessoas, cujo critério é o *vínculo empregatício*. Aqui, a saúde é vista como um *serviço* decorrente de um *direito trabalhista* ou como um *serviço privado*.

Em contraposição a esta concepção não-universal de saúde, recebeu destaque, a partir da década de 70, o movimento da Reforma Sanitária, cuja bandeira se concentrou na defesa da *saúde como um direito de todos*. Além de atuar de forma decisiva em prol da universalização, o

movimento preconizou que as ações em saúde deveriam ser formuladas não somente pelo Estado, mas em conjunto com espaços públicos de participação social, na medida em que é a sociedade que vivencia o cotidiano das instituições de saúde e, portanto, conhece de forma mais próxima as suas mazelas e avanços. A “percepção social da saúde como direito de cidadania” seria “um dado novo na história das políticas sociais brasileiras”, uma vez que “essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos 70 e do início dos anos 80” (Luz, 1991, p. 87). Isso permite uma relativa problematização da concepção *Estado-centrada* de saúde típica dos contextos anteriores em prol de uma relativa abertura estatal às demandas sociais, o que foi decisivo para o momento constituinte da década seguinte.

Deste modo, com a Constituição de 1988 e as intensas reivindicações de uma pluralidade de grupos sociais e políticos, a saúde foi alçada à categoria de direito fundamental, cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la e ampliá-la a todos os cidadãos. A universalização da saúde foi acompanhada de sua institucionalização normativa, o que possibilitou a cristalização de princípios, normas e diretrizes que seriam desenvolvidos nos anos seguintes. Em seu artigo 196, observa-se que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1998), o que denota a pretensão universalizante deste direito. Aqui, a saúde é caracterizada como um *direito fundamental e dever do Estado*, o que denota uma dupla-dimensão (direito-dever) em sua natureza.

Nesse contexto, atribuiu-se às ações e serviços de saúde o caráter de *relevância pública*, o que implica dizer que a alteração de tal preceito depende de amplo e rígido processo legislativo. Esta condição cristalizou a relevância jurídica, política e social da saúde no ordenamento brasileiro, sobretudo a partir de sua forte associação com o princípio da dignidade da pessoa humana. O direito à saúde ainda se constitui como *clausula pétrea* no âmbito constitucional, uma vez que, em virtude de sua associação direta com o direito à vida, tal não pode ser excluído do resguardo que lhe foi alçado pela Carta Constitucional e pelas legislações posteriores.

O desafio da efetividade do direito à saúde e o argumento da escassez

Os direitos existem para serem realizados. Trata-se de uma afirmação comum entre juristas, sociólogos, politólogos, filósofos, etc. É natural que as respostas sobre o modo pelo qual devem ser realizados variem, ao mesmo tempo em que se observa uma pluralidade de abordagens sobre o que consiste tal realização. Exemplificando melhor a questão, deve-se lembrar que devemos ter um Estado capaz de fazer, de executar, de realizar. Os direitos que anteriormente se realizavam “contra” o Estado passaram se realizar “através” dele. A efetividade agora não deve restringir o Estado apenas a editar leis, mas necessariamente aumentando a densidade das normas que instituem os direitos sociais, e isso acontece através da realização de políticas públicas.

Antes mesmo de ser um desafio teórico-conceitual, a realização de direitos sociais é um desafio empírico na América Latina. Afinal, com o advento das Constituições latino-americanas, foram consagrados diversos direitos sociais que ampliaram os deveres do Estado em relação à sociedade. Esses direitos sociais foram reconhecidos como direitos fundamentais, cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-los a todos os cidadãos. Com a Constituição, termos como “vedação do retrocesso social”, “democratização” e “máxima efetividade” se tornaram comuns na análise dos direitos sociais e, ao mesmo tempo, surgiram argumentos de restrição de tais direitos.

Dentre estes argumentos restritivos, destaca-se a chamada “reserva do possível”. Originalmente concebida na Alemanha para justificar a restrição ao direito à educação, a reserva do possível tem sido amplamente utilizada no Brasil como argumento de defesa do Estado para não efetivar plenamente os direitos sociais. O cerne desta ideia está relacionado ao condicionamento do exercício dos direitos à possibilidade econômica do Estado custeá-los. Ganha relevo a questão da efetividade do direito à saúde em tempos de cortes orçamentários, mal uso dos recursos públicos e desvios advindos da corrupção, aliada à baixa performance econômica que pode comprometer a realização desse direito.

As restrições a efetivação dos direitos sociais com base no limite dos recursos públicos tem como sustentação diversas teorias, destacando-se a do jurista português Jorge Novais. O autor menciona o argumento da reserva do possível:

[...] a reserva do possível passa a ser essencialmente entendida como constituindo essa limitação imanente a esse tipo de direitos: mesmo quando a pretensão de prestação é razoável, o Estado só está obrigado a realizá-la se dispuser dos necessários recursos; daí a designação mais expressiva de reserva do financeiramente possível (Novais, 2010, p. 91).

É importante ressaltar, entretanto, que o argumento da reserva do possível, antes mesmo de ser usado pelo Estado brasileiro nas ações em que é réu, foi importado e recebeu nova roupagem na América Latina pelos juristas. Assumido como originariamente alemão, este argumento recebeu forte adesão entre constitucionalistas brasileiros e, com esta adesão, vieram alguns problemas. Exemplo disso é a assunção de diversos constitucionalistas no Brasil de que a reserva do possível é um princípio constitucional. Porém, um princípio espelha valores de uma determinada sociedade que se cristalizam econômica, política, social e culturalmente. Não há respaldo constitucional para se afirmar que a reserva do possível seja um princípio, especialmente porque não se pode afirmar, de modo algum, que a lógica constitucional seja de restrição dos direitos ou de políticas públicas.

Outro problema da defesa do argumento da reserva do possível é seu efeito: a “luta entre cidadãos”. Em saúde, por exemplo, é muito comum se alegar que ao Estado não caberia custear um tratamento de R\$ 500.000,00 por mês, pois uma coletividade seria prejudicada com tamanha destinação de recursos para somente um indivíduo. Como consequência, abandona-se a ideia de cidadania e de sujeito de direitos para colocar um cidadão contra o outro de maneira fortemente egoística. Ao se criar a “luta entre cidadãos” e ao se fortalecer isso com a reserva do possível, abre-se ao Estado a possibilidade de nada fazer, seja para o indivíduo ou para a coletividade. A “luta entre cidadãos” afasta o verdadeiro foco – o dever do Estado de

efetivar direitos e promover políticas públicas ao máximo – e privilegia o “sacrifício de um cidadão em detrimento do outro”.

Um terceiro problema refere-se à inexistência de ônus da prova de quem utiliza o argumento da reserva do possível. Ao ser ingenuamente reproduzido como um dogma, isto é, como um ponto de partida inquestionável, desaparece da discussão o dever do Estado de provar que realmente não possui recursos financeiros para determinada política. Não bastando a tentativa de restringir direitos ou de colocar um cidadão contra o outro, a reserva do possível ainda é usada como um dado *a priori* e sem qualquer discussão séria e aprofundada sobre o motivo pelo qual não há determinado recurso. Não há por conta de alocação ineficiente? Ou porque houve corrupção? Ou será que houve eleição equivocada de prioridades? O problema foi de gestão ineficiente? Ou realmente não há recursos porque a arrecadação tributária foi insuficiente?

Um quarto problema diz respeito à ausência de alteridade, isto é, de se colocar no lugar do outro. Um exemplo pode valer mais que mil palavras: uma pessoa bem conservadora pode mudar de opinião facilmente sobre a desobrigação do Estado custear um medicamento de R\$ 30.000,00 por mês quando o problema de saúde ocorrer na família dele. O ato de se colocar no lugar do outro tem sido incomum e, então, a governamentalidade tem prevalecido.

Por fim, um quinto problema é a resistência em conceber o Judiciário e as demais instituições jurídicas como meios legítimos de efetivação de direitos, sobretudo os direitos sociais. O argumento da reserva do possível, em geral, vem acompanhado de uma crítica ao impacto econômico da atuação das instituições jurídicas. Porém, os juristas deixam de lado uma reflexão sobre o papel do Legislativo e do Executivo, seus limites e desafios. É próprio do Estado Democrático de Direito a possibilidade de mútua influência entre os Poderes e as discussões sobre os limites desta influência devem abarcar os três Poderes, e não apenas um.

De fato, este argumento econômico de restrição de direitos tem sido amplamente utilizado pelos juristas com uma forte dose de senso comum e sem versar de maneira cuidadosa sobre seus efeitos. Ao se relacionar com a governamentalidade, tem sido equivocadamente propagado para

causar um cenário de desobrigação do Estado sem qualquer dado concreto sobre a escassez de recursos ou sobre como são alocados, além de não ter respaldo no paradigma constitucional aqui analisado.

Na perspectiva de Arango, “*un derecho subjetivo es una posición normativa basada en razones válidas y suficientes, cuyo no-reconocimiento injustificado amenaza causar un daño inminente a su titular*” (2004, p. 119). O autor apresenta uma teoria que para ele permite o reconhecimento objetivo dos direitos “fundamentais sociais” pelas Cortes Constitucionais: a teoria cognitiva dos direitos. Para ele, essa teoria é sensível à realização humana partindo das diferenças e competências entre as pessoas, evitando que as desvantagens naturais e sociais se transformem em limitações objetivas para o reconhecimento e gozo dos direitos. A questão da objetividade – em que pese ponto de discórdia entre os estudiosos do tema – é distinguida entre (i) decisão constitucional que se pode fundamentar em razões objetivas, enquanto a (ii) decisão política é fruto da vontade das forças políticas majoritárias em cada momento.

Esse tensionamento entre os Poderes do Estado na América Latina também é apontado pelo jurista argentino Roberto Gargarella. Segundo o autor:

Esto es, básicamente, cómo puede ser que en una sociedad democrática, la rama del poder con credenciales democráticas más débiles, el poder judicial quede con la “última palabra” institucional, y pueda así decidir, de manera “final”, las controversias públicas más importantes, (p. ej., cuál es la respuesta constitucional frente a reclamos hechos en nombre del derecho al aborto; el derecho a la eutanasia; el derecho al matrimonio homosexual; el derecho al consumo personal de estupefacientes; el derecho a decretar la pena de muerte; y un largo etcétera) (Gargarella, 2012, p. 17).

Neste sentido, a discussão do direito à saúde como questão político-econômica e jurídica pode ocorrer na própria estrutura dos ordenamentos jurídicos positivados nas Constituições, sendo importante sua efetivação como direitos sociais como direitos de natureza fundamental.

Considerações finais

O condicionamento da efetivação de direitos à presença de um aporte de recursos significativos no Estado pode ser problematizado numa dupla dimensão. Primeiramente, pela própria tentativa de se submeter o direito à economia ou, mais propriamente, de condicionar a exigibilidade do direito à possibilidade econômica do Estado de garanti-lo. Considerando que os direitos sociais são atributos de cidadania que se impõem ao Estado como um dever jurídico, qualquer tentativa que busque restringir seu exercício – principalmente justificativas não-jurídicas, como a econômica – poderia significar uma desconsideração de elementos fundamentais de qualquer democracia, tais como a segurança jurídica, o respeito aos direitos sociais e coletivos, etc.

Em segundo lugar, a própria perspectiva que situa o Estado como protagonista do processo decisório – associado aos *experts* que influem em tal decisão – configura um cenário em que os conselhos participativos recebem pouco destaque. Uma vez que a escolha é realizada por critérios cada vez mais técnicos de alocação de recursos escassos, o espaço da discussão e deliberação democrática é subtraído do momento decisório. Isso traz a necessidade de se fortalecer estes espaços como exercício da cidadania, pois, em última instância, tendem a não exercer o poder decisório para o qual foram originariamente destinados por conta da governamentalização do Estado.

Do ponto de vista formal, é inegavelmente rico o conteúdo social de diversas Constituições latino-americanas. A teoria apresentada por Arango permite o reconhecimento objetivo dos direitos “fundamentais sociais” pelas Cortes Constitucionais. A teoria cognitiva dos direitos é sensível a realização humana partindo das diferenças e competências dos cidadãos, evitando que as desvantagens naturais e sociais se transformem em limitações objetivas para o reconhecimento e gozo dos direitos.

Considerando que o Estado de Bem-Estar Social nasceu numa Europa de austeridade e em pleno pós-guerra, e considerando que a realidade latino-americana é marcada por grandes desigualdades sociais e até de pobreza extrema, parece adequado afirmar que os direitos

sociais fazem parte do núcleo fundamental de direitos protegidos pelo Estado. Obviamente, de modo algum se nega a existência de municípios ou Estados com sérios problemas financeiros, sobretudo quando se trata de direitos sociais. Porém, esses argumentos restritivos devem antes ser legitimados nas esferas públicas participativas para que se averigüe o motivo da escassez e se definam democraticamente as alternativas possíveis.

Conselhos de saúde, educação, segurança, moradia, etc. podem ser espaços fundamentais de interação dialógica entre Estado e sociedade para que, mantidas as condições procedimentais da esfera pública, possam ser estabelecidas alternativas democráticas à efetivação de direitos sociais. Caso contrário, como o próprio nome sugere, sem sociedade, o que teremos é a governamentalidade.

Referências

- ARANGO, R. *Derechos, constitucionalismo y democracia*. 1a ed ed. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia, 2004.
- _____. Constitucionalismo social latinoamericano. *La Justicia Constitucional y su internacionalización.; Hacia un ius constitutionale commune en América Latina*, p. 3–24, 2010.
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2004.
- BONAVIDES, P. *Do estado liberal ao estado social*. São Paulo: Malheiros, 2001.
- BRASIL. *Constituição República Federativa de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 13 ago. 2017.
- FAORO, R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. 3a. ed., rev ed. São Paulo, SP: Editora Globo, 2001.
- FERREIRA FILHO, M. G. *Direitos humanos fundamentais*. São Paulo: Saraiva, 2009.
- GARGARELLA, R. (Ed.). *La Justicia Frente el Gobierno: sobre el carácter contramayoritario del poder judicial*. Quito, Ecuador: Corte Constitucional para el Período de Transición, 2012.
- GLINKIN, A. N. *El latinoamericanismo contra el panamericanismo: desde Simón Bolívar hasta nuestros días*. [s.l.] Editorial Progreso, 1984.
- LAFER, C. *Comércio, desarmamento, direitos humanos: reflexões sobre uma experiência diplomática*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, 1991.
- NOVAIS, J. R. *Direitos sociais: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais*. 1a. ed ed. Coimbra: Wolters Kluwer : Coimbra Editora, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SEN, A. *A ideia de justiça*. Tradução D. Bottmann; R. D. Mendes. [s.l.] Companhia das Letras, 2011.

STRECK, L. L. *Jurisdição constitucional e hermenêutica: uma nova crítica do direito*. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

Vulnerabilidades de mulheres com câncer de mama no acesso a um centro de referência oncológica na Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Paula de Castro Nunes
Aluísio Gomes da Silva Júnior
Raphael Spercazechi
Livia Manolio Franco

Introdução

Este estudo apresenta os caminhos percorridos por mulheres com câncer de mama em busca por atendimento dentro da rede de atenção à saúde no município de Niterói, particularmente no centro de referência oncológica da região. Tem como foco as usuárias, tentando compreender suas lógicas de cuidado à saúde e os principais problemas encontrados, que podem ter influenciado negativamente seu acesso, tornando-as mais vulneráveis.

O acesso desigual aos serviços de saúde pode ser modulado por subjetividades e aspectos individuais das usuárias – tradicionalmente não levados em conta nos processos de gestão do cuidado aumentando a vulnerabilidade e, por consequência, prejudicando a equidade no acesso. Colocar os serviços de saúde à disposição da população não garante o acesso a eles, uma vez que fatores como concentração de serviços, características culturais, econômicas e o nível de complexidade tecnológica da região interferem na sua utilização.

Assim, apresenta-se a abordagem da vulnerabilidade como alternativa para aprimorar as análises e intervenções nas situações de desigualdades em saúde. O câncer de mama é tomado como um exemplo, entendendo que essa abordagem pode ampliar a compreensão dos fenômenos decorrentes da iniquidade e iluminar caminhos na resolução desses problemas.

Vulnerabilidade, cuidados à saúde e contexto social

Classicamente, os estudos que trazem a discussão das desigualdades da utilização dos serviços de saúde pelas populações são aqueles que abordam o acesso ou a equidade no acesso (Whitehead, 1992; Escorel, 2001; Travassos; Castro, 2008; Travassos; Oliveira; Viacava, 2006; Sposati, 1999; Lucchese, 2003; Lages et al, 2012; Dias-da-Costa, 2007; Paim, 2006; Chor; Lima, 2005). Porém, tais estudos classificam as barreiras de acesso em grandes variáveis (macrovariáveis) como renda, escolaridade, local de moradia, e outros (Dixon-Woods et al., 2006). Verificamos que tais variáveis são insuficientes para a compreensão mais completa desse fenômeno. Fazendo-se necessário conhecer as particularidades existentes, nota-se que há aspectos subjetivos, individuais e coletivos, que interferem diretamente no acesso. Por exemplo, duas pessoas que moram no mesmo bairro, com renda e escolaridades semelhantes e que supostamente teriam a mesma oportunidade de ter acesso à assistência à saúde, podem ter, na prática, um acesso completamente distinto. Uma pode ter uma rede social de apoio maior e conseguir aceder mais fácil e rapidamente que a outra.

Dentro dos conceitos de acesso e equidade no acesso, notamos uma insuficiência de abordagens que ajudem a iluminar as iniquidades e que permitam uma orientação mais apropriada das políticas de saúde. Acreditamos que importantes barreiras para o acesso aos serviços de saúde podem estar em singularidades. Não é possível entender tais barreiras por meio de estudos epidemiológicos simples e nem apenas estudos qualitativos. Há de se integrar as metodologias para uma abordagem mais abrangente. Optamos, então, por tomar os estudos de vulnerabilidade de Ayres (2013) como alternativa para entender melhor esse fenômeno, pois nos permitem incluir na análise os aspectos individuais, sociais e institucionais além de também analisar as macrovariáveis.

A vulnerabilidade em saúde pode ser definida como um conjunto de fatores biológico/individuais, epidemiológicos, sociais e programático/institucionais cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um indivíduo ou população frente a determinada doença, condição ou dano. É resultado de uma construção conceitual, revelando um instrumento de entendimento de situações de saúde e seus determinantes. Assim, o conceito predispõe à construção de políticas voltadas para as

necessidades em saúde, levantando situações vulneráveis individuais e sociais e realizando diagnósticos sobre suas condições (Ayres, 2003; 2013).

Inicialmente, segundo Ayres (2013), o conceito de vulnerabilidade foi incorporado por Mann et al. (1994), com base na experiência da pandemia de HIV/Aids no mundo. A introdução do termo “vulnerabilidade” teve por objetivo a ampliação do entendimento da transmissibilidade do HIV e a incorporação de fatores socioculturais e econômicos aos estudos (Mann, 1994). No Brasil, Ayres aprofundou os estudos sobre vulnerabilidade introduzidos por Mann, ampliando o foco das dimensões da exposição ao HIV para fatores sociais, políticos, institucionais e comportamentais, conforme afirma Fernandes (2013).

Ayres (2013) criou uma análise de vulnerabilidade que busca integrar três eixos (que atuam independentes das vidas das pessoas, comunidades e nações, sendo entendidas como camadas de vulnerabilidade e que influenciam diretamente na suscetibilidade à infecção de HIV e ao adoecimento e morte por Aids), propondo as seguintes dimensões da vulnerabilidade: a) individual – em que os conhecimentos e comportamentos são relacionados por construções de sentidos singulares que dependem diretamente de características individuais, contextos históricos de vida e relações interpessoais que se estabelecem na convivência em sociedade; b) social – incorpora fatores sociopolíticos e culturais combinados entre si: condições socioeconômicas; acesso à informação, grau de escolaridade; disponibilidade de recursos materiais; direitos humanos, etc. Depende da capacidade de modificar as tomadas de decisões políticas, de cidadania ou de gênero; e c) programática – relaciona-se com as instituições sociais como famílias, escolas, serviços de saúde, etc. São recursos sociais que as pessoas precisam para que não haja a exposição aos fatores de riscos relacionados ao agravo. Fazem parte dessa dimensão fatores como: a universalização, integralidade e humanização do atendimento; o financiamento eficaz e contínuo das ações, entre outros.

Estas são questões frequentemente ignoradas pelos gerentes e profissionais na assistência, tornando a busca por cuidado uma peregrinação com diversos obstáculos. A análise dessas situações, incluindo a experiência dos usuários, pode fornecer mais subsídios

ao processo de planejamento, execução e avaliação do cuidado prestado nas redes assistenciais. Sendo assim, associamos às dimensões construídas por Ayres (2013) estudos sobre equidade no acesso ao tratamento oncológico de mamas e criamos a chave analítica, a qual utilizamos para analisar os achados desse estudo.

Diversos são os fatores que estão associados ao atraso no diagnóstico do câncer de mama. Primeiramente, é necessário que as mulheres se inquietem com os sintomas apresentados. Questões como: nível socioeconômico e cultural familiar interferem nesta percepção, o que enfatiza a importância do conhecimento, atitudes, comportamentos e valores individuais e familiares no significado dos sintomas e na busca pela assistência médica especializada (Horner et al., 2015).

Cabe ao sistema de saúde, em seguida, identificar o caso suspeito. A organização de serviços de saúde hierarquizados por níveis de atenção (primária, secundária e terciária) sugere a existência de uma porta de entrada, que deve ser de fácil acesso. Os profissionais de saúde presentes na atenção primária precisam ser treinados para identificar os problemas de saúde quando a doença se encontra nos estágios iniciais. A familiaridade com os pacientes decorrente da rotina de atendimento a ele prestada facilita a avaliação de mudanças nos sinais e sintomas. Dessa forma, a equipe pode prover o acesso a especialistas e indicar o profissional mais adequado ao caso, o que tende a encurtar o tempo para a atenção apropriada. Se, ao contrário, os profissionais da atenção primária não forem suficientemente habilitados nos diagnósticos, a assistência necessária é postergada (Starfield, 2002).

Sendo assim, o presente trabalho tem por objetivo analisar as trajetórias assistenciais das mulheres com câncer de mama em um centro de referência oncológica na região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ.

Percurso metodológico

Abordagem quantitativa

Trata-se de um estudo de caso. Optamos pelo desenvolvimento de variáveis quantitativas e qualitativas (triangulação de dados), para maior abrangência, validação, profundidade e contextualização do objeto de estudo.

Primeiramente, realizamos uma revisão integrativa na base científica de dados da Lilacs via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scopus. Foram incluídos os artigos obtidos através da busca pelos Descritores de Ciências de Saúde (DECS): “equidade do acesso”, “acesso aos serviços de saúde”, “vulnerabilidade em saúde” e “neoplasias da mama”. Assim como aqueles que tivessem a data de publicação entre 2005 a 2015, nos idiomas inglês, português e espanhol. Posteriormente, associamos às dimensões de vulnerabilidade de Ayres (2013) estudos sobre equidade no acesso ao tratamento oncológico de mamas, criando, assim, a chave analítica, utilizada para analisar os achados desse estudo.

O caso escolhido foi o do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), serviço de referência para o tratamento de câncer de mama para a Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Iniciamos coletando as informações do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) daquela instituição, no período de janeiro a dezembro de 2013 e, para as informações complementares, os prontuários das pacientes do setor de mastologia e oncologia.

Foram levantadas as mulheres com câncer de mama, pertencentes ao serviço de mastologia do HUAP-UFF no ano de 2013 e residentes no município de Niterói. Foram excluídos os prontuários que após três tentativas não foram encontrados no arquivo médico do HUAP-UFF. Assim, das 141 pacientes que ingressaram no setor de mastologia em todo o ano de 2013, 32 prontuários foram excluídos, restando 109.

A análise descritiva das variáveis selecionadas foi realizada com base na estimativa das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e das distribuições de frequência para as demais variáveis independentes (categóricas). Para a realização das análises estatísticas, gráficos e tabelas, foi utilizado o *software* SPSS Statistics versão 22.0.

Abordagem qualitativa

Pacientes do sexo feminino, portadoras de câncer de mama, pertencentes ao serviço de mastologia e oncologia do HUAP, com

qualquer grau de estadiamento clínico e residentes no município de Niterói, que, por meio do contato telefônico, se prontificaram a participar voluntariamente do estudo.

Durante as entrevistas, foram realizadas gravações de áudio e posteriormente transcritas. Foram realizadas perguntas abertas com o objetivo de extrair fatos, opiniões, sentimentos e *insights*. Para garantir o anonimato de cada mulher, foi destinado um pseudônimo para representá-las. As pacientes entrevistadas foram esclarecidas verbalmente sobre a natureza da pesquisa. Sendo assim, elas assinaram o TCLE, manifestando sua anuência. Optamos pela utilização da trajetória assistencial como metodologia de coleta e de análise de dados, por meio de entrevistas em profundidade sobre a história de vida e de fatores associados ao câncer de mama, a trajetória realizada e os problemas que tiveram na busca pelo tratamento.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do HUAP no dia 14 de setembro de 2012, sob o nº de registro 127 / 11.

A trajetória assistencial é uma metodologia que deriva do itinerário terapêutico. Assim, partimos da compreensão do itinerário terapêutico que, segundo Gerhardt (2006), busca avaliar, descrever e interpretar os processos por meio dos quais os indivíduos, mediante práticas individuais e socioculturais de saúde, aderem, avaliam e escolhem as formas de tratamento determinadas. Devem-se levar em conta o contexto socioeconômico e social no qual o usuário está inserido, as opções terapêuticas, as escolhas feitas tendo em vista as redes sociais de apoio e os serviços de saúde oferecidos e foi partindo dessa perspectiva que a análise deste estudo foi realizada. Entretanto, a complexidade, profundidade e detalhamento que esse método exige fizeram com que o tivéssemos apenas como apoio metodológico, simplificando os procedimentos.

Sendo assim, utilizamos como prática avaliativa centrada no usuário (Pinheiro; Silva Junior, 2009; Silva Junior et al., 2011; Nascimento-Silva et al., 2008), a trajetória assistencial, entendendo ser a forma mais abrangente para a análise deste estudo, no sentido de ilustrar os caminhos que esse usuário teve que percorrer em busca de atendimento

no sistema de saúde. E ainda, para analisar esse sistema de saúde local, entendendo as trajetórias de assistência que as pacientes entrevistadas realizaram buscando por atendimento em unidades públicas de saúde fora e dentro do centro de referência oncológica, assim como a qualidade do atendimento prestado.

A sistematização destas trajetórias foi analisada, tendo como referência a chave analítica derivada das dimensões da vulnerabilidade de Ayres (2013), proposta por Castro Nunes (2015).

Resultados e Discussão

Quanto à primeira parte do estudo, o perfil epidemiológico, notamos que a população estudada é constituída de 109 mulheres com uma média de 62,3 anos e moda 55 anos de idade. Predominam as mulheres da cor parda (51,38%), 26,61% são casadas e 25,69% são solteiras (nas demais não foi informado o estado civil), e a maior parte é proveniente dos municípios de Niterói (48,62%) e São Gonçalo (41,28%). Considerando que neoplasias da mama diagnosticadas em estadiamento avançado são as que se apresentam nos graus IIB, III e IV, 60,60% das pacientes encontravam-se em estadiamento avançado (IIB em diante). Das pacientes atendidas, 2,65% foram encaminhadas aos cuidados paliativos e 3,67% foram a óbito durante o ano de 2013. A maior parte das pacientes foi submetida a cirurgias radicais.

Um fato que chamou a atenção foi a falta de preenchimento de dados fundamentais para o seguimento assistencial do paciente no prontuário, principalmente por se tratar de um hospital de ensino.

Este estudo traz recortes das falas de seis mulheres com câncer de mama, acompanhadas na rede pública de Niterói e no HUAP e nos levam a refletir sobre a qualidade da assistência em saúde prestados, distantes do princípio da equidade no acesso, que o orienta. O quadro de resumo das informações das pacientes encontra-se abaixo (quadro 1).

Quadro 1. Resumo das Informações das pacientes entrevistadas. Setor de Mastologia e Oncologia/HUAP, Rio de Janeiro, 2015

PACIENTE	IDADE	COR	ESTADO CIVIL	Nº DE FILHOS	IDADE DA MENOPAUSA	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	BARRIO DE RESIDÊNCIA	UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA	TEMPO DA UNIDADE BÁSICA ATÉ O HUAP*	ESTADIAMENTO T1M INICIAL (CHEGADA NO HUAP)	RENDA FAMILIAR [†]
KATIA	93	PARDA	CASADA	4	48 ANOS	ALFABETIZADA	DONA DE CASA	BARRETO	JOAO VIELA	1 ANO E 1 MESES	NAO CONSTA	3
DEISE	93	BRANCA	CASADA	2	46 ANOS	ENSINO MEDIO INCOMPLETO	DONA DE CASA	JURUUBA	JURUUBA	1 MES	IB	1
ANA	57	PARDA	DIVORCADA	2	55 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	EX CUIDADORA	CARAMUJO	CARAMUJO	2 MESES	IBC	1
TERESA	73	BRANCA	CASADA	2	46 ANOS (HISTERECTOMIA)	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	PROFESSORA APOSENTADA	FONSECA	RUJA DESENHADOR	2 MESES	NAO CONSTA	2
SHIRLEY	41	PRETA	CASADA	3	ANDA NAO ESTA NA MENOPAUSA	ENSINO MEDIO INCOMPLETO	EX AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	CUBANGO	PMF JONATAS BOLEHO	PROMITARIO NAO ENCONTRADO	PROMITARIO NAO ENCONTRADO	2
MARIA	42	BRANCA	CASADA	2	35 ANOS (HISTERECTOMIA)	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	EX DOMESTICA	CENTRO	ARABOIA	1 ANO E 1 MESES	NAO CONSTA	2

Na análise das entrevistas realizadas com as pacientes, observa-se que o grande problema enfrentado por essas mulheres está na continuidade da assistência dentro da rede, dimensão programática da vulnerabilidade, concordando com Ayres (2013) e Nigenda et al. (2009), assim como as condições que se seguem.

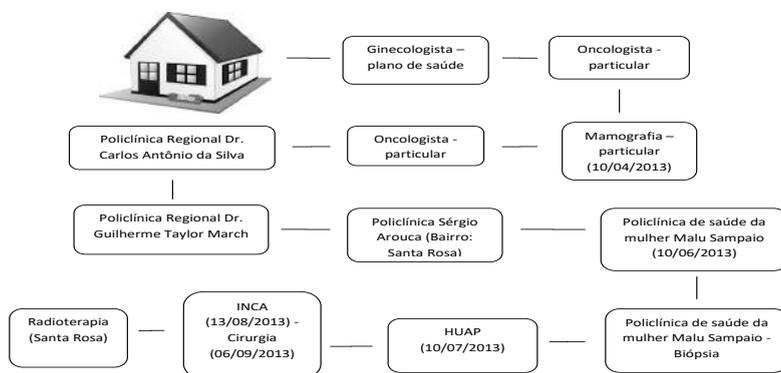
A marcação de exames foi uma importante falha encontrada por elas, representando um fator limitador no diagnóstico e nas suas opções terapêuticas disponíveis. Uma paciente que exemplificou tal situação foi Kátia, que disse ter demorado entre cinco e seis meses para realizar a mamografia:

[...] esse é o pior momento por que eu ia lá todo dia perguntar, já me chamaram? Não dona Katia, quando chamar a gente telefona e eu ficava naquela... [...] quando fui fazer a biopsia eu já imaginava porque a mama... o nódulo na mama começou a crescer e cresceu muito pra cá assim...e o bico começou a entrar e ficar meio enrugadinho e sumir aí eu já comecei a... eu disse não, isso não vai ser bom, aí eu já tava já... quando fez a biopsia que o médico me chamou lá e falou pra eu ir acompanhada, eu disse nem precisa porque eu já sei o

que ele vai dizer ai o mundo caiu né...(voz embargada) aí foi terrível por que aí você já pensa que vai... que não vai sair daquela que vai morrer aí foi... [choro].

Aquelas que tiveram a oportunidade de realizar exames pela rede privada conseguiram diminuir o tempo percorrido, demonstrando que a demanda ainda supera a oferta de serviços, como é possível ver na trajetória assistencial de Teresa (fluxograma 1), tendo sido encaminhada a cinco diferentes policlínicas antes de acionar a sua rede de contatos e ter a resolução da situação após ser encaminhada ao INCA:

Fluxograma 1. Trajetória assistencial – Teresa, 2013-2014



Podemos destacar as seguintes subvariáveis dentro da dimensão programática da vulnerabilidade: ausência de humanização do atendimento, também relatada por Angus et al. (2007); falta do estabelecimento de vínculo e de acolhimento entre o profissional de saúde e o paciente. Nesta categoria, Nigenda et al. (2009) sugerem que treinamentos constantes com os profissionais presentes no primeiro nível de atenção devem ser feitos para melhorar a qualidade da assistência prestada, o que seria fundamental no caso de Teresa, por exemplo.

Barreiras burocráticas e organizacionais, variável relatada em diversos estudos (Hartz; Contandriopoulos, 2004; Velasquez-de Charry, 2009; Otero et al., 2011; Gonçalves et al., 2014) encontradas no HUAP,

segundo a fala da paciente Ana: antes da sua entrada, foi solicitada a realização da mamografia, e ela recorreu ao sistema privado para agilizar o processo. Porém, ao chegar ao HUAP, por exigência dos médicos, teve que repetir parte dos exames realizados, em função da falta de confiança na qualidade. Segundo Oliveira et al. (2011, p. 324):

[...] fragilidades na estruturação da rede assistencial comprometem o planejamento e a regionalização da assistência, e as interconexões entre os vários ramos das redes, complementando a rede hierárquica e facilitando o acesso. No caso da atenção oncológica, a precocidade do diagnóstico e o tratamento adequado têm papel fundamental na sobrevida do paciente.

Notamos que tanto na rede de saúde de Niterói quanto no HUAP, a desarticulação no planejamento da rede assistencial de câncer foi determinante para o atraso no diagnóstico e tratamento das pacientes com câncer de mama. Tal fato reflete, por consequência, a ausência do acesso à informação sobre a doença, também observada nos estudos de Renck et al. (2014); Gonçalves et al. (2014); Tejada-Tayabas et al. (2015).

Durante as entrevistas, Teresa e Kátia afirmaram que antes do diagnóstico de câncer de mama, não possuíam informações à respeito e, depois do diagnóstico, receberam informações de diversas fontes, como: folhetos explicativos, artigos de revistas e conversa com outras pacientes na sala de espera da unidade de saúde. A maioria das mulheres mencionou a falta de informação como sendo o maior problema enfrentado.

Nigenda et al. (2009) corroboram os achados e comentam que a falta de informação relacionada à doença caracteriza maior vulnerabilidade quanto ao acesso a serviços de saúde. Os autores relataram que na amostra estudada, quase todas as mulheres já tinham informações sobre a importância do autoexame das mamas, mas quase nenhuma conhecia a técnica, nem a praticavam regularmente. Informar o caminho a ser percorrido, assim como evidenciar as etapas e questões necessárias para o entendimento da condição de saúde das pacientes, é essencial para que elas possam seguir dentro da rede de forma mais facilitada e com isso ter um melhor prognóstico e qualidade de vida.

O papel da rede social de apoio, dimensão social da vulnerabilidade (Ayres, 2013; Castro Nunes, 2015) foi o ressaltado, de forma unânime, pelas pacientes quando disseram que o apoio (tanto financeiro como emocional) que tiveram de sua família foi fundamental durante o tratamento. Angus et al. (2007) concordam e frisam que a rede social de apoio permite que o usuário possua mais subsídios para a busca a atenção à saúde.

Também dentro da vulnerabilidade social, podemos destacar as seguintes variáveis (Ayres, 2013; Castro Nunes, 2015):

Condições socioeconômicas (renda), a maior parte das pacientes tinha dificuldades financeiras e dependia da rede pública de saúde. Mesmo as pacientes que pagaram por exames para agilizar o acesso ao tratamento de câncer, tinham uma rede social de apoio forte (familiares e amigos) que se cotizaram no pagamento dos custos. Nigenda et al. (2009) consideraram as dificuldades financeiras como uma variável definidora na ausência de condições mínimas de enfrentamento da doença e a adesão ao tratamento e dependendo do acesso ao tratamento médico correto, pois há covariáveis que são afetadas diretamente por esta (Angus et al., 2007; Renck et al., 2014; Dias-da-Costa et al., 2007; Lima-Costa; Mattos, 2007; Velasquez-De Charry, 2009; Agudelo Botero, 2013; Gonçalves et al., 2014; Piñeros et al., 2011).

A relação com seus(suas) companheiros(as): notamos que aconteceram situações contraditórias com as nossas entrevistadas, assim como no estudo de Nigenda et al. (2009). Maria relatou que, em sua casa, o marido não permite que ela chore, principalmente diante dos filhos, sente vergonha de ficar sem a peruca e de se despir na sua frente. Já Shirley se refere à presença constante dos filhos, do marido e da família, apoiando-a. Disse se sentir mais valorizada depois do câncer, sendo esse o lado positivo e que perda do cabelo e da mama não fez diferença na vida matrimonial.

Mulheres com dupla carga de trabalho: na entrevista, Maria relatou que priorizou as atividades familiares e profissionais e deixando de lado as atitudes de autocuidado. Angus et al. (2007) comentam essa condição como uma barreira na busca por tratamento ao câncer

de mama (e conseqüente atraso diagnóstico), estando associada ao excesso de atividades relacionado à carga de trabalho e ao cuidado que essas mulheres dispõem aos seus familiares em suas casas. Dessa forma, essas mulheres priorizam seus entes queridos em detrimento da própria saúde. Chor e Lima (2005) e Gonçalves et al. (2014) também ressaltam essa variável.

A distância geográfica da residência do paciente à unidade de saúde foi descrita unanimemente pelas pacientes, que referiram dificuldades com relação ao transporte e à distância geográfica até o HUAP. Os estudos de Angus et al. (2007), Renck et al. (2014), Oliveira et al. (2011), Barros et al. (2013), Velasquez-De Charry (2009), Gonçalves et al. (2014) confirmam isto.

O baixo grau de escolaridade: Kalckmann et al. (2007), Angus et al. (2007), Chor e Lima (2005), Renck et al. (2014), Lages et al. (2012), Oliveira et al. (2011), Piñeros et al. (2011), Agudelo Botero (2013), Barros et al. (2013) e Velasquez-De Charry (2009) declararam que quanto menos anos de estudo (educação formal), mais vulnerável será a usuária. Das pacientes entrevistadas, apenas Teresa possuía nível superior completo e, conseqüentemente, dispunha de maiores recursos financeiros para seu tratamento. As demais pacientes possuem grau de escolaridade baixo, o que sugere maior vulnerabilidade no acesso à assistência oncológica.

Considerações finais

Notamos, em conversas com gerentes e profissionais de saúde, que existe um fluxo programado para os pacientes na rede municipal e dentro do HUAP. Entretanto, ao analisarmos as falas das pacientes, é visível que o percurso realizado de fato difere daquele planejado. Consideramos que há de se levar em conta não só o fluxo, mas também os tempos despendidos para enfrentar cada etapa. Percebemos, ainda, que as variáveis relacionadas às vulnerabilidades das pacientes com câncer de mama não são levadas em conta em nenhum momento. É notável, então, que o fluxo assistencial é pensado e posto em prática arbitrariamente com lógica gerencial, sem que haja, contudo, a priorização das usuárias e de

suas lógicas. Sendo assim, dentro das dimensões de vulnerabilidade, a mais marcante foi a programática.

Concluimos que o acesso à assistência oncológica de mama no município de Niterói não é satisfatório, em função da falta de estruturação da rede de saúde e a sua falta de integração com o HUAP, principalmente. Notamos que soluções simples poderiam ter sido tomadas, como a prática de ações de promoção em saúde, acompanhamento do caso da paciente pela Atenção Básica e maior organização do fluxo assistencial dentro do HUAP, por exemplo. A observação de fatores de vulnerabilidade na condução dos casos poderia fazer diferença nos resultados.

Esperamos que a discussão apresentada possa contribuir e subsidiar futuras análises que contemplem tanto a trajetória assistencial, utilizada como abordagem metodológica, quanto à equidade no acesso na gestão do cuidado e nas redes de atenção à saúde, em especial na oncológica.

Esperamos que a chave analítica apresentada permita maior profundidade para a compreensão do fenômeno das vulnerabilidades em saúde, iluminando os aspectos que possam ser destacados e influenciados por políticas de saúde mais centradas nas usuárias. Acreditamos que tais fatores podem fazer a diferença no acesso de populações, no caso do câncer de mama, tornando-o mais equânime.

Entendemos que os resultados trazidos devem ser transformados em ações para a mudança efetiva do panorama de iniquidades apresentado, não apenas para as pacientes, mas também para a estrutura dos serviços que afetam os profissionais e chefes de serviço que trabalham na rede, pois demonstraram se sentir impotentes diante da situação apresentada.

É fundamental que haja o fortalecimento de políticas de saúde que objetivem a educação sobre os sintomas do câncer de mama, para que a mulher procure um serviço de saúde ao perceber qualquer anormalidade na mama. Garantir um fácil acesso aos exames de rastreamento e reorganizar o serviço de saúde para atender aos casos de câncer de mama com a maior agilidade possível deve ser a meta buscada.

Referências

AGUDELO-BOTERO, M. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 9, n. 1, abr. 2013.

AYRES, J. R. C. M. Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/AIDS e abuso de drogas entre escolares: como avaliar a prevenção? In: TOZZI, D. et al. (Orgs.). *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS*. 1 ed. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, v. 1, p. 25-41, 1996.

_____. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 2002.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

_____. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2013, v., p. 375-417.

_____. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Orgs.). *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.

BAIRROS, F. S. de et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, Dec. 2011.

BARROS, A. F., UEMURA, G., MACEDO, J. L. S. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. *Femina*, v. 40, n.1, jan/fev 2012.

_____. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, out. 2013.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; v.18, n.4, p. 553-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comunicação e educação em saúde*. Glossário do Ministério da Saúde: Projeto de Terminologia em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTRO-NUNES, P. *As iniquidades no acesso das pacientes com câncer de mama à rede pública de saúde do município de Niterói-RJ*. 2015. 140 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, out. 2005.

CORREA, R. da S. et al. Estimativas da cobertura mamográfica no Estado de Goiás, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, set. 2011.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007.

DIXON-WOODS, M. et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, v. 6, n. 35, 2006.

ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Brasília, DF: OPAS, 2001.

FERNANDES, N. M. *Análise da acessibilidade dos serviços de saúde na perspectiva dos usuários*. Dissertação (Mestrado)– Belém, PA, 2012. 104 p. Acesso em: 01 nov 2013.

_____. *Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre casais soro discordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ*. Tese (Doutorado). Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Pós-graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, 2013. vii, 247 f.

- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, p. 2449-2463, 2006.
- GONÇALVES, L. L. C. et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. *Rev. enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 362-7, 2009.
- GUERRIERO, I.; AYRES, J. R.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens homossexuais, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, supl, p. 50-60, 2002.
- HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004.
- HINO, P. et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. esp 2, dez. 2011.
- HORNER, J. W.; DOBBERTIN, K; IEZZONI, L. I. Disparities in receipt of breast and cervical cancer screening for rural women age 18 to 64 with disabilities. *Womens Health Issues*, v. 25, n. 3, p. 246-53, 2015.
- KALCKMANN, S. et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc*. São Paulo, v. 16, n. 2, ago. 2007.
- KOHATSU, E. A.; BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Exames de mamografia em Mato Grosso do Sul: análise da cobertura como componente de equidade. *RAP*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p.563-77, maio-jun. 2009.
- LAGES, R. B. et al . Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 15, n. 4, dez. 2012.
- LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007.
- LUCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.
- MANN J. et al. (Orgs.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume. Dumará, 1994.
- NASCIMENTO-SILVA, V. M. et al. Trajetória assistencial em Pirai: uma prática avaliativa amistosa à Integralidade In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/ ABRASCO, 2008. p. 225-232.
- NIGENDA, G.; CABALLERO, M.; GONZALEZ-ROBLEDO, L. M. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud pública Méx*. Cuernavaca, v. 51, supl. 2, jan. 2009. Acesso em: 20 mar. 2015.
- OLIVEIRA, E. X. G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fev. 2011.
- OTERO, L.; SANZ, B.; BLASCO, T. Detección precoz de cáncer de cérvix según los discursos de las matronas de atención primaria en Segovia, España. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 45, n. 5, out 2011
- PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-708, 2002.

PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, 2009. p. 37-52.

RENCK, D. V. et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do cancer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan. 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANZ-BARBERO, B.; REGIDOR, E.; GALINDO, S. Influencia del lugar de origen en la utilización de pruebas de cribado de cáncer ginecológico en España. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 45, n. 6, dez 2011.

SILVA JUNIOR, A. G. et al. Práticas avaliativas em saúde, mediação e integralidade: outras possibilidades. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, 2011.

TEJADA-TAYABAS, L. M. et al. Medical therapeutic itineraries of women with breast cancer diagnosis affiliated to the people's health insurance in San Luis Potosí, Central Mexico. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 60-70, jan 2015.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

VELASQUEZ-DE CHARRY, L. C.; CARRASQUILLA, G.; ROCA-GARAVITO, S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud pública Méx*, Cuernavaca, v. 51, supl. 2, jan. 2009.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 22, p. 429-445, 1992.

A imagem: instrumento de conhecimento do Outro ou de interiorização de preconceitos?

Tatiana Engel Gerhardt

Eu sou o que vejo de mim em sua face.

Eu sou porque você é.

Provérbio Zulu, África do Sul.

O que interpretamos do e sobre o Outro? Quem e o que nos diz quem é o Outro? Aliás, quem é o Outro que a imagem¹⁷ tem o poder de retratar? Estas são questões disparadas que me instigaram e me desafiaram a pensar sobre os usos da imagem na produção do conhecimento, não só científico, mas também do senso comum e de suas construções no imaginário social.

Movida por essas questões e reflexões é que inicio o meu encontro com as imagens, buscando em 2012-2013 a realização do Pós-doutorado em Antropologia Visual na Université Bordeaux Ségalen (Bordeaux) e na École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris). A partir desse momento, minhas reflexões se voltam para o uso de imagens na pesquisa científica e já em 2014 foi possível desenvolver um Objeto de Aprendizagem (AO) mediado pela tecnologia, fruto de uma longa pesquisa com imagens. Intitulado *Imagens para pensar*

17 A palavra *imagem* será utilizada neste texto em seu sentido amplo, podendo se referir a toda e qualquer representação visual de uma pessoa ou objeto, quer na criação pela arte, quer como simples registro fotomecânico, na pintura, no desenho, na gravura, na fotografia, no vídeo, no filme, ou em qualquer forma visual de expressão da ideia.

o *Outro*, o Objeto de Aprendizagem consiste em um dispositivo de descoberta de diferentes culturas e a serviço de uma melhor compreensão do Outro, sendo uma ferramenta pedagógica de diálogo das culturas e de debate em torno do etnocentrismo, da alteridade, da identidade e das diferenças culturais.

Para construir esse objeto de aprendizagem, foi necessário fazer uma incursão científica sobre a forma como os viajantes retrataram, por meio de imagens, as diferenças culturais entre o ocidente e o “ restante do mundo”, incursão que me desafiou a pensar o quanto preconceitos foram construídos e perpetrados nos olhares de quem vê a imagem que foi construída sobre o Outro, compreendido como diferente. A partir dessas incursões nas imagens, novas questões foram surgindo: quem vê, vê o quê? O diferente está nos olhos de quem vê a partir de quais referências? O que a diferença desperta? O deslocamento que gera alteridade ou a diferença que gera preconceito? Questões como estas que nos remetem sempre a pensar sobre o que circula no encontro com o Outro. Como dizia Velho (1996, p. 10), a “noção de outro ressalta que a diferença constitui a vida social, à medida que esta se efetiva através das dinâmicas das relações sociais. Assim sendo, a diferença é, simultaneamente, a base da vida social e fonte permanente de tensão e conflito”. Este Outro, portanto, é inseparável de mim; eu só sou o que sou na relação com o outro. Mas, o Outro significa que, justamente, ele não é eu e por isso é necessário reconhecê-lo e respeitá-lo na sua diferença.

Uma das primeiras imagens que me despertaram para seus usos enquanto ferramenta potente para reflexões sobre o encontro como o Outro a partir da noção de alteridade, foi a pintura de Picasso *A mulher no espelho*.



Figura 1. *A mulher no espelho*, Pablo Picasso, 1932.
Óleo sobre tela, Museu de Arte, Nova York.

Há quem interprete essa imagem a partir de uma visualidade que indicaria dois rostos diferentes, duas faces de uma mesma pessoa, o que para certos psicanalistas poderia ser interpretado como a visualidade de uma mulher com transtorno bipolar. Mas o que há de interessante nas imagens é o que elas despertam em quem as vê e as interpreta, possibilitando construções diversas das da intenção de seu produtor. Quando me deparei com essa imagem pela primeira vez, vi nela, ao contrário da interpretação feita acima, a possibilidade de poder refletir sobre a alteridade e o encontro com a diferença, pois o que a mulher vê no espelho nada mais é que ela e aquilo que carrega em si do Outro. Surge dessa imagem a possibilidade de pensar na alteridade como uma postura ético-política, que parte do pressuposto básico de que todo o homem social interage e interdepende do outro, a existência do eu-individual só é permitida mediante um contato com o Outro. É relação de sociabilidade e diferença entre o indivíduo em conjunto e

em unidade, onde os dois sentidos interdependem na lógica de que para individualizar é necessário um coletivo. Eu apenas existo a partir do Outro, da visão do Outro, o que me permite também compreender o mundo a partir de um olhar diferenciado, partindo tanto do diferente quanto de mim mesmo, sensibilizado que estou pela experiência do contato. Nesse sentido, o Outro é inseparável de mim; eu só sou o que sou na relação com o Outro, o que significa justamente que ele não sou eu e por isso é preciso reconhecê-lo e respeitá-lo na sua diferença.

Reconhecer, respeitar, valorizar e praticar a alteridade significa também deixar de colonizar o Outro quando tentamos nos colocar no lugar dele, mesmo reconhecendo que ele é Outro. Entendo isso a partir do que GEERTZ, coloca como

O estudo das culturas de outros povos implica descrever quem eles pensam que são, o que pensam que estão fazendo, e com que finalidade pensam o que estão fazendo... Para descobrir quem as pessoas pensam que são, o que pensam que estão fazendo e com que finalidade pensam que o estão fazendo, é necessário adquirir uma familiaridade operacional com os conjuntos de significado em meio aos quais elas levam suas vidas. Isso não requer sentir como os outros ou pensar como eles, o que é simplesmente impossível. Nem virar nativo, o que é uma ideia impraticável e inevitavelmente falsa. *Requer aprender como viver com eles, sendo de outro lugar e tendo um mundo próprio diferente* (GEERTZ, 2001, p. 26 – grifo meu).

Para pensar nas relações que estabelecemos com Outro e de como as imagens que produzimos sobre o Outro, sobre o “exótico”, o “selvagem”, o “anormal”, Miskolci (2006) apresenta em um artigo sobre o desvio e a diferença, uma reconstrução histórica sobre a emergência e transformação das teorias sociológicas que buscaram compreender comportamentos socialmente classificados como “desviantes”. Segundo o autor, as grandes transformações ocorridas durante o século XIX, pela crescente industrialização e urbanização, trouxeram consigo preocupações sobre as mudanças nos processos de diferenciação social, que romperiam com as tradições e trariam consequências importantes sobre o funcionamento

social. A concentração urbana e os novos processos de trabalho (pelo trabalho feminino, por exemplo), a intensificação da imigração, de epidemias, demandaram novas interpretações sobre essas transformações. Na Sociologia, ainda emergente nesse período, por exemplo, tanto as análises de Marx sobre a emergência de conflitos e contradições, quanto Durkheim sobre a crescente diferenciação social, buscavam elementos para compreender esses novos processos. Mas a corrente explicativa mais forte tinha sua matriz na Biologia e nas consequentes analogias entre sociedade e organismo. Portanto, predominava nesse período, a visão biológica da sociedade e de seus problemas: a naturalização do social. As mudanças sociais transformaram determinados comportamentos e ações em alvo de contagem, classificação e controle. Fenômenos históricos e socialmente criados passaram a ser encarados de forma naturalizada (Miskolci, 2006).

É nesse período que se consolidam as ideias de Darwin, com repercussões importantes na medicina social, particularmente através da obra de Galton, o criador da eugenia. No final do século XIX, o Naturalismo ganha força baseado na compreensão determinista e hereditária dos problemas sociais, onde a matriz biológica produzia um modelo de compreensão da sociedade e do indivíduo baseado na ideia de natureza como fonte explicativa. “A normalidade de um fenômeno equivalia à sua naturalidade assim como o que a ela escapasse era declarado perigoso” (Miskolci, 2006, p. 17). As noções de saúde e doença, de normal e patológico passam a ser impregnadas desse novo sentido e passam a encontrar nas explicações biológicas para as questões sociais, elementos importantes para justificar a seleção natural, conhecida por darwinismo social.

As consequências dessas ideias sobre a naturalização do que foi social e historicamente criado proporcionou a emergência da eugenia,

[...] termo cunhado por Galton em 1883 para abarcar o conjunto de estudos e práticas voltadas para o controle da hereditariedade humana visando a preservação de grupos “raciais” considerados superiores e a contenção da reprodução dos grupos e indivíduos que representassem uma ameaça, sobretudo as “raças inferiores”, os portadores

de deficiências físicas, doentes mentais e desviantes em geral. É importante sublinhar que categorias raciais não são representações de grupos biológicos pré-existent e caracterizados de forma neutra pela ciência, antes distinções baseadas segundo interesses políticos e econômicos (Miskolci, 2006, p. 18).

Importante situar o contexto de emergência da eugenia, pois nesse período histórico, o imperialismo triunfava e as nações colonizadoras temiam a invasão do mundo pelos “bárbaros”, ou seja, pelas nações colonizadas. Nesse período de crescente nacionalismo e competição entre as nações europeias, o ideal da pureza aristocrática se expande e a eugenia se constitui como a ciência do nacionalismo, provendo um discurso pretensamente científico que permite compreender nacionalidade como sinônimo de raça (Miskolci, 2006, p. 19).

Como ciência da proteção da hereditariedade, a eugenia criou teorias e práticas para o controle da reprodução humana, incentivou a segregação de grupos considerados racialmente inferiores como judeus, ciganos e outras minorias étnicas assim como pregou a esterilização dos portadores de deficiências físicas, de doentes mentais e mulheres pobres em geral. Dentre os alvos da eugenia, sem dúvida, cumpre destacar as mulheres devido a seu papel reprodutivo e, portanto, de depositárias das expectativas sociais com relação à hereditariedade (Miskolci, 2006, p. 19).

Assim, a partir de uma resposta técnico-científica, aos problemas e às demandas de transformação social, que visava manter inalteradas as condições de poder na sociedade, a eugenia buscou eliminar os marginalizados ao invés de acabar com a sua marginalização (Miskolci, 2006, p. 19).

É nesse período igualmente que parte da estratégia de dominação dos espaços colonizados recaia na afirmação de superioridade das nações imperialistas e de seus respectivos integrantes sobre os povos e territórios conquistados. Caracterizar o Outro como selvagem e inferior servia ao propósito de controlá-lo eficazmente nos domínios imperiais,

e simultaneamente de construir uma justificativa legitimadora que caracterizava o empreendimento como missão civilizadora digna de apoio e aceitação nos centros metropolitanos. Nesse contexto surgem os «zoológicos humanos», ou mais precisamente uma série de práticas expositivas, orientadas pelas perspectivas científicas vigentes, associadas especialmente às exposições universais e congêneres, em que guerreiros Zulus, hindus encantadores de cordas, tuaregues em seus camelos, ou mesmo reconstituições de vilas coloniais inteiras eram apresentadas, “encenando” os comportamentos típicos dos grupos étnicos arregimentados (em geral de forma degradante) para o espetáculo, dando ao público um vislumbre de seus primitivos modos de viver. O corpo exótico foi construído como espetáculo da diferença a ser contemplado por todos, tanto como forma de lazer, quanto como objeto de investigação científica de prestigiados anatomistas europeus, desde o século XIX (figura 2).



Figura 2. Livro *As Raças Humanas*, de 1921.

Assim, diante dessas colocações, questões, reflexões e caminhos trilhados, os percursos que precederam e que se concretizam no uso de imagens traduzem minhas motivações e inquietações diante da construção das diferenças no imaginário social e das inúmeras manifestações de

hostilidade, intolerância, preconceito e xenofobia, que a acompanham. As imagens potencializam reflexões, nos dão possibilidades de descolonizar, de desnaturalizar a naturalização do social e a banalização do mal.

O corpo exótico do Outro, entre exposições e espetáculos da diferença

O ocidente inventa o “selvagem” no período histórico apresentado anteriormente, no cruzamento entre a história da ciência, a histórica colonial, o mundo do espetáculo e das grandes exposições universais que deram o tom às relações internacionais ao longo de mais de um século – 1851-1958. Os zoológicos humanos, símbolos do período colonial, representaram no Ocidente uma etapa importante da passagem progressiva do “racismo científico” ao “racismo popular” (Blanchard, 2011).

Exibir homens e mulheres, lhes afastar dos visitantes, lhes apresentar como diferentes e inferiores, é construir um distanciamento entre o normal e o anormal, é inventar um ruptura entre duas humanidades (Blanchard, 2011, p. 16).

Foi um período de exposições humanas, de construção de uma imagem sobre o Outro, um tempo aonde homens vinham ver monstros, exóticos, não pelo que eles faziam, mas pelo que eles eram, ou seja, diferentes, inferiores, Outros.

A exposição organizada em Paris, entre 2011 e 2012, por Pascal Blanchard, Gilles Boetsch e Nanette Snoep, denominada *EXIBIÇÕES: a invenção do selvagem* (figura 3), constitui um exemplo importante de reflexão sobre a construção imagética na contramão da igualdade, e a necessária construção de uma nova narrativa visual sobre os marginalizados, os invisíveis, os inferiores, os “selvagens”, os “exóticos”, sobre o uso da imagem como instrumento de conhecimento do Outro ou de interiorização de preconceitos.

A exposição deu visibilidade a história de mulheres, homens e crianças, vindas da África, da Oceania ou da América, exibidas no Ocidente por ocasião de números de circo, de representações de teatro,

de revistas de cabaré, de feiras, de zoológicos, de desfiles, de vilarejos reconstituídos ou no quadro das exposições universais e coloniais. Um processo que começou no século XVI nas cortes reais e que se desenvolveu até a metade do século XX na Europa, na América e no Japão. Pinturas, esculturas, cartazes, cartões postais, filmes, fotografias, moldes, maquetes e vestimentas apresentadas nessa exposição deram uma ideia da amplitude deste fenômeno e do sucesso desta indústria do espetáculo exótico que fascinou mais de um bilhão de visitantes entre 1800 e 1958 e mobilizou quase 35.000 figurantes no mundo. Por meio deste vasto panorama composto por quase 600 obras e numerosas projeções de filmes de arquivos, a exposição mostrou como estes espetáculos, ao mesmo tempo uma ferramenta de propaganda, objeto científico e fonte de diversão, formataram o olhar ocidental e influenciaram profundamente a maneira como o Outro foi apreendido ao longo de quase cinco séculos (Blanchard, 2011).

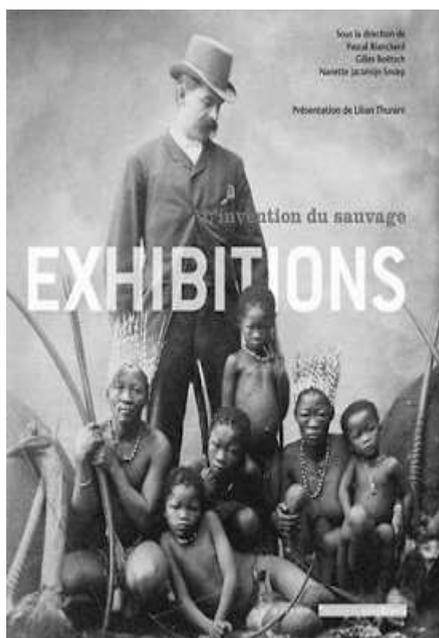


Figura 3. Capa do catálogo da exposição *Exhibitions: l'invention du sauvage*, Musée du Quai Branly, Paris 2011-2012.

Organizada em vários Atos e Cenas, a exposição fez uma viagem no tempo ocidental, onde imagens construídas sobre o Outro se universalizaram no imaginário social, explorando as fronteiras às vezes tênues entre exóticos e monstros, ciência e curiosidade, exibição e espetáculo, questionando sobre a existência das fronteiras e dos preconceitos no mundo de hoje, fronteiras e preconceitos que podemos nos questionar se eles ainda não existem. Segue, sinteticamente a sequência das imagens construídas nesse período apresentadas nessa exposição.

ATO 1 - A DESCOBERTA DO OUTRO: inventariar, colecionar, mostrar

Ao final do século XV, com as grandes expedições, os europeus serão confrontados com o “Outro exótico”, um olhar onde se misturam curiosidade, estranhamento e selvageria (figura 4). Qualquer que seja o Outro, o efeito é o mesmo: sentimentos de curiosidade frente a estes indivíduos estrangeiros, tão diferentes e tão exóticos.



Figura 4. Theodor de Bry
Cena de canibalismo, a partir de “Americae Tertia Pars”, 1592. Gravura colorida.
Service Historique de La Marine, Vincennes, France.

ATO 2 - MONSTROS & EXÓTICOS: observar, classificar e hierarquizar

Já no início do século XIX, Saartje Baartman, a “Venus hotentote” (figuras 5 e 6), se torna o símbolo das exposições. Esta jovem, originária da África do Sul, exibida em Londres e Paris entre 1810 e 1815, está na encruzilhada dessa crescente paixão pelo estudo das chamadas “raças” e essa nova expectativa do público. Novas teses racistas surgem e se espalham facilmente no imaginário. Londres rapidamente se tornou a capital desses shows étnicos, seguido por França, Alemanha e Estados Unidos. A curiosidade, saudável ou insalubre, despertada pelos “diferentes” nos séculos anteriores, dá lugar a uma construção “científica” da diferença. A partir de então, o “selvagem” exibido deve se parecer com a imagem construída pelo Ocidente.



Figura 5. Sul-africanas da tribo khoisa (ou hotentote, como era conhecida) como Strinée (foto), com nádegas extremamente proeminentes, eram exibidas como atrações na Europa no fim do século XIX. A mais famosa foi Saartje Baartman, a “Vênus Hotentote”, exibida em Londres em 1810 e em Paris em 1815. Foto: Louis Rousseau / Museu do Quai Branly.



Figura 6 - Henri Sicard, La Vénus Hottentote. Jardin d'Acclimatation (Paris),
partitura musical, 1888.

Cena 1: A construção das chamadas “raças”

As exposições de “selvagens” baseiam-se no crescente desenvolvimento da Antropologia ao longo do século XIX. O espírito do tempo é observar, então classificar e hierarquizar o mundo, e a ciência do homem é uma ferramenta. A hierarquia das chamadas “raças” torna-se a norma e a exibição é integrada aos códigos acadêmicos que constroem um olhar para o mundo.

Esses “espécimes vivos” que vieram para o Ocidente tornaram-se uma oportunidade inigualável para os cientistas realizarem medidas antropométricas, fotografias e de construir moldes desse Outro ao vivo. A cor dos olhos, da pele, a estrutura do cabelo e as dimensões dos crânios tornam-se sinais observados e que permitem classificar e inventariar “raças”.

É num contexto expansionista das grandes potências ocidentais e da busca frenética dos cientistas que as exposições encontrarão a legitimidade necessária à sua existência. A exposição do «selvagem» inscreve o Outro em uma ordem (a da razão e da racionalidade), em um objeto dentro de uma hierarquia (o desviante, o tarado, o louco, e como o representante da chamada «raça inferior»), enquanto confia no universo subjetivo das representações populares do Outro e do Outro lugar (do longínquo), formando um sistema coerente na encruzilhada do discurso acadêmico e dos estereótipos mais populares.

Cena 2: O deformado e o longínquo cenzarizado

O século XIX conhece, assim, a expansão de uma paixão popular pelas exposições, pelos espetáculos da diferença em que a anormalidade física, psicológica e geográfica é confundida (figuras 7 e 8).



Figura 7 - La mascarade nuptiale, José Conrado Roza, Portugal, Huile sur toile, 1788.



Figura 8 - Monstre et beautés de l'humanité, extrait de races humaines, France, photomontage, 1921

Progressivamente, aqueles que foram considerados “exóticos” penetram neste universo, a fim de distrair o público cada vez mais ávido do espetacular, da novidade, da estranheza. A exposição de nativos ao lado de “freaks” torna-se um gênero em si mesmo.

ATO 3 - O ESPETÁCULO DA DIFERENÇA: recrutar, exhibir, difundir

No segundo metade do século XIX, a exposição dos Zulus em Londres (figura 9) ou dos aborígenes em Paris provocou tantos arrepios, senão mais, quanto da mulher-barba ou dos Lilliputianos,¹⁸ pois postulou que todas as pessoas (ocidentais) estariam próximas desses desvios físicos, culturais e mentais. Não seria mais a exceção, mas a norma extraordinária dos mundos que nos rodeiam, mundos que devem ser logo dominados, controlados e colonizados, ou mundos que seriam condenados a desaparecer.



Figura 9 - Nicolaas Henneman Zulu Mealtime (les repas des zoulous), Grand Bretagne, photographie, tirage sur papier albuminé, 1853.

O “selvagem” torna-se a garantia do sucesso de um show (figuras 10 a 12). Sempre em busca de fenômenos espetaculares, os inúmeros empresários não param de construir espetáculos para satisfazer uma demanda crescente do público. Viagens mundiais de tropas exóticas,

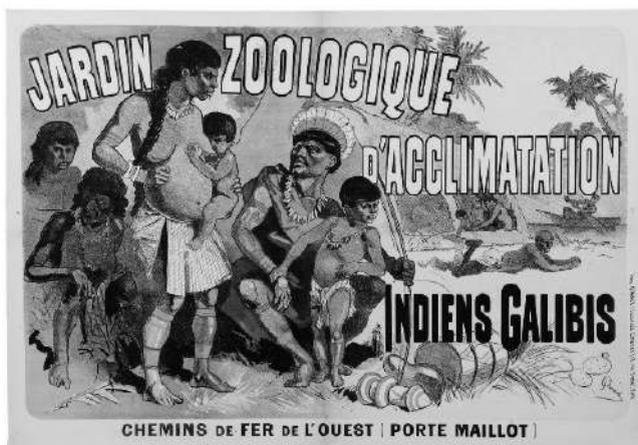
18 Lilliput é uma ilha fictícia do romance *As Viagens de Gulliver*, de Jonathan Swift. Nessa ilha a personagem principal deparou-se com a população de pessoas minúsculas (com menos de seis polegadas de altura, cerca de 15 centímetros), chamadas *lilliputeanos*, que o tomaram por gigante. A referência aqui é aos indivíduos anões.

circos e feiras com homens, mulheres e crianças de todo o mundo: o show exótico se torna um show de massa.

No momento em que saímos progressivamente do tempo da escravidão e entramos no tempo dos impérios, a ordem do mundo é organizada entre aqueles que serão exibidos e os que serão os espectadores. Seja qual for a fronteira entre o verdadeiro e o falso, a apresentação das populações ditas “exóticas” também indica que elas são, em virtude de seu *status*, inferiores ao europeu, americano ou japonês e, portanto, colonizáveis.

Neste ato, as três cenas mostram a profissionalização destas exposições e o crescimento do mercado do “exótico”.

Cena 1: A profissionalização das exposições



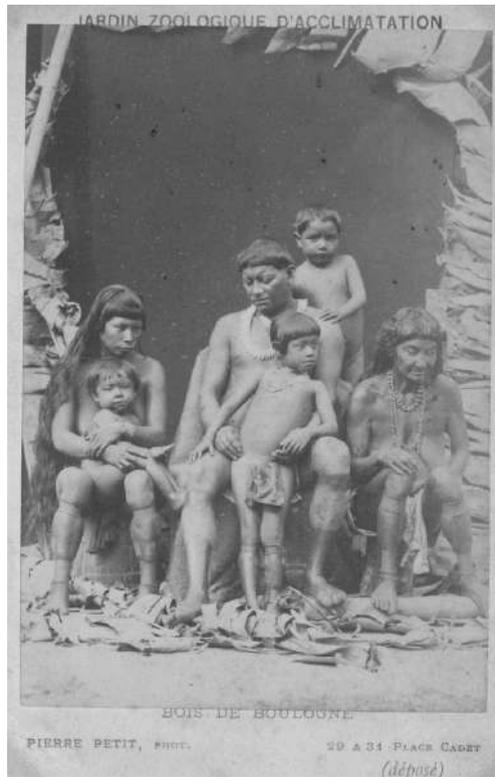


Figura 10 - Galibis. Jardin Zoologique d'Acclimatation de Paris, 1882.

Cena 2: O índio da América e a conquista do mundo



Figura 11 - George Catlin, “Mah-to-he-há” (urso velho), France, huile sur toile, vers 1845.

Obra encomendada ao pintor George Catlin pelo rei Louis-Philippe, após o espetáculo de dança indígena apresentado no Louvre em 1845.

Cena 3: Artistas exóticos



Figura 12 - Olympia. Les trois grâces tigrées, Paris, affiche, 1891.

ATO 4 – CENARIZAÇÃO RACIAL E COLONIAL: expor, medir e cenarizar

Três espaços específicos passaram então a promover as exposições humanas e coloniais em larga escala: jardim de aclimação, aldeias itinerantes e exposições universais e coloniais. O sucesso encontrado é refletido na multiplicidade de eventos, na extensão geográfica do fenômeno e, claro, no número de entradas que eles geraram, totalizando dezenas de milhões.

Cena 1: Jardim de Aclimação

No final do século XIX, os jardins zoológicos e os jardins gradualmente se voltaram para a exibição de humanos, a fim de apresentar um espetáculo o mais atraente possível para o público. Em um contexto colonial, esse fenômeno se estendeu por toda a Europa (figura 13).

O Jardim da Aclimação (*Jardin d'Acclimatation*) foi criado por iniciativa da Sociedade Imperial de Zoologia da Aclimação. Fundada em 1854 pelo zoologista Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, essa Sociedade Acadêmica tinha por objetivo contribuir com a introdução e a aclimação de espécies animais exóticas para fins agrícolas, comerciais ou de lazer.



Figura 13 - Cartazes de divulgação das exposições realizadas no Jardim de Aclimação

A exposição de seres humanos apresentados como “selvagens” é um fato existente de longa data neste local. Em 1877, Carl Hagenbeck propôs, ao olhar dos parisienses, uma pequena tribo da Núbia (figura 14). Durante quase um quarto de século, foram organizadas 22 exposições de seres humanos. Tratava-se majoritariamente de africanos, mas encontravam-se também índios, lapões (suecos) ou cosaques (russos). Os grupos apresentados são, da mesma forma que os animais, provenientes da mesma região. Essas “exibições dos selvagens” alimentaram, desde o século XIX, vivos debates, pois os seres humanos ficavam confinados atrás de grades, como animais enjaulados. O Jardim tornou-se durante este período um dos mais altos lugares antropológicos em Paris (figuras 15 e 16).

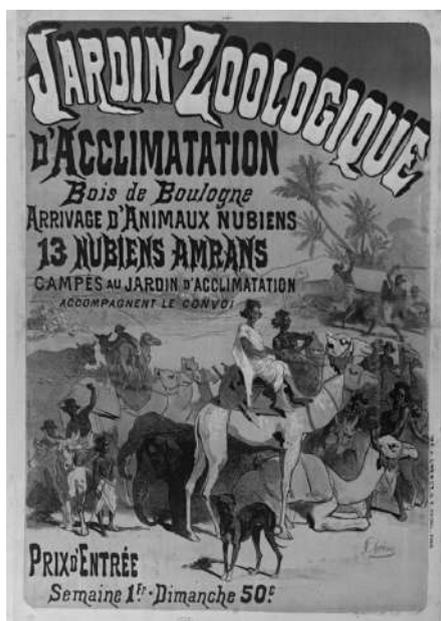


Figura 14 - Cartaz exposição Jardim Zoológico de Aclimação.
Chegada de animais nubienses e de 13 núbios.

Ao longo do quarto de século seguinte, o ritmo das exposições diminuiu: foi somente uma dezena entre 1903 e 1931, data da última exposição humana. Entretanto, elas adquiriram contorno claramente colonial, as tribos sendo selecionadas nos locais do império colonial francês: Senegal, África do Norte, Nova Caledônia, etc.



Figura 15 - Julien Damoy, « Femme Achanti », Jardin Zoologique d'Acclimatation de Paris, vues stéréoscopiques, 1903.



Figura 16 - Julien Damoy, « Le repas », Jardin Zoologique
d'Acclimatation de Paris, vues stéréoscopiques, 1903.

Cena 2: Aldeias exóticas itinerantes

Carl Hagenbeck, diretor do zoológico de Hamburgo, foi o precursor do modelo de aldeias itinerantes (figuras 17 a 20) que afetaria virtualmente todo o mundo ocidental. Suas tropas e seu modelo foram exportados por toda a Europa e América. Muito rapidamente, os empresários franceses se especializaram no gênero, exportando para mais de vinte países seus “senegaleses”, “*dahomeans*” e outros “árabes de Argel”.



Figura 17 - Uma mulher somaliana e seu filho em frente aos visitantes do Jardim da Aclimação de Paris [França], fotografia de Maurice Bucquet, 1890.



Figura 18 - Roland Bonaparte. Billy, Jenny e seu filho Toby. Paris, fotografia, tiragem sobre papel albumine, 1885. Coleção antropológica do príncipe. Musée du Quai Branly.



Figura 19 - Vilarejo senegalês. Exposição de Nancy, cartão postal, 1909.



Figura 20 - Village africain reconstitué au Champ-de-Mars [Paris, France], photographie de Joannès Barbier, 1895.

Cena 3: Exposições Universais e Coloniais

Ver é saber, afirmava a exposição universal de Chicago em 1893 (figura 21), e o Ocidente começou a acreditar que esses “monstros de feira” não tinham outro destino senão serem civilizados pelas chamadas “raças superiores”. Desde a Exposição Universal em Londres, em 1851, quando a Índia foi colocada no cerne do evento enquanto uma colônia, as exposições universais e coloniais serviram de vitrines para a expansão colonial, misturando em alguns casos o discurso científico com os espetáculos de “selvagens” dominados e exibidos.



Figura 21 - Cartazes de algumas exposições universais e coloniais.

A França e os Estados Unidos são exemplares a este respeito com grande número de exposições, realizadas pelo menos a cada dez anos. A partir de 1883, as exposições coloniais permitiram que as grandes potências europeias mostrassem seu domínio sobre o mundo. Elas também ocorreram nos próprios impérios (como em Hanói em 1901-1902, Calcutá em 1883 ou em Sydney em 1870). As mais emblemáticas, na Europa, foram a exibição British Empire de Wembley, em 1924-1925, e a Exposição Internacional Colonial de Paris, em 1931.

Blanchard (2011) analisando, juntamente com mais de 70 especialistas diferentes, os milhares de vestígios imagéticos produzidos por esta cultura de massa ao longo do século XIX, nos permite compreender

[...] como esse imenso *barnum*¹⁹ no coração do sistema capitalista fez da “diferença” um limite invisível entre “eles” e “nós”. Desta forma, é possível medir a forma como o racismo, a segregação, as teses eugenistas penetraram a opinião pública, sem violência aparente, e através do entretenimento (Blanchard, 2011, p. 16).

A desnaturalização da banalidade do mal: a construção de novas narrativas imagéticas

A construção de narrativas imagéticas, como as que vimos historicamente situadas no século XIX, tem contribuído para a banalização de situações humanas inaceitáveis, ou seja, para a *banalidade do mal* (ARENDDT, 1963), ou seja, ao mal praticado no cotidiano como um ato qualquer.

19 O efeito Forer (também chamado de falácia de validação pessoal ou efeito Barnum, depois de P.T. Barnum ter dito que “temos de tudo para todos”) é a observação de que as pessoas julgam exageradamente corretas as avaliações de suas personalidades que, supostamente, são feitas exclusivamente para elas, mas que na verdade são vagas e genéricas o bastante para se aplicarem a uma grande quantidade de pessoas. Este efeito explica parcialmente a grande aceitação obtida por certas crenças e práticas como astrologia, grafologia, alguns tipos de testes de personalidade e outras hipóteses que não sobreviveram à rigorosa análise proposta pelo método científico.

Márcia Tiburi (2012), ao refletir sobre a tese de Arendt, aponta que

[...] a banalidade do mal é, portanto, uma característica de uma cultura carente de pensamento crítico, em que qualquer um – seja judeu, cristão, alemão, brasileiro, mulher, homem, não importa – pode exercer a negação do outro e de si mesmo. Em um país como o Brasil, em que a banalidade do mal realiza-se na corrupção autorizada, na homofobia, no consumismo e no assassinato de todos aqueles que não têm poder, seja Amarildo de Souza, seja Celso Rodrigues Guarani–Kaiowá, uma parada para pensar pode significar o bom começo de um crime a menos na sociedade e no Estado transformados em máquina mortífera.

Pensando que a produção de visualidades parte das intenções de seu produtor, temos que a construção da narrativa imagética, tal qual a da narrativa textual, sempre parte da perspectiva de quem recorta a cena, de quem a apresenta (Guran, 2012). Para ultrapassar, desnaturalizar a banalidade do mal, há a exigência de termos recursos que vão além daqueles circunscritos à tecnologia dura da câmera fotográfica; exige a sensibilidade de quem constrói a narrativa e de quem lê a narrativa, uma sensibilidade informada, contextualizada, mesmo que o sujeito do ato fotográfico não esteja presente na narrativa imagética (Martins, 2002).

José de Souza Martins retrata a invisibilidade que se torna visível pela evidência visual do ato fotográfico, o ausente se fazendo presente pelas pinturas, escritas, objetos abandonados ou desenhos feitos por quem esteve no Carandiru antes de sua demolição expressos no ensaio fotográfico *Carandiru: a presença do ausente* (2002). Nessa narrativa imagética (figura 22), é impossível não pensar no sujeito, que mesmo estando ausente das imagens, se faz presente e nos faz desnaturalizar a banalidade do mal.

Essa fotografia constrói uma narrativa visual sobre uma situação excepcional de modo que conduz imediatamente o expectador a diversas reflexões sobre segregação, preconceito e racismo. Por outro lado, a facilidade de acesso às imagens provenientes de conflitos fez com que até as guerras se tornassem banais, e as imagens que as retratam por meio de fotografias ou vídeos em tempo real não mais comovem. Estas situações perderam sua excepcionalidade visual para o expectador, uma vez que nos habituamos a ver determinadas imagens que tratam de momentos cadentes de conflitos e da dor do Outro (Sontag, 2003).

Nas palavras da fotojornalista Márcia Folleto, em um documentário denominado “Abaixando a Máquina”, realizado sob a direção de Guillermo Planel e Renato de Paula, o cotidiano do fotógrafo é muito sofrido, ele fica sob o impacto do que se vê, não há como se desvencilhar disso. Este é um relato que nos remete à consideração de que a situação que vemos se desfaz, mas a imagem não, assim como os enlaces que constroem a miséria, a fome e a violência.

Portanto, a imagem permanece e com ela todas as intenções de quem a produziu. Nesse sentido, é necessário ultrapassar o estigma de que a fotografia, enquanto imagem fixa é uma imagem congelada.

[...] se a imagem fotográfica nasce da observação de uma realidade que está contida em uma estrutura cultural, ela vem carregada de significados que deverão ser moldados em um relato único e revelador. A imagem comunga com o texto para nos fazer melhor compreender e elaborar uma análise desses significados (Andrade, 2002, p. 52).

É na própria natureza processo de produção fotográfico que reside a chave para a sua boa utilização. A matéria-prima das fotografias é a face visível da realidade, que se encontra permanentemente em movimento. São os sentidos que damos para o movimento dessa realidade que são captados pela fotografia; é o que selecionamos como significativo (em nível plástico e nível científico), que registramos fotograficamente. Pois como enfatiza Guran (2012, p. 77), “fotografar é antes de tudo atribuir (ou reconhecer) valor a um aspecto determinado de uma cena”.

Preencher um espaço em branco... Amor mundi, políticas da amizade e cuidado

Desnaturalizar a banalidade do mal demanda a produção de novos sentidos sobre o Outro, sobre as diferenças e a diversidade. Demanda a construção de novos pactos/contratos sociais, afetivos, morais e políticos, que fundamentem uma vida social solidária e de respeito. A construção de novas narrativas imagéticas sobre o Outro, tornar visível o invisível, pode ajudar a construir novas visualidades que promovam o *Amor mundi*, ou seja, o afeto e o amor em seu sentido coletivo, político – uma disposição para respeitar os estranhamentos e as diferenças no coletivo.

A ideia de afeto se relaciona com aquilo que nos toca, nos mobiliza e as disposições afetivas são condições básicas para determinar as maneiras possíveis e diversas de relação com o Outro. E quando esse Outro é parte de segmentos socialmente rotulados, por vezes precisamos pensar em quanto compartilhamos do senso-comum, expressando ideias e intervenções preconcebidas que podem desconsiderar os desejos, escolhas, necessidades, possibilidades, potências e condições desse Outro. Em nossas relações entram em cena processos inconscientes de identificação. O preconceito e o estabelecimento de rótulos e estigmas sem conhecer suficientemente o Outro costuma associar-se a processos de identificação negativa, a partir de leituras etnocentradas, ou seja, pautadas por nossa experiência, visão de mundo, de sociedade, de ser humano, de utilização dos espaços públicos.

Podemos pensar a diversidade cultural e o encontro com o Outro a partir de imagens que atravessam o espaço público, sendo ele o lugar por excelência de encontro com o diferente, de forma a que essa atividade produza a “descolonização do modo de pensar e da contenção da supremacia imagética e cultural indo-europeia, significativo fator na ampliação da democracia e na limitação do colonialismo cognitivo e mental” (Tavares, 2010, p. 43). A noção que esse autor defende como fundamental para assentar reflexões importantes sobre imagem e direitos humanos, “aponta para um programa de ações que implemente um projeto de *alfabetização audiovisual* em articulação com uma *pedagogia cívica* (Tavares, 2010, p. 43 – grifos meus).

No seu sentido político, e na sua vinculação com o espaço público, as imagens

[...] conferem espessura de sentido às realidades políticas, configurando, a partir de práticas visuais, um conjunto de condutas sociais e referências de valores que, nas/pelas imagens, permitem deslocamentos das práticas políticas. Existe, portanto, *um vínculo entre cultura política e cultura visual* que a história das imagens em múltiplas modalidades tem explorado. Paul Gilroy tem investido na crítica do papel das imagens na construção das práticas de poder que inscreveram negros enquanto comunidades e corpos racializados inseridos na própria dinâmica do poder imperial europeu e, mais tarde, norte-americano. Chamando atenção para a necessidade de pensar a alteridade negra *a partir da constituição da cultura visual* que elabora imagens dos negros, Gilroy aponta *a transformação que a visualidade produz nas formas de solidariedade, identificação e pertencimento mais gerais e microscópicos* (Santiago Jr, 2012, p. 95 – grifos meus).

As imagens são dotadas de força, de signos, significados, são objetos de conhecimento e de manipulação. A ação constante da sociedade na construção do imaginário social por meio das imagens nos dá a possibilidade de construir novas narrativas sobre as diferenças e as diversidades humanas, de repensarmos os encontros, de reconfigurarmos nossas relações e reatualizarmos nossas noções de coletivo, de sociedade, de público, de comum. *Amor mundi...*

Trata do mundo que se forma como espaço-tempo
Assim que os homens estão no plural [...],
Em que construímos nossas casas, nos instalamos,
Querendo deixar algo permanente.
O mundo ao qual pertencemos porque somos no plural,
Em que permanecemos eternamente estrangeiros porque
somos no singular, cuja pluralidade, e somente ela, nos
permite estabelecer nossa singularidade.

Hannah Arendt



Figura 24 - Entre o amor e a justiça, José de Souza Martins, 2006.

Nem tudo na sociedade é visível e nem tudo que é visível dá conta do que a sociedade é (Martins, 2014, p. 9).

Referências

ANDERMANN, J. Espetáculos da diferença: a Exposição Antropológica Brasileira de 1882. Disponível em: <http://www.revistatopoi.org/numeros_anteriores/topoi09/topoi9a6.pdf>

ARENDT, H. *Eichmann em Jerusalém: Um relato sobre a banalidade do mal*. Rio de Janeiro: Cia das Letras, 1963.

BANCEL, N.; BLANCHARD, P.; LEMAIRE, S. Os jardins zoológicos humanos. *Le Monde Diplomatique*, 2011. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/acervo.php?id=186>>.

- BLANCHARD, P.; BOETSCH, G.; SNOEP, N. J. *Exhibitions: l'invention du sauvage*. Paris: Actes Sud, 2011, 382p.
- COLLIER JR, J. *Antropologia visual: a fotografia como método de pesquisa*. São Paulo, EPU/Edusp, 1973.
- GEERTZ, C. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- GURAN, M. *Documentação Fotográfica e Pesquisa Científica*. Notas e reflexões. XII Prêmio Funarte Marc Ferrez de Fotografia. 2012. 116p. Disponível em: http://www.labhoi.uff.br/sites/default/files/doc_foto_pq.versao_final_27_dez.pdf
- MARTINS, J. S. *Sociologia da fotografia e da imagem*. São Paulo: Contexto, 2013. 206p.
- MISKOLCI, R. Do desvio à diferença. *Revista Teoria & Pesquisa*, v. 9, n. 47, p. 9-41, 2005.
- _____. Reflexões sobre normalidade e desvio social. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v. 13/14, p. 109-126, 2002/2003.
- SANTIAGO JÚNIOR, F. C. F. Imagem, raça e humilhação no espelho negro da nação: cultura visual, política e “pensamento negro” brasileiro durante a ditadura militar. *Revista Topoi*, v. 13, n. 24, p. 94-110, jan-jun 2012.
- SANTOS, B. S. A construção multicultural da igualdade e da diferença, *Oficina do CES*, n. 135, jan 1999, 61 p.
- SONTAG, S. *Diante da dor dos outros*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2003. 112p.
- _____. *Sobre a fotografia*. Editora Companhia das Letras, 2004.
- TAVARES, J. C. Desconstruindo a invisibilidade: raça e políticas da cultura visual no Brasil e na América do Sul: escassez de respeito e reconhecimento. In: BRANDÃO, A. P. (Org.). *Modos de fazer: caderno de atividades, saberes e fazeres*. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho, 2010. (A cor da cultura, v.4).
- TIBURI, M. *Revista Cult*, n. 173, out 2012.
- VELHO, G. Biografia, trajetória e mediação. In: VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (Orgs.). *Mediação, Cultura e Política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001. p. 13-28.

Saúde, Comunicação e Integralidade: o caso dos boatos sobre zika no Facebook

Marcelo Pereira Garcia

Janine Cardoso

Elaine Teixeira Rabello

Introdução

São cada vez mais numerosos os estudos que se debruçam sobre os processos de produção, difusão, uso de evidências científicas e representações referentes a temáticas centrais e estratégicas no campo da saúde. Essas pesquisas geralmente apresentam interface com os campos da comunicação, informação e do gerenciamento de dados, tendo em vista os processos contemporâneos pelos quais tais produtos são gerados, transitam e são apropriados, com marcado destaque para o papel desempenhado pelas ferramentas e tecnologias digitais, em especial a internet.

São inúmeras as questões e desafios envolvidos nesse debate. Este não se restringe à saúde mas, ao mesmo tempo, renova sua defesa como direito e necessidade de pensar e praticar a comunicação na perspectiva da integralidade e, portanto, também como direito e bem público, perspectiva cara ao Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) e a rede de pesquisa que aglutina. Algumas situações no campo da saúde são profícuas para essa reflexão, entre elas as situações de epidemias e emergências sanitárias, nas quais os processos de comunicação assumem protagonismo ao expor as relações entre ciência, saúde, mídia, circulação de discursos, redes e participação social. Entre as mais recentes e relevantes está a epidemia de zika, vivenciada pelo Brasil a partir de 2015, que passou a ocupar posição central na agenda de diversos segmentos sociais, governos e nos esforços de profissionais de saúde e pesquisadores de diversos países.

Após um período inicial sendo tratada como uma doença branda, a associação do vírus com casos de microcefalia começou a aparecer em outubro de 2015. Em 11 de novembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde declarou situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e, no dia 28, confirmou a relação entre o vírus zika e a microcefalia, condição de malformação neurológica congênita, ocorrida em mulheres grávidas no Nordeste brasileiro, principalmente Pernambuco. Dessa forma, o Brasil se tornou o primeiro país do mundo a reconhecer pública e oficialmente essa relação. No cenário internacional, a OMS decretou situação de emergência de saúde pública de interesse internacional em 1º de fevereiro de 2016. Quase sem conhecimento científico consolidado a seu respeito, o zika vírus se transformou, da noite para o dia, em grande ameaça, tão logo passou a ser associado com a explosão do número de casos de microcefalia. Apesar dos esforços da comunidade científica, os meses seguintes às primeiras suspeitas da relação da zika com casos de microcefalia foram marcados por muitas dúvidas, controvérsias e pela grande circulação de boatos. Alimentados pela incerteza, eles encontraram um ambiente muito propício para sua circulação nas redes sociais: áudios, textos e imagens foram disseminadas via whatsapp e repercutidas em postagens e comentários em redes como o Facebook, aumentando a sensação de medo na população, com consequências impossíveis de mensurar para a saúde da população.

A fase mais aguda, até o momento, durou até março de 2016, quando gradativamente a doença começou a perder espaço nos noticiários, em parte suplantada pela crise política que se instalou no país, em parte pela própria sazonalidade da epidemia e a diminuição de número de casos com a chegada dos meses mais frios e menos chuvosos, que reduzem a proliferação do *Aedes aegypti*, principal vetor de transmissão do vírus. Cerca de um ano e meio depois, muito embora as autoridades de saúde não considerem mais que o país viva um caso de emergência sanitária relacionada à zika, o episódio de 2015/2016 segue envolto em dúvidas e a doença continua representando uma questão importante de saúde pública, tanto pela ameaça de reemergência nos próximos verões inclusive pelas possibilidades de circulação conjunta da zika com suas “primas” dengue e febre chikungunya, quanto pelas consequências importantes

dessa epidemia para a sociedade brasileira, que resultou em crianças com microcefalia e suas famílias desassistidas, representações circulantes sobre o que ocorreu das mais diversas e o desafio para a academia e os gestores em lidar com emergências sanitárias em cenários de grande incerteza científica.

Além dos desafios colocados para o sistema de saúde na esfera das políticas, da atenção à saúde e da produção de conhecimento, a epidemia expôs a articulação multifacetada de tais instâncias e processos com a comunicação – seus ambientes e tecnologias, mas também suas políticas (ou ausências). Estudar e aprender com o episódio anterior, portanto, nos parece fundamental e também uma oportunidade para pensar a comunicação como estratégica na garantia do direito à saúde e, ela mesma, como direito humano.

Buscando contribuir para a compreensão dessas articulações, este texto traz resultados de um estudo que analisou os boatos sobre zika. Boatos, aqui, são entendidos como narrativas nas quais o público se engajou no debate da epidemia, produzindo sentidos sobre a epidemia, o vírus, o mosquito, que se contrapunham ao discurso oficial defendido por autoridades e instituições da área da ciência e da saúde. A tese central deste trabalho é a de que os boatos – e as formas como as instituições lidam com eles – participam significativamente dos rumos das epidemias e trazem questões importantes ao debate, entre elas as políticas comunicação e saúde. Neste texto, discutiremos alguns aspectos, a partir da análise de uma postagem da página da Fundação Oswaldo Cruz no Facebook durante a crise sanitária e seus respectivos comentários. A escolha dessa página se deveu ao protagonismo da instituição, responsável pela maioria das descobertas e avanços tecnológicos mais importantes sobre a zika e a microcefalia no período, o que nos permite abordar a interlocução entre diversos atores.

É importante destacar que nossa reflexão está intimamente relacionada à internet e à rede (*web*), ambiente de crescente importância para a vida pública e política das sociedades. Este ambiente pode ser caracterizado pelo dilúvio informacional (Lévy, 2003), pela multiplicação de fontes de informação em saúde (Castiel; Vasconcellos-Silva, 2002, 2003) e por um intenso processo de midiaticização (Sodré, 2006; Fausto Neto, 2011). Por

suas características, como a facilidade de preservar, recuperar e replicar essa informação e o estado permanente de hiperconexão (Recuero, 2009), diversos autores consideram a *web* um campo profícuo para a disseminação de boatos, em especial em situações de enorme repercussão e de enorme ambiguidade e incerteza (Reule, 2008, Renard, 2007), algo que tem sido observado em diversos casos recentes, entre eles o da zika. O boato virtual, para Reule (2008), é um tipo de informação não confirmada que se propaga na rede e que circula com a intenção de ser tomada como verdadeira, amparado por um suporte tecnológico capaz de potencializar suas ações. Para Rogers (2017), o boato na internet costuma gerar impacto e engajamento a partir de temas que causem interesse, sentimentos negativos e personalização para os internautas, podendo ser confundido com ou estar atrelado à desinformação contrafactual ou às teorias da conspiração.

É preciso considerar também que mudanças rápidas e incontrolláveis transformaram a incerteza numa característica de nossa época, produzindo sociedades dominadas pela lógica do risco e marcadas pela reflexividade acerca do progresso técnico, científico e tecnológico, indissociável das ameaças que ele mesmo produz ou agrava (Giddens, 1991). A ciência, embora cada vez mais presente, repousa sobre areia movediça e vê suas reivindicações à certeza, antes poderosas, desacreditadas. Afinal, como mostra Castiel (1999), o conhecimento deixou de possuir a vinculação com ideais deterministas e com certezas garantidas. O discurso científico, apesar de gozar de um lugar de fala privilegiado, é vista por muitos hoje como apenas uma das vozes que participa na produção de sentidos sobre um evento. Os riscos combinam questões relacionadas à política, à ética, aos meios de comunicação, às definições culturais e a vários outros aspectos da vida social e a ciência dialoga e compete, como num mercado simbólico, com outras vozes periféricas, dissonantes da própria ciência, pseudocientíficas ou de outros campos, e com memórias discursivas que remetem a sentidos já circulantes sobre saúde, doença, mosquito, epidemia.

Nesse contexto, o risco – central na questão dos boatos do zika – se constitui como uma forma de descrever o futuro, de se decidir pelo futuro desejável a partir das probabilidades de ganhos e perdas em

cada escolha que fazemos (Castiel, 1999). Os indivíduos passam a ter um elevado nível de controle e responsabilidade quanto à exposição aos perigos e a serem produtores e gestores de sua carga de riscos (Cardoso, 2012). Na sociedade de risco, a intimidade deixou de ser tratada como espaço das indeterminações e subjetividades para ganhar conteúdo científico, estatístico e probabilístico (Giddens, 1991). Num contexto de multiplicação de fontes de informação sobre saúde e de mídiatização das relações sociais e dos processos de produção e circulação de sentidos (Sodré, 2006; Fausto Neto, 2011), a internet, com sua crescente profusão de *sites*, *blogs*, páginas, redes sociais, fóruns e grupos de discussão, facilita a proposição do cidadão como um *expert* sobre sua própria saúde (Vasconcellos-Silva; Castiel, 2010).

Não podemos deixar de localizar este debate em um quadro mais amplo, de instabilidade e imprecisão, que tem caracterizado a circulação de notícias e informações nos últimos anos. Embora neste texto não tratemos essas narrativas alternativas necessariamente como mentiras, sua popularidade na rede de certa forma reflete uma tendência mundial apontada por diversos estudos recentes (Mitra et al., 2015; Guess, 2015), que mostram a facilidade com que mensagens falsas se propagam nos ambientes digitais. Iasbeck (2000) destaca como característica importante do boato o grau de imprecisão dos elementos que os compõem, seu conteúdo mutável; Renard (2007) afirma que a linha que distingue informação de rumor é muitas vezes subjetiva, resultando de nossa própria convicção. Rogers (2017) ressalta o caráter de cooptação dos boatos para causas comerciais ou com algum interesse para grupos específicos, sendo visto como potencial engajador de um grande número de pessoas de forma rápida e pouco custosa. O debate se torna ainda mais atual pela escolha da palavra “pós-verdade”, definida como “circunstâncias em que os fatos objetivos têm menos influência sobre a opinião pública do que apelos à emoção e a crenças pessoais”, como palavra do ano de 2016 pelo dicionário Oxford, devido à grande circulação de notícias falsas na internet e nas redes sociais.

Por fim, discutir a potencialidade da internet é ainda mais fundamental quando partimos da compreensão da comunicação como aspecto fundamental da garantia do direito à saúde (Araújo; Cardoso,

2006). Pensar nos espaços coletivos e de arquitetura relacional – como espaços virtuais, páginas institucionais etc. – em que diferentes sujeitos implicados interagem, nos leva não apenas a compreensões sobre a informação circulada, mas também aponta para o fato de que nelas se produzem entendimentos, propostas de ação comum e corresponsabilização em saúde. Se considerarmos que as práticas comunicacionais do SUS ainda mantêm muitas vezes características centralizadas e verticalizadas (*idem*), de maneira geral pouco abertas à escuta, fica evidente a dificuldade de lidar com esses novos espaços – por onde se disseminam, por exemplo, os boatos. Se é nesses coletivos onde se discutem as demandas e necessidades dos atores, é também lá que devem ser identificadas e exploradas as estratégias de defesa da pluralidade de interesses e necessidades, assim como as narrativas geradas pela inclusão do(s) “outro(s)” que, em geral, são desconsiderados nos modelos tradicionais de atenção e gestão da saúde – os usuários e suas falas (Rocha et al., 2015, p. 277).

A seguir, tecemos considerações sobre alguns dos resultados que obtivemos da análise e as implicações na compreensão da comunicação como central no êxito do direito à saúde na perspectiva da integralidade, no caso do zika vírus, em discussões e boatos circulantes na página institucional da Fiocruz.

Informação ou boato? A página de Facebook da Fiocruz e o caso do Zika vírus

Para este texto, reunimos as postagens sobre a epidemia de zika na página do Facebook da Fiocruz. Com o auxílio da ferramenta Netvizz, foram feitas a coleta, extração e visualização dos dados (postagens e comentários) da página, no período de 01 de outubro de 2015 a 29 de fevereiro de 2016, fase mais aguda da epidemia. Identificamos, dentre eles, aqueles que abordavam a circulação de boatos sobre o episódio e escolhemos o *post* de maior engajamento (aqui entendido como curtidas, comentários e compartilhamentos) para realizar, também, a coleta e análise pormenorizada do debate presente nos comentários. Interessados em como as atuais formas de sociabilidade, em especial

as redes sociais, favorecem a produção e circulação de boatos e quais suas bases de sustentação, analisamos os comentários com base nos princípios teórico-metodológicos das teorias da enunciação e da produção social dos sentidos (Pêucheux, 2010; Maingueneau, 2000; Bakhtin, 1988). Em especial, buscamos identificar os argumentos e as vozes presentes, evocadas conscientemente ou não, partícipes da construção de sentidos. Também nos esforçamos por identificar os lugares de fala reivindicados pelos interlocutores.

A página da Fundação Oswaldo Cruz, no momento com cerca de 110 mil curtidas,²⁰ publicou 276 postagens no período estudado, 94 (34% do total) sobre temas relacionados a zika e microcefalia. Das 100 postagens de maior engajamento, 63 abordavam o tema e, dentre as dez postagens de maior engajamento, apenas duas tratavam de outros assuntos que não a zika. Ficam evidentes o espaço dedicado pela página ao assunto e o elevado grau de interesse do seu público por esta questão. No geral, as postagens apresentam textos mais extensos, que já trazem grande parte (ou toda) da informação para o internauta, sem a necessidade de este clicar no *link* apresentado. Isso pode se explicar pela própria característica da página, que parece mais voltada para informar o público que para aprofundar discussões científicas. Das 50 postagens de maior engajamento sobre zika, dez abordavam diretamente a circulação de boatos ou assuntos correlatos – sendo que oito relacionadas aos boatos estiveram entre as 20 postagens mais relevantes sobre zika. Isso nos permite dizer que a circulação de boatos foi um dos temas mais importantes sobre zika tratados na página da Fiocruz e mobilizou intensamente seus seguidores.²¹

O estudo das postagens de maior engajamento que abordam especificamente a circulação de narrativas alternativas sobre a epidemia evidencia que é característica comum a forte presença da autoridade

20 A ferramenta utilizada Netvizz não nos permite recuperar a quantidade de curtidas da página no momento da epidemia. Para efeito de comparação, em janeiro de 2017, a página possuía cerca de 100 mil curtidas. Este texto foi escrito em setembro de 2017.

21 Vale destacar que outro boato, sobre um suposto curso de “cura gay” que estaria sendo oferecido na Fiocruz, sem relação com a zika, foi o segundo de maior engajamento no período.

médica e científica, com a valorização do trabalho colaborativo da Fundação com o Ministério da Saúde, e a clara nomeação dessas narrativas como informações confusas e boatos. A postagem de maior engajamento dentre eles (e de maior engajamento no geral), foi publicada em 8 de dezembro de 2015, apresenta um engajamento de 33.431 (sendo mais de 2 mil comentários, de 11 mil reações e de 19 mil compartilhamentos), quase ao dobro da segunda postagem de maior engajamento da página e oito vezes superior à média das dez mais relevantes do período (4.584).

A postagem teve como tema o rumor de que o vírus zika estaria provocando reações neurológicas mais graves em crianças de até sete anos, inclusive microcefalia, e em idosos. O sentido de esclarecimento e de negação da história é muito evidente e a postagem nomeia diretamente a narrativa como “boato”, além de remeter à sua circulação pelo Whatsapp,²² na forma de áudio. A defesa desse posicionamento – de que a informação era boato – ocorre especificamente por meio de argumentos científicos, que ressaltam a ausência de qualquer indício que possa apontar para a veracidade da mesma. A mensagem reforça seu caráter oficial e institucional com diversas expressões como “esclarece”, “boatos e informações desencontradas”, “estreita parceria com o Ministério da Saúde”, “transparência” e “seriedade”, e ainda reforça a necessidade de buscar sempre por “fontes seguras e confiáveis”. Como já foi dito, o *post* possui um engajamento quase duas vezes maior que o segundo do *ranking* e oito vezes superior à média dos oito *posts* seguintes.

A preocupação da página da Fiocruz com o esclarecimento deste boato dá uma perspectiva da amplitude da circulação dessas narrativas nesse período. Se por um lado podemos entender a rede como ambiente em que os cidadãos se informam, debatem e produzem sentidos sobre sua saúde (e afirmamos isso sem desconsiderar a relativamente alta exclusão

22 Analisamos em outros trabalhos alguns exemplos de narrativas que circularam na rede social Whatsapp. Apesar de se tratar de uma rede privada e fechada, algumas delas conseguiram ser recuperadas para estudo, a partir de reproduções publicadas na íntegra em páginas noticiosas e em páginas dedicadas a desmentir boatos, em especial o Boatos.org

digital que ainda existe no Brasil), por outro, os meios digitais têm-se mostrado ambientes muito amigáveis à circulação de boatos. Informais por excelência (Iasbeck, 2000), sua disseminação se beneficia do grau de informalidade característico da internet, onde predominam formas de comunicação que tendem a ser mais oralizadas e conversacionais (Recuero, 2012). O campo da saúde é um dos mais profícuos para a disseminação de boatos justamente pelas características de ser de interesse para a maioria das pessoas e gerar alto impacto emocional através do discurso do risco (Rogers, 2017), em especial quando consideramos episódios epidêmicos como o da zika, caracterizadas pela incerteza, pela ambiguidade e pelo enorme interesse para a população, componentes fundamentais para a proliferação de boatos (Allport; Postman, 1973). Estes buscam responder indagações consideradas significativas por membros de um grupo sobre uma situação ambígua e podem ser considerados como fruto de uma atividade de produção de sentido coletiva (Reule, 2008), uma produção social.

Foi justamente o que ocorreu no caso da zika. A população, sem saber o que pensar sobre uma situação para a qual era perceptível que nem os cientistas tinham respostas prontas, compartilhou informações e narrativas para tentar produzir juízos sobre a situação. Com tantas incertezas, o medo da população cresceu, assim como a sensação de urgência, em maior ou menor grau, na mídia e entre especialistas e autoridades, formando um substrato rico para o surgimento de boatos. Essas narrativas alternativas, porém, não nascem do nada: elas tensionam o discurso oficial articulando vozes de diversos campos (da religião, da cultura, da própria ciência), além de dialogarem com discursos em circulação sobre, por exemplo, meio ambiente, vacinação e indústria farmacêutica. Portanto, como veremos a seguir na análise dos comentários, se a facilidade de disseminação de informações via novas tecnologias de comunicação facilita a propagação de boatos, outras questões como instabilidade política, perda de credibilidade das fontes oficiais, desvalorização sistemática do SUS e da saúde pública, também influenciam a produção dos mesmos e impulsionam sua circulação.

Comentários do Facebook: o(s) lugar(es) de fala

A partir dos 100 comentários de maior engajamento da mencionada postagem de 8 de dezembro de 2015, é possível classificar 12 deles como comentários de “legitimação”, ou seja, de reforço do discurso oficial sobre a epidemia. De forma geral, eles reproduziam argumentações parecidas com a da postagem da Fiocruz, ressaltando a confiança nos processos de validação do campo científico (Bourdieu, 2003), em oposição à falta destas chancelas, a respeito das demais alternativas em circulação. Uma constatação importante é de que nenhum desses comentários estava entre os de maior engajamento da postagem.²³

Outra característica relevante é a quantidade de marcações de outros usuários nos comentários. No total 41 dos 100 de maior engajamento eram simples marcações de pessoas (menções a outros usuários, para que estes vejam o *post*), cujos sentidos estão abertos a interpretações. Talvez o mais evidente, nesse caso, seja a sugestão de leitura feita por interlocutores que concordam e acreditam naquele esclarecimento, e marcam amigos para ajudar a esclarecê-los também – o que permite subentender conversas anteriores sobre o assunto entre eles ou a pressuposição do interlocutor de que aquele amigo terá interesse sobre o tema. Mas pode-se tratar, por exemplo, de interlocutores que, em dúvida, apenas desejam acrescentar mais um argumento à discussão sobre o tema que tiveram com um conhecido. Também vale destacar que, dentre os 12 comentários de legitimação, nove também traziam marcações de outros usuários, nesse caso acompanhadas de expressões que permitiam mais claramente determinar seu sentido. No geral, as marcações parecem indicar o papel de referência exercido pela Fiocruz junto à população, mas também refletem o ambiente de incerteza em torno do episódio.

Os comentários que apresentam descrença em relação às explicações oficiais sobre a epidemia, porém, foram os mais numerosos no *corpus* estudado, 27.²⁴ Em alguns, o foco era a suposta falta de evidências

23 Para efeito de comparação, o comentário de legitimação mais popular recebeu 83 curtidas e o segundo apenas oito, contra 323 do comentário mais curtido no geral.

24 Outros 20 posts foram classificados como indefinidos.

científicas que pudessem comprovar o discurso oficial sobre a doença, tornando “impossível descartar qualquer possibilidade”. Ficou evidente como a ausência de conhecimento mais embasado sobre a zika (o que é comum no início de qualquer epidemia, já que as instituições e o processo científico demandam tempo para produzir evidências) alimentou a circulação de outras explicações e afetou a confiança nas falas autorizadas em geral. Afirmavam os interlocutores: “ninguém sabe nada sobre a Zika, então não podem negar e nem afirmar nada”, “O certo é que se sabe muito pouco sobre o que realmente está acontecendo!” e “A verdade é que não se sabe nada ao certo é tudo até agora tem sido especulação”. Os próprios médicos estariam “desesperados com o volume de casos da doença”, evidenciando a crença na incapacidade dos profissionais de saúde, junto aos campos médico e científico, de lidar com a epidemia.

É preciso destacar a presença de dois questionamentos que serviram de combustível para a multiplicação das incertezas e das narrativas alternativas: o porquê de os casos de microcefalia associados à zika terem se concentrado apenas no Nordeste do país, e o porquê de essa associação ter acontecido somente naquele momento em particular e nunca antes, mesmo com o vírus da zika já sendo conhecido há décadas e oriundo da África (caracterizada pelas mesmas narrativas como tendo situação de saúde mais frágil que a brasileira). Estes pontos representaram uma lacuna enorme de informação e não receberam explicações suficientemente convincentes para acalmar a população – um indício disso é que não houve comentários tentando explicá-los, mesmo entre os de legitimação do discurso oficial. De fato, essas questões ainda hoje não estão esclarecidas pela comunidade acadêmica, mesmo após dois anos de epidemia, sendo o último ano marcado por diversas pesquisas que tentam abordar o tema. Tal incerteza, ficando patente nas redes sociais, certamente ajudou a provocar uma ampliação na faixa do dizer entre o atestado e o possível (Orlandi, 2005), transformando narrativas (boatos) limítrofes ou marginais em possíveis.

Além da incerteza científica, porém, o aspecto político do episódio fica muito evidente como fator importante na produção de incerteza. O ambiente interdiscursivo de acirramento da crise que levaria ao

impeachment da presidente Dilma Rousseff influenciou o processo de produção social de sentidos, com associações entre corrupção, má gestão e epidemia. Os comentários críticos, porém, não se restringiram ao aspecto situacional, mas revelaram descrença política e pelas instituições em geral, além de dialogarem com discursos de desvalorização da saúde pública e de precariedade do SUS. A suposta incapacidade de lidar com o problema (ou mesmo a culpa por provocá-lo) levou a acusações de tentativas governamentais de esconder a verdade e de enganar a população, como nos trechos: “o que está acontecendo é que estão escondendo para que a população não crie alarmes desfavoráveis a ação governamental” e “como sempre o governo sempre esconde porque eles não tem o falar para população”.

A relação entre o ambiente de incerteza e a reverberação de boatos, no geral, é o que chama atenção na análise dos discursos, neste caso. São diversos os comentários que apresentam outras narrativas, alternativas à fala oficial, diferentes do boato abordado no *post* da Fiocruz, como o que relacionava a microcefalia a experiências malsucedidas no Nordeste com mosquitos modificados para tentar controlar a dengue e à aplicação de vacinas vencidas em mulheres grávidas. Estas duas narrativas aludem aos riscos inerentes e imprevisíveis associados ao caráter incontrollável da produção do conhecimento científico (processos de experimentação mal controlada e de mutações genéticas inesperadas são temáticas já muito presente no imaginário popular e exploradas pela ficção científica) e reverberam o alto grau de reflexividade experimentado em nossa sociedade de risco (Giddens, 1997), na qual as práticas sociais são “constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter” (Giddens, 1991, p. 45).

Também destacamos a presença de muitos comentários que reforçavam a necessidade prevenção, por meio da eliminação dos criadouros e do uso de repelentes, constituindo o que consideramos como um lugar de fala muito específico assumido por diversos interlocutores: o de “mobilizador”. Estes atuaram como propulsores do discurso da prevenção, repetindo recomendações das campanhas oficiais de combate à doença, destacando a necessidade de “fazer o básico” e de que a “população

toda tem que participar”, “pegar uns amiguinhos e fazer um mutirão ou vai vc sozinho, procurar possíveis focos desses mosquitos?”. Prevalecem, em muitas dessas falas, o tom da urgência, da crise aguda e o aspecto pragmático de ansiar por respostas objetivas das autoridades para as questões práticas relacionadas à doença.

Podemos enxergar nesses comentários uma dimensão de responsabilização do cidadão por sua própria saúde e pela saúde da comunidade que nos remete a Giddens (2002) e a Castiel (1999). Pela possibilidade de ser infectado, o sujeito deve adotar determinados comportamentos, hábitos “responsáveis”, sob a pena de arcar com as consequências para sua saúde e com as consequências morais de colocar seus familiares e vizinhos em risco. Por outro lado, chama a atenção o grau de penetração daquele que foi o principal discurso adotado nos últimos 30 anos pelas campanhas de prevenção contra a dengue (repetido mais uma vez no episódio da zika). No ambiente incerto da crise e mesmo de crítica e descrença em relação às autoridades, parece que a única certeza é que é preciso acabar com o *Aedes*, adotando as mesmas medidas recomendadas pelas autoridades há 30 anos – mesmo que estas tenham se mostrado incapazes de eliminar o problema. Isso revela certa naturalização de um entendimento individualista e culpabilizante sobre a prevenção da doença, que pouco dialoga com determinantes sociais (abordados apenas tangencialmente). Supomos que essa característica possa estar relacionada à segmentação de público da página da Fiocruz, presumivelmente formado por muitos profissionais da saúde, entre os quais esta visão poderia estar ainda mais sedimentada.

Outro traço bastante característico dos comentários foi a presença de relatos de casos sobre a doença, das próprias pessoas afetadas ou de parentes e amigos. Os testemunhos, calcados não na referencialidade externa, mas do “eu”, permitem tons confessionais e de desabafo a partir da narração de vivências (Sacramento; Lerner, 2015), que revelam tanto alívio (“graças a Deus não aconteceu nada de ruim com ela”) quanto apreensão e evidenciam o caráter de incerteza e medo presente no ambiente e já apontado nesta análise. Muitos criticavam a banalização da doença no discurso oficial, que apontava para a pouca gravidade dos casos – são apresentados relatos de cerca de dez casos graves e de

uma morte, e denunciavam problemas de atendimento e notificação, reforçam a visão negativa do SUS, o que confere viés mais pessoal e emocional para as críticas.

Por fim, é preciso destacar as menções à própria Fiocruz nos comentários. A instituição é elogiada como “séria e competente” em alguns deles, muito embora estes mesmos comentários tenham posicionamento crítico ao governo de forma geral, o que reflete certo descolamento da imagem da instituição com caos na política e também com o SUS. Outros comentários, porém, criticam a atuação da instituição, seja pela dificuldade de atendimento na Fiocruz (“VCs da Fiocruz não estão fazendo nada pra população, meu filho de seis anos está com sintomas”), seja pela sua comunicação no Facebook – onde se destaca a dificuldade em compreender a diferença entre a mensagem da Fundação e o boato que esta visava desmentir (“fala muito e não diz nada”, “Só diz o óbvio, que até leigos já sabem”) e a incompreensão da necessidade de a Fiocruz se preocupar com “notícias sendo espalhas por aí, afinal existem muitas coisas que são omitidas para a sociedade”, quando devia estar empenhada em “combater este mosquito”.

O que mais chama a atenção na relação dos interlocutores com a Fiocruz nos comentários, no entanto, é a ausência da instituição. Em nenhum momento houve manifestação, respondendo ou dialogando com os cidadãos. Dessa forma, ganham peso os testemunhos dos profissionais de saúde e outros interlocutores que assumem lugares de fala (pessoas teoricamente mais qualificadas porque “trabalham com isso”), que trazem para si maior capital simbólico e autoridade naquela discussão. A presença mais ativa da Fiocruz, é claro, não desqualificaria essas opiniões, mas traria o peso de uma voz autorizada para contrapô-las ou reforçá-las. Esse nos parece um bom exemplo das dificuldades apresentadas pela comunicação na área da saúde, apontadas por Araújo e Cardoso (2006), pois a instituição, por um motivo ou por outro, acaba se mantendo em um lugar tradicional no processo comunicativo, muito embora novas possibilidades mais dialógicas de escuta e troca estejam disponíveis – um desperdício do potencial dialógico.

Considerações Finais: para além da discussão boatos versus verdades

Aqui nos concentramos nos espaços de comentários nas postagens em redes sociais e, portanto, algumas considerações se fazem necessárias sobre esse cenário. A despeito dos muitos lugares de fala que os interlocutores podem reivindicar para si nesses ambientes, uma característica comum a todos eles é o seu lugar de comentador – ou seja, interlocutores que estabelecem conexões entre si a partir de sua ação de comentar a postagem de uma página, o que os coloca numa situação de comunicação determinada, uma relação dialógica prevista pelo próprio contrato comunicacional representado pela dinâmica do Facebook.

Nesse cenário de conversacionalização e oralização, em que a hierarquia se torna menos evidente, em que há enorme oferta de informação sobre saúde na rede e forte processo de medicalização da sociedade, e em que a ciência tem de certa forma questionando seu estatuto de verdade, sob o júdice da reflexividade sobre seus riscos (Giddens, 1991), há um deslocamento da autoridade do especialista e da fala autorizada. Qualquer comentarista, reivindicando ou não um lugar de fala autorizado, tem toda a liberdade para discordar e pode colocar em dúvida a versão oficial – e, o que é muito próprio da rede, estes comentários de discordância podem ganhar peso, muitas curtidas e comentários de reforço.

Indo além, talvez as redes sociais, hoje, estejam dando materialidade ao que Orlandi (2005) diz sobre o funcionamento do boato como comentário, que responde por seu caráter não verificável. Os espaços de comentários do Facebook – e os das redes sociais e da internet – como que “institucionalizam” esses lugares difusos, fluidos, confusos de fala onde os sujeitos se batem. Talvez por isso seja tão difícil de conter um boato. Como nos aponta Orlandi (2005), o boato parece tão difícil desmentir por estar para além da informação objetiva, da sua narrativa. O que ele diz sempre escapa, transita no silêncio que torna possível o dizer e, muitas vezes, está articulado ao silêncio da fala oficial (Orlandi, 2005).

Os dados trazidos neste texto mostram a existência de um ambiente dominado pela incerteza, de fundo tanto científico (associado ao desconhecimento geral e à reflexividade sobre os riscos inerentes à

ciência) quanto político (de caráter estrutural, relacionadas a uma memória discursiva negativa da política e a discursos de desvalorização do sistema público de saúde, e circunstancial, associado à grave crise política e institucional brasileira). É neste ambiente que circulam os boatos, impulsionados por duas grandes questões de fundo: “Por que agora?” e “Por que só no Nordeste?” Até o momento, respostas consistentes a essas perguntas não foram possíveis, mas estas são questões que apontam para o quanto a comunicação, a troca e a interação produzem sentidos caros à saúde, e à compreensão, por parte da população, de que obter respostas é mais que importante; é seu direito e é legítimo, sendo dever das instituições autorizadas para tal atuarem nessa relação, nessa comunicação com a sociedade, pelas vias mais caras a esta (“mais redes sociais, menos artigos científicos”).

Por fim, ressaltamos o entendimento de que as tecnologias digitais podem cumprir um papel democratizante na comunicação pública do conhecimento em saúde, ampliando a participação de novos interlocutores no debate das políticas públicas. Por isso mesmo, foi com angústia que observamos o silenciamento da Fiocruz nos comentários de sua página. Sabidamente, a Fiocruz, integrante do Sistema Único de Saúde, é uma das instituições que mais tem se dedicado e investido no debate, em políticas públicas e práticas comunicacionais mais democráticas. Justamente por isso, a ausência de respostas e da mediação do debate em sua página fornece uma ideia da magnitude das dificuldades enfrentadas para a atuação nesses espaços, certamente multiplicadas em períodos de crise. Reconhecer isso é também afirmar a urgência de enfrentar esse desafio em um contexto político, econômico e cultural como o atual, marcado por graves e profundos reveses.

Entendemos que a internet é arena, continente de muitas fronteiras; fronteira no sentido empregado por Araújo (2012, p. 127):

[...] lugar marcado pela interseção entre o que se conhece e o que está por se conhecer. Lugar híbrido, amalgamado, feito de ideias prontas e indagações, de temores e expectativas [...] um conceito que propicia perceber o mundo como um espaço transitivo, marcado

pelas ambivalências e suscetível às lutas e negociações, portanto, suscetível à mudança.

Se a comunicação é algo crucial, indissociável das relações de poder, fica patente que os lugares de interlocução propiciados e dinamizados pela e na internet são centrais a qualquer estratégia de construção coletiva e garantia do direito à saúde, expressa seja por usuários da rede, seja por *experts* evocados à interação, seja pelos silenciamentos produzidos ou, ainda, pelas demandas atendidas solidariamente entre os sujeitos.

Concordando com Castells (2003), entendemos que a tecnologia não possui um caráter imanente de opressão ou libertação e que são as decisões humanas, são os usos sociais que estabelecem suas possibilidades e limites. O potencial democrático, colaborativo e igualitário da internet, que encantou muitos de seus primeiros teóricos, parece seriamente ameaçado por um sem-número de interesses econômicos e políticos. Por isso mesmo, é preciso um esforço redobrado de repensar esses espaços, as relações neles estabelecidas e a própria forma de atuação das instituições e pesquisadores comprometidos com projetos democráticos nesses ambientes. As “fronteiras” entre comunicação e direito, entre integralidade e políticas de amizade e cuidado começam a ser desfeitas, provocadas e provocando o entendimento da comunicação como algo para além de um instrumento na saúde: passa a ser um modo de garantir e atuar o direito ao cuidado em saúde. O convite que fica – para os tantos encontros presenciais e virtuais que teremos pela frente – é: como atuar nesses espaços, como páginas institucionais no Facebook, por exemplo, para além da divulgação? O que precisamos para fazer deles reais espaços de interlocução?

Referências

ALLPORT, G.; POSTMAN, L. *Psicología del Rumor*. Buenos Aires: Psique, 1973.

ARAÚJO, I. S. Reflexões inquietas sobre a comunicação, as fronteiras e o cuidado. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012. p. 127-138.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e saúde: os princípios do SUS como ponto de vista*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

- BAKHTIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BOURDIEU, P. *Os usos sociais das ciências: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Unesp, 2003.
- CASTIEL, L. D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- CARDOSO, J. M. *Entre vítimas e cidadãos: risco, sofrimento e política nas narrativas do Jornal Nacional sobre as epidemias de dengue (1986-2008)*. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- CASTELLS, M. *A galáxia da Internet: reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. A interface internet/S@úde: perspectivas e desafios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 13, p. 47-64, 2003.
- _____. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? *História, Ciências, Saúde*, v. 9, n. 2, p. 291-314, maio-ago. 2002.
- FAUSTO NETO, A. AD: Rumos de uma nova analítica. In: FERREIRA, G.; SAMPAIO, A.; FAUSTO NETO, A. (Orgs.). *Mídia, Discurso e Sentido*. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 27-42.
- GARCIA, M. P. *Disseram por aí: deu zika na rede! Boatos e produção de sentidos sobre a epidemia de zika e microcefalia nas redes sociais*. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.
- GUESS, A. M. *Fact-checking on Twitter: An examination of campaign 2014*. Washington, D.C.: American Press Institute and The Democracy Fund, 2015.
- GIDDENS A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- _____. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.
- IASBECK, L. C. Os boatos: além e aquém da notícia. *Lumina*, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 11-26, 2000.
- LÉVY P. Pela ciberdemocracia. In: MORAES, D. de (Org.). *Por uma outra comunicação: mídia, mundialização cultural e poder*. Rio de Janeiro: Record, 2003
- MAINGUENEAU, D. Analisando discursos constituintes. *Revista do GELNE*, v. 2 n. 2. 2000.
- MITRA, T. et al. A large-scale social media corpus with associated credibility annotations. In: *Ninth International AAAI Conference on Web and Social Media*, 2015.
- ORLANDI, E. P. Boatos e silêncios: os trajetos dos sentidos, os percursos do dizer. In: _____. *Discurso e Texto: formulação e circulação dos sentidos*. Campinas-SP: Pontes, 2005.
- PÊCHEUX, M. O papel da memória. In: ACHARD, P. et al. (Orgs.). *O papel da memória*. Campinas: Pontes, 2010.
- RECUERO, R. *Redes sociais na internet*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- RENARD, J. B. Um gênero comunicacional: os boatos e as lendas urbanas. *Famecos*, n. 32, 2007.
- REULE, D. *A dinâmica dos rumores na rede: a web como espaço de propagação de boatos virtuais*. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Aegre, 2008.

ROCHA, C. M. F. et al. Comunicação como dispositivo de valorização da cultura e da integralidade do cuidado em saúde.: PINHEIRO, R. et al. (Orgs). *Cultura do cuidado e o cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2015. p. 271-282.

ROGERS, R. Learning from fake news. Anotações de aula. *Curso Get the Picture. Digital Methods for Visual Research*. Amsterdam: Universidade de Amsterdam, 26 jun. 2017.

SACRAMENTO, I.; LERNER, K. Pandemia e biografia no jornalismo: uma análise dos relatos pessoais da experiência com a Influenza H1N1 em O Dia. *Famecos*, v. 22, n. 4, 2015.

SODRÉ, M. Eticidade, campo comunicacional e midiaticização. In: MORAES, D. (Org.). *Sociedade midiaticizada*. Rio de Janeiro: Mauad, 2006, p. 19-32.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. A internet na história dos movimentos anti-vacinação. *ComCiência*, n. 121, 2010.

Doença falciforme: invisibilidade e racismo nas práticas de cuidado

Altair Lira

Foi justamente o negro africano que ao padecer de uma enfermidade crônica e dolorosa, como a doença falciforme, contribuiu com sua dor, com seu sangue e com sua morte precoce para o conhecimento científico mais importante sobre a bioquímica, físico-química, genética e biologia molecular das proteínas. [...] Apesar de todo o progresso conseguido até o presente, os negros de todo o mundo, em especial, os negros brasileiros, não puderam se beneficiar das conquistas científicas e tecnológicas obtidas com seu próprio sangue...

Paulo Naoum. Prefácio do livro *Doença das Células Falciformes* (Ed. Sarvier, 2004).

Introdução

A doença falciforme é uma doença genética, com alta variabilidade clínica e morbimortalidade. Estudos demonstram que com diagnóstico precoce, acompanhamento integral à saúde, busca por autonomia das pessoas com a doença e seus familiares e ampliação do suporte social, bem como ações integradas a partir de outras secretarias, a exemplo da Secretaria da Educação, fazem com que os agravos e complicações da doença possam ser minimizados, proporcionando melhor qualidade de vida à pessoa com a doença.

A chamada “hipótese malárica” coloca o surgimento do gen mutante da doença falciforme, ligada ao continente africano, como um efeito

protetor contra a malária. Essa mutação característica da doença falciforme chegou ao Brasil através do tráfico das pessoas negras escravizadas, estando presente em toda população com predominância na negra. Estudos acerca da situação socioeconômica desta população evidenciam o processo de segregação que historicamente vem sofrendo, denunciando a ação do racismo enquanto produtor e reproduzidor das desigualdades sócio-raciais existentes na sociedade brasileira. O racismo institucional, evidenciado também através da inexistência de políticas públicas específicas que revertam estas desigualdades, corrobora o agravamento desse quadro.

No campo da saúde, a invisibilidade histórica da doença falciforme, seja nos currículos das universidades, seja na formação dos profissionais, a ausência de política de saúde direcionada a essas pessoas e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde marcam a realidade da atenção às pessoas com doença falciforme, configurando-se como exemplo da dimensão programática do racismo institucional. Torna-se imperativo adotar medidas que possam promover e implementar ações que permitam reduzir a morbimortalidade, melhorando a qualidade de vida das pessoas com doença falciforme, com garantia da integralidade nas ações.

Construindo a “história social” da doença falciforme

Segundo Naoum (2004), a doença causada pelas células falciformes se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas provocados pela deformação de milhões de eritrócitos com hemoglobina S (HbS) induzida pela desoxigenação. Esses eritrócitos com HbS, quando oxigenados (oxi-Hb S), se apresentam no sentido da forma normais (em forma de disco) no sangue; eventualmente podem ser observados alguns eritrócitos afoiçados ou falcizados. Desde essa primeira descrição científica da doença falciforme, diversas outras pesquisas, artigos e estudos foram publicados com características bem semelhantes: davam ênfase à diversidade clínica, amplo espectro de sintomas, considerando sobretudo as faixas etárias diferenciais e a dimensão de gênero e sua gravidade.

A doença falciforme é uma doença hereditária caracterizada por uma mutação na hemoglobina, denominada HbS em contraposição à HbA,

considerada normal. Na HbS, as células vermelhas do sangue adquirem o formato de meia lua, ou foice, daí a denominação falciforme. Esta alteração é responsável por inúmeros agravos que resultam da difícil oxigenação do sangue. Por causa desse formato modificado, as células frequentemente entopem os vasos sanguíneos, gerando assim um quadro sintomático de crises de dores nas articulações, ossos, músculos ou qualquer outra parte do corpo, além de doença intensa e maior suscetibilidade a infecções e úlceras.

Além disso, atualmente se considera que a doença falciforme é a doença genética de maior incidência na população brasileira (Aragão; Cançado, 2006). Diante do desenvolvimento da área da genética das populações, hoje se tem conhecimento de que a mutação na hemoglobina é uma adaptação do organismo ao ambiente em que a malária é endêmica. Essa alteração nas células vermelhas do sangue teria se originado na África, estendendo-se para a Península Arábica, sul da Itália e Índia.

É importante destacar que, a partir do esclarecimento dos aspectos clínicos relacionados à doença falciforme em 1910, quando Herricks publicou um artigo científico na revista americana *Archives of Internal Medicine* sobre a presença de eritrócitos com a forma de foice em um paciente negro com doença grave, icterícia e fortes dores nas articulações, estabeleceu-se uma relação entre esta doença e a população negra. Relevante informar que os parentes próximos desse jovem não apresentavam os mesmos sintomas. A doença falciforme foi a primeira doença molecular humana a ser descoberta, através da genética clássica, e foi sobre a hemoglobina falciforme que se desenvolveram os estudos iniciais do campo hoje conhecido como biologia molecular.

Destaca-se a importância de apresentá-la a partir da perspectiva de quem convive com a doença, dando voz e vez à *pessoa* com a doença, e não mais a *doença*, através de exames e diagnósticos diversos. Para construirmos a “história social da doença falciforme”, torna-se necessário referenciar aspectos importantes sua realidade econômica, social e educacional, abordando aspectos relativos ao viver com as limitações, privações e discriminações, e até mesmo com a perspectiva da morte precoce como resultado de uma doença genética, hereditária e crônica e

desconhecida por profissionais de saúde e em alguns lugares, sem uma política específica de tratamento.

Na doença falciforme, a questão racial tem enorme relevância pela própria forma como ela passou a ter visibilidade. Desde o início das reivindicações do Movimento Negro, na década de 1970, essa patologia foi objeto de reivindicação dos movimentos de homens e mulheres negras e das associações de pessoas com doença falciforme e seus familiares, que se viam excluídos das políticas de saúde vigentes, as quais não levam em consideração a enorme prevalência da doença no Brasil com um caso a cada mil nascimentos. A doença falciforme é a doença genética predominante no mundo todo e no Brasil em particular (Oliveira, 2001). A questão de ser uma doença prevalente nas populações negras e afrodescendentes deve ser considerada com especial cuidado, não podendo ser colocada em segundo plano.

Sendo a população negra (pretos e pardos) a maioria da população brasileira, as políticas de saúde pública para as pessoas com doença falciforme deveriam, portanto, incluir toda a população. Sua distribuição heterogênea na população brasileira deve-se a esse fato histórico, sobretudo aos processos de miscigenação racial que ocorreram e ocorrem com intensidades variáveis nas diversas regiões do país (Naoum, 2000).

Em 20 de novembro de 1995, diversas entidades do Movimento Negro realizaram, em Brasília, a *Marcha Zumbi dos Palmares – contra o racismo, pela cidadania e a vida*. A marcha foi organizada para ser um marco em homenagem aos 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares. Dela participaram ativistas negros e negras vindos de vários estados brasileiros, e o Governo Federal instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI), que tinha como objetivo discutir problemas que afetavam a comunidade negra e a formulação de alternativas e propostas concretas de resolução dessas problemáticas. O tema “Saúde da População Negra” foi discutido numa mesa-redonda em abril de 1996, com a participação de diversos atores sociais importantes como militantes, cientistas, técnicos do Ministério da Saúde e médicos.

Em 2001, foi lançada a Portaria nº 822 (de 06 de junho de 2001), que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Este passou a se ocupar da

triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados. A partir de então, tendo dados específicos relativos à prevalência e incidência na doença falciforme, vimos que os documentos lançados comprovam a prevalência da doença falciforme nas regiões em que a maioria da população é negra, como o Norte e o Nordeste do Brasil. Dados do Ministério da Saúde (2006) demonstram que estados como a Bahia apresentam um caso da doença a cada 650 nascimentos, em comparação com estados do Sul do país, que apresentam prevalência de 1:10.000 no Rio Grande do Sul e 1:13.000 no Paraná.

Conclusão

Sendo a doença falciforme a doença genética mais comum na população negra e de maior prevalência no Brasil, seus números ensejam uma questão de saúde pública. A promoção da equidade em saúde torna-se condição *sine qua non*, até mesmo para afirmarmos que os princípios do SUS estão sendo garantidos. Onde podemos ter integralidade e universalidade, quando milhares estão fora ou não acessam o sistema de forma adequada e resolutive?

Como se fosse uma marca, um atributo, nossa sociedade é marcada pela desigualdade social e política, pelo racismo institucional e pelas iniquidades em saúde. Urge que políticas governamentais enfrentem de maneira incisiva e direta essas questões, de forma a buscar a inclusão das populações historicamente excluídas nos mais diversos campo da vida, a exemplo da educação e da saúde.

A exclusão da doença falciforme do rol de doenças populacionais que deveriam ser tratadas pelos governos está diretamente relacionada a sua ligação com a população negra, adquirindo a doença falciforme o *status* de doença negligenciada pelo poder público nas mais diversas esferas, sobretudo nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Exemplo mais evidente do racismo institucional na saúde, a vivência das pessoas com doença falciforme no SUS vem provocar o debate sobre a necessidade de se fomentarem ações em saúde não somente pela doença, como também pelo racismo que norteia as políticas governamentais.

Essa inflexão no sistema tem nome e sobrenome: *controle social*. Desde 2001, quando foi fundada, a Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes (FEAFAL) foi ator significativo da sua própria história dentro das políticas de ação afirmativa e de enfrentamento à negligência no sistema de saúde. Ampliando sua atuação para todo Brasil e ocupando assentos importantes na estrutura de gestão do SUS, como o Conselho Nacional de Saúde e a Câmara Técnica de Doença Falciforme, ligada à Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados, a FENAFAL tornou-se peça fundamental na construção da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (Portaria nº 1.391/GM, de 16 de agosto de 2005) – 95 anos depois do primeiro relato científico sobre a existência da doença falciforme.

Significativa importância ganha observar que, nesse quase um século de distância, permeia a construção de um saber, de um conhecimento em cima da doença falciforme. *Sites* de busca nos retornam com centenas de milhas de páginas ao solicitarmos a pesquisa sobre o termo “doença falciforme”. Demonstrando que ela não é uma doença desconhecida, mas como explicar que durante um século se produziu conhecimento, mas não se produziu assistência? Racismo. Não existe outra resposta ou hipótese.

Estamos dialogando não contra um sistema que age para não dar assistência. O que existe é uma omissão ou “não-ação”. Esta “não-ação”, que ao mesmo tempo que produz estudos e dados relevantes sobre a morbimortalidade das pessoas com doença falciforme, intercorrências nos mais diversos órgãos e sistema do corpo humano, vem também representar uma das facetas do racismo institucional dentro da área da Saúde Pública. Representando o que o professor Kabengele Munanga falava do “racismo como um crime perfeito”.

Mas resistimos e enfrentamos as desigualdades, porque será por dentro do SUS, e não fora dele que o racismo na saúde será enfrentado. E vencido. Não tenho dúvidas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.391/GM, de 16 de agosto de 2005. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1391.htm>. Acesso em: 12 mar. 2013.

CANÇADO, R.; JESUS, J. A. A doença falciforme no Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* [online], v. 29, n. 3, 2007.

HERICKS, J. B. Peculiar elongated and sickle shaped red blood corpuscles in a case of severe anemia. *Archives of Internal Medicine*, v. 6, n. 517, 1910.

MUNANGA, K. Nosso racismo é um crime perfeito. *Geledés*. Disponível em: <<https://www.revistaforum.com.br/mariafro/2011/11/20/kabengele-munanga-nosso-racismo-e-um-crime-perfeito/>>. Acesso em: 20 nov 2011.

NAOUM, P. C.; NAOUM, F. A. *Doença das células falciformes*. São Paulo: Sarvier, 2004.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: OPAS, 2003. 344p.

_____. *As síndromes falciformes e o PAF/MS 09.08.2000*. Disponível em: <<http://www.sindicon-esp.org.br>> Acesso em: 20 nov 2010.

O meu corpo é até aceito, mas o meu saber, não: racismo e hanseníase, aproximações

Marcelo Luciano Vieira

Este texto é uma versão ampliada da palestra intitulada “O meu corpo é até aceito, mas o meu saber, não: racismo e hanseníase, aproximações”, como parte da mesa “Formação, violência e racismo”, proferida no XVII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, que trouxe como tema central *Amor mundi*, políticas da amizade e cuidado: a vida na saúde. A reflexão proposta nesse seminário buscou correlacionar minha vivência enquanto militante e pesquisador da saúde no campo da hanseníase, e os atravessamentos de minha trajetória enquanto pesquisador negro, oriundo da Baixada Fluminense. Tendo sido aluno bolsista de graduação e de mestrado numa universidade da elite carioca, a PUC-Rio, descubro a importância de “me tornar Negro” (Souza, 1983), quando retorno àquela escola para atuar como professor.

A ideia de tornar-se negro passa por um entendimento sobre e de si mesmo, ou seja, o reconhecer-se negro passa por implicar-se diante da experiência de ter tido sua identidade massacrada, assim como a conformação de suas expectativas, sem falar no fato de ter sido submetido a exigências, compelidas a expectativas alienadas. No entanto, tornar-se negro é também, e sobretudo, a experiência de comprometer-se a resgatar sua história e recriar-se diante de sua possibilidade de transformar o mundo (SOUZA, 1983).

Em relação à hanseníase, trago um olhar sobre minha vivência como militante e pesquisador desse campo, no qual atuo desde 1992, e tive

a oportunidade de vivenciar diferentes experiências, muitas das quais alimentaram as reflexões que serão aqui apresentadas.

Cabe então perguntar: qual a relação entre a hanseníase e as questões que giram em torno do povo negro? Aqui, como ponto de interlocução entre os dois temas, a ideia de exclusão sofrida por ambos os grupos sociais, em especial nas relações entre Estado, ciência e sociedade. No caso da sociedade ao longo do tempo, a partir de suas manifestações de racismo, eugenia, higienismo, etc; da ciência, por negligenciar o assunto, principalmente do ponto de vista da exclusão, e em absoluto do Estado, por ter sido ele um dos grandes responsáveis pela exclusão, discriminação e segregação enfrentada por essas pessoas.

De modo introdutório e ensaístico, defendo a existência de aproximações significativas entre as formas de exclusão, preconceito e discriminação pelas quais passaram/passam as pessoas que foram acometidas pela hanseníase e aquelas às quais historicamente as pessoas negras passaram/passam no Brasil. Tratei de cinco temas nessa relação com as duas formas de exclusão: o primeiro é o que vou chamar aqui de “alienação de condição”, ou uma suposta inocência guardada na ignorância; ou ainda, para usar os termos de Marx (2004), na “perda de consciência e no estranhamento”. Segundo, o contexto da identidade que tangenciei nesta explanação, pois tanto a luta do povo negro quanto a das pessoas atingidas pela hanseníase guardam fortes relações com a perspectiva da identidade, seja pela lógica da legitimação, da resistência, ou mesmo a de projeto (Castells, 1999). O terceiro foi a violência de estado que sofreu/sofre o povo negro e a que sofreram/sofrem as pessoas acometidas pela hanseníase. O quarto foi a histórica luta por direitos travada pelos dois estratos de nossa sociedade que, apesar de toda essa adversidade que ambos os grupos atrevessaram/atravessam com características muito singulares que os assemelha. E por fim, uma das mais importantes aproximações é que as duas formas de exclusão aqui tratadas remontam a certa leitura a respeito da “autoridade”. Nesse sentido, recorro ao pensamento de Hannah Arendt (1992), para apontar em que medida a ideia de autoridade tangencia os dois caminhos.

De agora em diante, farei articulações cruzadas entre as semelhanças entre as formas de exclusão sofridas pelas pessoas acometidas pela hanseníase e pelo povo negro, alternando situações vivenciadas por um e por outro estrato social, articulando-os com a ideia de autoridade.

Alienação de condição: a construção das invisibilidades negra e da pessoa atingida pela hanseníase como ideologia

De início, é importante posicionar que aquilo que chamo de “alienação de condição” seria uma suposta inocência guardada na ignorância; ou ainda, para usar os termos de Marx (2004), na “perda de consciência e no estranhamento”, que aqui entendo guardar certa semelhança com as formas de exclusão sofridas pelas pessoas acometidas pela hanseníase e o povo negro. Essa ideia de alienação de condição vai gerar rebatimentos importantes, seja na identidade ou na própria concepção de sujeito e seu papel no mundo.

Para tentar mostrar de onde saiu a ideia de alienação de condição e como seus efeitos rebateram/rebatem sobre as pessoas acometidas pela hanseníase e sobre o povo negro, recorro ao conceito inicial de alienação em Marx (quadro 1), cujo trato da alienação passa pelas relações do homem com a religião, natureza, qualidade humana, os outros homens, o trabalho, suas criações, sua objetificação e com a política. Interessam-nos aqui três importantes manifestações desta ideia de alienação: a relação do homem com outros homens, em que se percebe o isolamento do ser humano no mundo capitalista; a relação com sua qualidade humana, reduzindo o indivíduo humano a sua mera instância animal; e a relação com a política, quando trata da separação do indivíduo humano em relação aos seus próprios interesses.

QUADRO 1. Formas de alienação em Marx

Formas de alienação discutidas pelo "primeiro" Marx



Fonte: O conceito de alienação no jovem Marx, por José D'Assunção Barros, 2011, disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a11>>.

A partir desta tríade, penso que o que chamei aqui de alienação de condição foi/é o ponto nevrálgico para alienação plena e submissão aos ditames de todas as formas de opressão; ao mesmo tempo, é aqui também o ponto crucial para a inversão deste desenho historicamente constituído. Por isso chamei de alienação de condição, pois uma vez assumida a consciência dessa condição, está aberto o caminho para a superação. Vou tentar apontar aqui como isso ocorreu/ocorre tanto com as pessoas acometidas pela hanseníase quanto com o povo negro.

A relação do homem com outros homens: o isolamento do ser humano no mundo capitalista

Se formos analisar na sociedade atual, a percepção deste tipo de alienação é cada vez mais presente, seja pelo avanço tecnológico e pela frenética construção industrial das necessidades socialmente produzidas, ou mesmo pela imponente sensação *self made man* no mais amplo sentido do que Tocqueville (1987) chamou de caminho mau, ou caminhos do isolamento social. Neste caso, o autor trata do isolamento do que seria a vida coletiva, penso que na perspectiva marxiana aqui também o foi. Porém, tomo emprestado aqui a ideia

de isolamento do ser humano no mundo capitalista, para tentar mostrar não sua relação com o mundo em função da produção ou os produtos frutos dela, mas como artifício individual e/ou coletivo utilizado com e/ou por ou contra o sujeito, no intento de subjugar-lo ou subsumi-lo ante seu real papel no mundo da vida e das coisas, convertendo este último em condição de expectador de sua própria realidade.

Como isso aconteceu com as pessoas acometidas pela hanseníase e com o povo negro? No caso da hanseníase, o caminho da construção desse isolamento foi a via do estigma, da discriminação e do preconceito. Esses aspectos marcaram de modo *sui generis* a vida e o isolamento proposital e propositado por outrem ou inconsciente dessas pessoas. A questão que nos salta aos olhos aqui é: em que medida a sociedade e o próprio Estado se deram verdadeiramente conta do que se gerou na vida dessas pessoas em função do isolamento compulsório? Ou hoje, por exemplo, a ideia de *bulling* e de seu enfrentamento é recorrente em diversas formas no campo público ou privado. Mas, e o que fazer quando essas pessoas tiveram suas vidas e histórias dilaceradas em muito provocadas por uma política de Estado, e diga-se de passagem, apoiada pela sociedade, à época? E agora? E afinal, as pessoas acometidas pela hanseníase têm a noção disso? E estão dispostas a enfrentar tais questões?

As indagações aqui apresentadas apenas têm a intenção de provocar a reflexão em torno de movimentos ora achados assertivos, em especial no calor dos acontecimentos, que podem gerar situações muito similares no futuro, a exemplo do aumento da prática de crimes por menores de idade, em que se põe em votação a redução da maioridade penal. Este ponto nos permite traçar uma conexão com o isolamento no caso do povo negro.

Se tomarmos como exemplo a prática de crimes cometidos por menores de idade, a imprensa noticia de modo geral que tais crimes são cometidos por negros, oriundos das classes menos abastadas e das áreas mais precárias das cidades. É bem verdade que a maioria dos jovens negros é oriunda das classes menos abastadas e reside em áreas de iguais

condições. Contudo, a conexão direta e permanente com a ideia de que os crimes são cometidos exclusivamente por jovens negros e pobres, em boa medida inclusive, pode funcionar como salvaguarda para que jovens brancos e ricos possam cometer crimes que estarão anistiados de seus fatos, dada sua simples condição de existência.

Ademais, como mencionado, 80% da população carcerária é negra. Se traçarmos uma linha imaginária entre o negro de ontem e o de hoje, é possível perceber que o negro de ontem voltava-se ao trabalho forçado, mecânico e alienado. Sua vida se dava diante de condições precárias e sua moradia era a senzala. Quando algo o incomodava e ele tentava se colocar contra, era castigado. Se voltarmos para os dias atuais, o negro ainda é o responsável, em sua ampla maioria, pelos trabalhos forçados, mecânicos, insalubres e alienados. E sua vida se dá em boa parte nos meios de transporte, seguindo no destino casa/trabalho e vice-versa; e sua senzala atual é quando foge da regra e termina no sistema penitenciário. Mas, apesar disso, muitos não se dão conta do papel que ocupam na estrutura social e em que medida estão fadados a reforçar cotidianamente esta lógica. Como superar isso?

A relação com sua qualidade humana: redução do indivíduo a sua mera instância animal no contexto da luta por uma identidade nacional

Cabe aqui uma interessante articulação com o pensamento de Hannah Arendt em *A condição humana*, quando apresentou a diferença entre trabalho e labor (quadro 2): o primeiro trata da artificialidade ou do que é externo ao homem; ou ainda, em outras palavras, tudo aquilo que possa ser transformado pelo homem. Já o segundo trata de uma ação endógena, ou algo que vinha da própria condição de existência humana, ou as ações realizadas para as tarefas humanas, como, por exemplo, levantar e caminhar (ARENDR, 2007).

Quanto ao povo negro, historicamente na sociedade brasileira, como vimos, este grupo social ficou com os trabalhos mais mecânicos, em geral em regimes precários e de baixa possibilidade de ascensão, como resultado ainda da política escravista. Esse cenário começa a mudar com a ascensão de uma importante parcela deste estrato social em posições de comando em função dos *outliers* (os pontos fora da curva) ou pelas políticas de ações afirmativas. E nesse sentido, a ideia de realização pelo trabalho sempre foi algo muito distante.

Durante um longo período no Brasil, em função das históricas ideologias de unificação das raças por assim dizer, o Brasil assumiu um conceito que buscava escapar do ferrenho e aberto racismo norte-americano, ao mesmo tempo que pudesse unificar o país inteiro com relação a certa homogeneidade. Surgiu então a ideia da democracia racial, fortemente disseminada por Gilberto Freyre (2004), que terminou por disseminar a ideia unificadora de que somos um país mestiço.

Numa obra que vasculha profundamente este debate, o prof Kabengele Munanga, em *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil*, afirmou:

[...] entre as características do racismo brasileiro, a ambigüidade é uma delas. Talvez digo eu, a mais importante. Ela permeia tanto a reflexão do estudioso do tema como o próprio viver das pessoas que, cotidiana ou institucionalmente, enfrentam a pluralidade étnica brasileira. O mestiço brasileiro simboliza plenamente essa ambigüidade, cuja conseqüência na sua própria definição é fatal, num país onde ele é de início indefinido. Ele é “um e outro”, “o mesmo e o diferente”, “nem um nem outro”, “ser e não ser”, “pertencer e não pertencer”. Essa indefinição social – evitada na ideologia racial norte-americana e no regime do *apartheid* -, conjugada com o ideário do branqueamento, dificulta tanto a sua identidade como mestiço quanto a sua opção da identidade negra. A sua opção fica hipoteticamente adiada, pois espera, um dia, ser “branco”, pela miscigenação e/ou ascensão social. (Munanga, 2006, p. 140).

O contexto no qual o autor está imerso é marcado pela busca de um conceito que retrate a identidade nacional da sociedade brasileira, em que esta é posta em oposição à ideia de identidade negra, inclusive pelo autor. Assume-se a ideia de que o respeito à diversidade tanto cultural quanto racial é o ponto de partida para a construção de uma identidade brasileira.

As questões que nortearam a discussão apresentada em *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil* passam pelo ideário de construção de uma identidade nacional: a identidade mestiça. No entanto, em que medida a construção de uma identidade mestiça não significaria retirar e negar a solidariedade aos poucos negros e índios indistiguíveis, aos orientais e minorias brancas que têm direito de se achar diferentes? Não significaria mais uma nova armadilha ideológica? (Munanga, 2006).

Munanga, antes de construir sua hipótese, apresenta dois pontos de vista que nortearam sua dissertação, o populacionista e o raciologista, em que o primeiro retrata a mestiçagem como um fenômeno universal do qual as populações ou os conjuntos de populações só escapam por períodos limitados. É como uma troca de genes de intensidade e duração variáveis entre populações mais ou menos contrastadas biologicamente. Por outro lado, o raciologista caracteriza-se principalmente pelo interesse na mestiçagem que marca as “grandes raças” definidas *a priori*. Isto é, baseia-se na divisão da espécie humana em grandes raças, mas que carrega *per se* certo teor ideológico.

Não obstante o fato de o autor não concordar com esse viés raciologista, é a ele que Munanga dispensa a maior atenção, uma vez que é exatamente este viés que introduz os pressupostos ideológicos que até hoje dominam os estudos sobre a mestiçagem. O que significaria ser “branco”, ser “negro”, ser “amarelo” e ser “mestiço” ou “homem de cor”? (Munanga, 2006)

Ademais, pelo viés biologizante,

[...] como seria possível assegurar a renovação, de geração a geração, de uma situação social cujos parâmetros não são sociais e não são transmissíveis socialmente, mas sim passam pelo canal da hereditariedade biológica? Como

remediar o problema físico da diluição das cores pela miscigenação? (Munanga, 2006).

Findo o período escravista, surge a nova categoria de cidadãos: os ex-escravizados negros. É uma pergunta passou a compor a agenda dos pensadores brasileiros: como transformá-los em elementos constituintes da nacionalidade e da identidade brasileira, “dado que a estrutura mental herdada do passado que, os considerava apenas como coisas e força animal de trabalho, ainda não mudou?” (Munanga, 2006).

A partir dessas questões, o autor formulou a hipótese, e logo a tese de que o processo de formação da identidade nacional no Brasil recorreu aos métodos eugenistas, visando ao embranquecimento da sociedade. Se o embranquecimento tivesse sido, hipoteticamente, completado, a realidade racial brasileira teria sido outra. No lugar de uma sociedade totalmente branca, ideologicamente projetada, nasceu uma nova sociedade plural constituída de mestiços, negros, índios, brancos e asiáticos, cujas combinações em proporções desiguais dão ao Brasil seu colorido atual (Munanga, 2006).

Essa homogeneização se funda na perspectiva do branqueamento da população, em que a “raça” branca é assimilada como superiorizada e as outras não brancas, inferiorizadas. Dessa maneira, aos poucos, através da miscigenação, alguns autores defendem a ideia de que a “raça” negra se extingiria. É bem verdade que, contraditoriamente, há também aqueles que defendem o enegrecimento da população em função da resistência do negro através do tempo e das análises genealógicas.

A relação com a política: a separação do indivíduo humano em relação a seus próprios interesses

Este é o ponto-chave dos três, sem de fato reduzir a importância dos outros dois, mas aqui, está o limite entre o aprisionamento naquilo que estamos chamando de alienação de condição e a assunção da autodeterminação e posicionamento ideo-político, consciente e emancipado. Dito de outro modo, este é o ponto de inflexão que, ao pender para um lado, tende a levar à tomada de consciência e, por conseguinte, à emancipação, mas se pender para o outro lado, tende a levar ao acultramento, ou em linguagem moderna,

apropriação cultural e a alienação de condição. Assim, essa alienação de condição é também uma “alienação” de identidade.

De acordo com Castells (1999), há três tipos de identidade: legitimação, resistência e projeto. Se entendermos que a ideia da identidade de legitimação é um artifício introduzido pelas instituições dominantes, cujo objetivo é alargar ao máximo seu espectro de domínio, a partir da racionalização em relação aos atores sociais, há aí uma forte conexão com a ideia de autoridade, pois, de um modo ou de outro, este desenho ancorado na racionalidade constitui em geral o discurso da “voz autorizada” ou o *expert*. Eis aqui a identidade do opressor.

A identidade de resistência, aquela erigida pelos atores oprimidos ou subjugados pelo opressor, transforma-se em “trincheira de resistência e sobrevivência”, ancorada em valores diferentes dos opressores, de modo que resistir é afirmar uma posição de luta e enfrentamento, ao limite, ainda que seja pela sobrevivência. Eis aqui a identidade do oprimido.

Apesar de determinado grupo social iniciar sua perspectiva em uma identidade de resistência, não quer dizer que esse grupo estará condenado e ficará sempre nessa condição. Há ainda um terceiro grupo que o autor chamou de “identidade de projeto”, que se dá quando qualquer grupo de atores sociais lança mão de qualquer tipo de material cultural à sua disposição e a partir disso constrói uma nova identidade que, em boa medida, permite uma mobilidade social a este grupo, transformando inclusive seu papel social voltando-se à transformação da sua posição na estrutura social (Castells, 1999).

Se considerarmos que a alienação é a ausência de consciência, dentre uma série de possibilidades de alienação, destacamos aqui a relação do homem com outros homens, em que se percebe o isolamento do ser humano no mundo capitalista; a relação com sua qualidade humana, reduzindo o indivíduo humano a sua mera instância animal; e a relação com a política, quando se trata da separação do indivíduo humano em relação aos seus próprios interesses. Se considerarmos que a relação com a política, como Hegel *apud* Barros (1987) entende, ou seja,

A História é a progressão dialética por meio da qual o espírito, inicialmente estranho a si mesmo, toma consciência e posse do mundo – que, na verdade, era

o próprio espírito existindo fora e separado de si – até retomá-lo completamente em si e unificar-se com ele. Os avatares dessa progressão são etapas que, em razão da sua contradição interna, são necessariamente levadas a “passar para” a etapa seguinte, até a realização da síntese final que é ao mesmo tempo o sentido de toda a história anterior e o término da história (Barros, 1987, p. 28).

Diante dessa afirmativa, pode-se dizer que alienação de condição é quando o homem, nas suas relações, individuais ou coletivas com outros homens, percebe o isolamento humano no mundo movido pelo capital, onde este o transform em repetidor, ou sujeita-o a sua condição meramente animal, deslocando dele sua qualidade humana, e na sua relação com a política. Toda esta lógica se resume a um movimento egoístico e individual; sua capacidade de se relacionar com o coletivo emancipadamente se esvai e, a partir de então, após assumir características de uma outra cultura como sua, ele se perde de si mesmo, e se assume como parte daquela cultura, ou seja, aculturamento.

No caso da hanseníase, durante alguns anos, de meados dos anos 1980 até meados dos anos 1990, a lógica da luta política do movimento social na hanseníase – neste caso, o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) – tinha plataformas muito próximas do aculturamento ou da alienação de condição, por acreditar que o que era necessário era ser igual aos “não doentes”. O que chamava atenção na época era a ideia de que toda a sociedade deveria vê-los como iguais e, assim, portanto, não discriminá-los, não ter preconceitos, e não ter medo deles, como historicamente acontecia. Isso mostra como era necessário parecer ser da cultura dos ditos “não doentes” para parecer ser um igual, mas o grande problema era que esses supostamente iguais os rejeitavam. Foi somente quando o movimento coletivamente assumiu a ideia de que o que eles precisavam era serem eles mesmos, e ao assumir uma luta política coletiva e identitária, conseguiram feitos significativos, inclusive do ponto de vista do preconceito, dado que a hanseníase é uma doença muito estigmatizante.

No caso do povo negro, algo muito similar ocorreu: após a reabertura política do país, que atravessara décadas de ditadura militar, muitos

movimentos sociais se mobilizaram, e até então muito desorganizadas, as pessoas negras ainda viviam sob uma sombra da chamada “democracia racial”, freyriana. Porém, muitas camadas insatisfeitas com aquela leitura aculturante começaram a fortalecer uma luta política identitária do Movimento Negro no Brasil. A partir de então, o movimento negro começou a questionar as instituições, exigindo transformação no âmbito da cultura, educação, formação, campos de atuação profissional, igualdade salarial, etc. E o que os levou à conquista de maior espaço e maior respeito com certeza foi a assunção de uma luta coletiva, e o reconhecimento da necessidade do fortalecimento do conjunto. Assim nasceram vários coletivos negros com o intuito de fortalecer e apoiar a população negra no enfrentamento do cotidiano. Ou seja, foi justamente o ponto de inflexão-chave, a política e sua percepção que geraram a capacidade de reconduzir as lutas e ampliar as conquistas.

As diferentes formas de exclusão aqui tratadas são apenas um pequeno retrato da nossa cena cotidiana, que em tese é muito mais severa e hostil do que aqui trouxemos. É bem verdade que essas formas de exclusão marcaram muito mais ainda essas pessoas no seu foro íntimo e pessoal, pois sua subjetividade foi ferida. Não podemos mudar o passado, mas podemos aprender com suas contradições e adversidades, e isso é a melhor maneira de tentar fazermos um futuro diferente a partir de nossas ações no hoje, aqui e agora.

Exclusões geradas pela hanseníase e pelo racismo no Brasil: aproximações

Ao visitarmos a história da saúde pública no Brasil, é possível perceber a ausência de um modelo sanitário, apesar do quadro insuportável e caótico do período de 1889 a 1930, marcado pela forte presença de doenças, sobretudo as de caráter infectocontagioso, em especial a hanseníase. Em resposta a esta última, o Estado brasileiro criou o Departamento de Profilaxia da Lepra (LDPL), que, por conseguinte, criou a Polícia Sanitária, um batalhão de 1.500 pessoas que tinham como tarefa as atividades de desinfecção, com ordens

de captura dos doentes para levá-los para as colônias de isolamento compulsório (Vieira, 2007).

No que diz respeito ao povo negro, de maneira muito particular e similar, pode-se perceber que a determinação de uma suposta autoridade branca, ante quaisquer outras pessoas não brancas, frente a uma onda exploratória e colonizadora, que explorava as riquezas e as pessoas dos países colonizados, a autoridade branca foi tomada como autoridade suprema, legitimando a escravidão do povo negro, que até ali não era nem concebido como gente, nem tinha alma. Essas palavras a mim me pesam apenas pela grafia, façamos ideia do que foi viver tudo isso. Assim, nascia a escravidão do povo negro.

Ao observar a trajetória da sociedade brasileira, é possível perceber que a miscigenação racial é uma das suas marcas mais fortes. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), as desigualdades entre raças e etnias é um problema histórico que, em boa medida, se revela muito em função dos resquícios dos regimes escravistas. No Brasil, pela primeira vez em 123 anos da abolição da escravatura, no último Censo (2010), mais do 53% da população se autodeclarou preta ou parda.

A percepção sobre a existência de racismo em nossa sociedade é revelada por uma série de estudos, em especial o do Relatório da Secretaria Nacional para o Enfrentamento da Desigualdade Racial 2009-2010 (Brasil, 2010). O que chama mais atenção nesse estudo é que apesar de a pesquisa revelar que quase 98% dos brasileiros reconhecem a existência de algum tipo de racismo e/ou discriminação racial no país, quando perguntadas se são racistas, 90% das pessoas afirmam que não. Talvez isso se explique por termos sido o último país ocidental a abolir a escravidão.

Segundo ainda o mesmo Relatório no que tange à educação, a chance de um negro ser analfabeto é cinco vezes maior que a de um branco; e no outro extremo, um em cada quatro universitários é negro. O impacto maior disso está fora das salas de aula, em que cerca de 70% das pessoas que vivem em extrema pobreza são negras; e por outro lado, cerca de 80% das pessoas mais ricas do país são não negras.

Do ponto de vista da violência, em dez anos os homicídios de mulheres brancas caíram de 48% para 44%; já os de mulheres negras

aumentaram de 32,5% para 62%. A questão da violência vai muito além do sexo feminino: a cada 12 minutos, uma pessoa negra é morta no Brasil; sete em cada 10 mortos em operações policiais são negros; e 75% da população carcerária é negra. E do ponto de vista da representação social, a população negra, apesar de ter se autodeclarado negra em sua maioria, não se vê representada no Judiciário: juízes - 15,4%; ministros do STF - 0%; no Legislativo: senadores - 30%; deputados federais - 20%; e ministros do Executivo - 0% (Brasil, 2010).

Esses dados revelam que a desigualdade racial no país é no mínimo histórica, estrutural, além de ser também negada pela população em geral. Ademais, a percepção das pessoas se mostra pouco empática ao longo da história.

Outro dado que também poderíamos mapear na questão das desigualdades é que no país há o que vou chamar aqui de desigualdade institucional, ou que no caso do povo negro é chamado de racismo institucional/estrutural, e no caso da hanseníase é discriminação institucional. Em outras palavras, podemos chamar de “violência de Estado”. Ou seja, quando há discriminação de cor ou raça ou de uma pessoa por ter sido acometida por uma patologia no âmbito das organizações, seja do ponto de vista das posições de comando e gestão, ou do ponto de vista dos rendimentos, sem dúvida está presente a violência de Estado. Esta é uma dimensão muito presente nas instituições brasileiras, governamentais ou privadas, mas como essa é uma variável de enorme sensibilidade e com uma carga subjetiva muito grande, com frequência esses casos são ignorados.

Aqui apresentarei apenas dois exemplos: no caso da hanseníase, é comum encontrar em Unidades Básicas de Saúde, locais de atendimento das pessoas acometidas pela doença em condições absolutamente precárias e/ou escondidas, quase que uma espécie de área isolada. E, no caso da desigualdade racial, basta ver que uma mulher chegou à emergência e apenas a suspeita de que ela provocou o aborto já gera um certo frisson, se ela for preta ou parda, então, a coisa fica absolutamente terrível. Quero chamar atenção aqui, principalmente, para o exercício da autoridade, inclusive sob a égide do uso da força, com poder de polícia. Se atentarmos para tudo que entra em cena neste

processo, a ideia de cuidado em saúde transforma-se de forma abjeta numa audaz luta do “bem contra o mal” em nome da sobrevivência, assentada sobre o sepulcro da célebre autoridade. E no caso do racismo institucional, a autoridade assumida é uma certa moralidade impressa em nome de uma tradição, enquanto que o princípio básico que é a garantia do direito à vida é absolutamente negligenciado.

Para concluir este item, lanço mão de uma das mais importantes questões que vi ao olhar para esses dois estratos de nossa sociedade: apesar das adversidades vividas por ambos os grupos, sua capacidade de resiliência e recondução de uma resistência de povo oprimido, e fazer dessa resistência caminhos para construção de uma história diferente, foi/é sua intensa luta por direitos.

No primeiro exemplo, pode-se perceber como a luta das pessoas atingidas pela hanseníase foi fundamental, pois até a década de 1980 as pessoas que viviam nas antigas colônias, ainda tinham seus direitos civis básicos como ir e vir cerceados. Todas as colônias, além de terem área hospitalar, tinham/têm ainda hoje também um área asilar. Ou seja, além de local de cuidado propriamente, há nesses espaços locais de residência. E ambos estavam sob à mercê das regras dos diretores dos hospitais (autoridade local, nomeada pelo secretário de estado de Saúde). E num dado momento, estes estabeleceram que havia hora para entrar e hora para sair. Foi tão somente após uma das ações das pessoas organizadas na colônia de Antônio Justa, no município de Maracanaú-CE, que ao derrubarem o muro da colônia, a ideia da abertura plena dos portões em todas as colônias ganhou força, até virar regra (Jornal do Morhan, 1995).

No segundo exemplo, podemos pensar sobre a inserção das políticas de ações afirmativas nas universidades públicas brasileiras, que datam dos anos 2000 com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e que quatro anos depois na avaliação do desempenho da primeira turma de cotistas, mostrou que era muito mais uma questão de oportunidades iguais de acesso do que propriamente uma questão de ter ou não condições econômicas ou raciais. Assim, o que se viu foi que os alunos pretos e pardos tiveram desempenho igual ou melhor do que os alunos não cotistas. (Santos, 2006).

Vou traçar uma espécie de eixo para organizar as ideias e apresentar de que modo vejo aproximações entre a exclusão gerada pela política higienista de isolamento compulsório da hanseníase e aquela gerada pela política escravista, e alguns de seus rebatimentos na nossa sociedade de ontem e hoje. Como ponto de partida no debate sobre o que é autoridade, recorro a uma leitura de Hannah Arendt (1992), que interpõe um confronto sobre as concepções grega e romana, indo até a introdução da ideia de nação-estado em Maquiavel. Ressalta ainda a existência de uma crise de autoridade à época, o que vejo ainda como bem atual. Não é nosso objetivo aqui entrar nas minúcias cuidadosamente debatidas pela autora, mas vamos apenas recorrer aos modelos de uma e de outra perspectiva, para mostrarmos como essas duas ideias influenciaram fortemente nas concepções de exclusão das pessoas atingidas pela hanseníase e do povo negro.

Segundo Arendt (1992), Platão que, diante da morte de Sócrates – que morrera para garantir suas ideias e ideais diante da *polis* (cidade) –, preocupado com o conflito entre a *polis* e o filósofo, sobretudo os riscos (da violência) que correriam os filósofos ao interferirem no governo da *polis*, buscou refletir sobre como construir uma autoridade para que uma minoria (elite) governasse sem que o uso da violência fosse necessário. A partir de então, pôs-se a pensar sobre como a autoridade se estabelecera historicamente. Assim, terminou por descobrir que a construção da autoridade era historicamente ancorada num elemento legitimador, que poderia ser interno ou externo ao sujeito. No primeiro, algo como conhecimento, e no segundo, a religião, por exemplo.

A autora ressalta que tanto na perspectiva grega, com os estudos de Platão, quanto na perspectiva romana, com os estudos de Aristóteles, a autoridade é marcada pela tríade autoridade, tradição e religião. E em ambas o fio condutor que as assemelha era a ideia de que a autoridade pressupõe determinado poder (*potestas*), e a partir dele, “a autoridade implica uma obediência na qual os homens retêm sua liberdade” (Arendt, 1992, p. 144).

Como funcionava então essa ideia de autoridade? Os anciãos, o Senado e os pais detinham a autoridade (tradição), autoridade que vinha passada de uma geração para outra, ou aqueles que construíram ou fundaram

a *polis* para usar o termo da autora. Já a autoridade da religião em função da decadência da República e sua conseqüente transformação em império romano, bem como sua aliança com o cristianismo, estabeleceu sua autoridade pela tradição, ancorada na hierarquia e na conformação da religião dos homens com sua ancestralidade religiosa (*religare*), religião essa conformada por Santo Agostinho “a sede do espírito está na memória” (Arendt, 1992, p. 168).

Antes de fazer as conexões propriamente para minhas reflexões, trago ainda mais duas outras questões sobre a autoridade a partir da mesma autora, de modo que ambas serão reveladas numa interessante ilustração que a autora faz para mostrar como Platão encontrou seu modelo de autoridade, que tenderia a não fazer uso da violência. É quando o autor evoca a ideia de autoridade em contraposição ao poder, que como as outras, resgata a ideia de raízes no passado, mas insere três novas dimensões: autor, atífice e perito. A ideia de *autor*, que quer dizer justo o oposto de artífice, denota de modo decisivo o entendimento que nos interessa nesta reflexão.

Quem, indaga Plínio por ocasião da inauguração de um teatro, deveria ser mais admirado, o construtor ou o autor? O inventor ou a invenção? – Pensando é claro, no último em ambos os casos. O autor não é aqui o construtor, mas aquele que inspirou toda empresa e cujo espírito, portanto, muito mais do que o efetivo construtor, se acha representado na própria construção. Distintamente do artífice, que tão somente o fez, é ele o verdadeiro “autor” do edifício, vale dizer seu fundador, com ele tornou-se um “aumentador” da cidade. (Arendt, 1992, p. 164).

Apesar da assertiva anterior, a relação existente entre o autor e o artífice não é uma relação existente entre o senhor que dá ordens e o servo que as cumpre. A grande diferença reside no fato de que quem detém autoridade não detém o poder, ou seja, “enquanto o poder reside no povo, a autoridade repousa no Senado” (Arendt, 1992, p. 164).

A segunda questão é que Platão encontra no campo das ideias aquilo que seria a chave para um governo sem uso da violência, o que seria em *A República*, quando da retratação do mito da alegoria da caverna.

Segundo Arendt (1992), o filósofo não busca o céu sob a caverna para descobrir o espírito; ele sai e ao retornar para a caverna é que tem o estranhamento (o espanto), e então se dá conta daquilo que viu e não sabe o que é. Neste momento, repousa a ideia suprema. Quando de retorno, já dentro da caverna, o filósofo usa de modelos, ou de padrões como uma régua para tentar enquadrar o que viu e relatar aos outros, ali está sendo o artífice, ou aplicando uma medida da ideia pós-concebida. Mas se o faz com perícia e ensina com afinco e qualidade, ali está usando da técnica, é o perito (Arendt, 1992).

Em outras palavras, o executor pode ser o perito ou o artífice, mas a concepção suprema da ideia vem do autor. A título de alinhavar a conexão dessas ideias com a proposta do texto, esse movimento de reconhecimento de uma crise de autoridade, e da busca por uma forma de exercer a autoridade sem o uso da violência, marca o ponto crucial de interlocução com a análise das duas formas de exclusão aqui tratadas (das pessoas acometidas pela hanseníase e do povo negro). Porém, uma última ressalva arendtiana, a despeito da crise de autoridade enfrentada à época, e acrescento que enfrentamos hoje: a revolução ainda é a melhor saída para superação emergencial da crise de autoridade.

Para refletir sobre os diferentes rebatimentos da autoridade ante essas pessoas, chamo atenção para o ponto de origem de ambos os grupos, quando a autoridade fora tomada como chave para partir a sociedade entre puros e impuros, entre sadios e doentes, foi quando a autoridade médica foi tomada como autoridade suprema, em detrimento das pessoas acometidas pela hanseníase. Assim, a despeito das vidas e histórias, famílias foram separadas, vidas deixaram de ser vividas, em nome da autoridade suprema médica, e se iniciou a formação das colônias de hanseníase no país, que chegou a ter 37 hospitais-colônia (Mena, 2017).

Hannah Arendt nos mostra que Platão “inventou uma série de estórias para concluir seus diálogos políticos, via de regra após o falido argumento em si, como em *A República*, ou após patentear-se que o oponente de Sócrates não poderia ser persuadido” (Arendt, 1992, p. 172-173). Assim, as colônias foram erguidas sob uma série de estórias, que levaram muitas pessoas a se perderem de suas próprias vidas, e algumas outras a assumirem uma terceira para não viverem reféns do

que historicamente passaram no ambiente das colônias após a abertura das mesmas.

Como parte dessas estórias, a ideia de que as colônias eram “como uma cidade”, ou seja, criou-se uma redoma a espelho da sociedade, sob a égide de ali ser um lugar de tratamento e “cura”. Com todas as ressalvas para a factual ignorância existente no âmbito dos avanços da medicina à época, muito mais foi feito ante ao suposto anúncio de “tratado e cura”, além, é claro, da existência de relatos de testes de fármacos. A esta redoma, o movimento social de enfrentamento da hanseníase, o Morhan, cunhou um termo muito peculiar, o de “exílio sanitário”, de modo que a autoridade médica sobre o corpo e a vida das pessoas gerou uma legião de exilados sanitários.²⁵

À guisa de conclusão

Ao concluir este ensaio sobre as duas formas de exclusão, a das pessoas acometidas pela hanseníase e a do povo negro, posso dizer que ficou evidente que mudam-se os termos, os lugares, as pessoas, até algumas estratégias, mas o processo alienante e desumanizador é praticamente o mesmo. Sob a égide de uma suposta autoridade, desloca-se o sujeito de suas relações sociais com outros sujeitos, isolando-o, e, assim, fragilizando-o. Oprime-se o sujeito ao extremo no processo produtivo em função da necessidade da produção e reprodução da vida social, e por fim, aliena-o ideo-politicamente, tornando-o um ser aculturado. Desta forma, mostrei aqui que os dois grupos sociais que foquei neste ensaio sofreram com o mesmo processo. Contudo, há que se levar em conta que apesar das adversidades, também tangenciei aqui o contexto da identidade, pois ambos os grupos guardam fortes relações com a perspectiva da identidade, seja pela lógica da legitimação, da resistência, ou mesmo a de projeto.

25 “Exílio Sanitário’, que é o mesmo que uma morte de qualquer possibilidade de assunção e exercício de direitos comuns à sociedade, bem como uma execração desta e por esta mesma, é a morte social gerada pelo estigma constituído em sua gênese pela mais profunda ignorância no sentido stricto da palavra. Ademais, contribuiu para o banimento dessas pessoas ditas “doentes” em detrimento de umas outras ditas sadias”. (Vieira, 2007, p. 5).

O que se pode deprender deste contexto é que tanto as pessoas atingidas pela hanseníase quanto o povo negro atravessaram situações em que vivenciaram uma profunda imersão na identidade de legitimação, e por conseguinte, uma alienação de condição. E vivenciaram muitas vezes a situação de reféns da autoridade, em especial a ancorada na racionalidade.

Mas ambos os grupos, quase que como num processo de talma, vivenciaram ao menos uma boa parcela das populações de ambos os grupos, o espanto, o estranhamento, e penderam para a tomada de consciência. A partir daí, em muito já é possível afirmar que há, tanto nas pessoas atingidas pela hanseníase quanto no povo negro, formas de identidade de resistência e até mesmo de projeto em ambos os estratos sociais. Mas o que vai determinar de fato se seguirão a via da exclusão predeterminada pelo opressor ou vão buscar a partir de sua resistência e luta a construção de projetos efetivamente transformadores serão suas escolhas, e também o rebatimento que elas terão no espectro mais amplo de toda a sociedade.

Referências

- ARENDDT, H. *Entre o passado e o futuro*. Trad.: Mauro W. Barbosa de Almeida. São Paulo: Editora perspectiva, 1992.
- ARENDDT, H. *A condição humana*. Tradução de Roberto Raposo; revisão técnica: Adriano Correia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010;
- BARROS, J. A. O conceito de alienação no jovem Marx. disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a11>>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- BRASIL. Secretaria Nacional para o Enfrentamento da Desigualdade Racial. *Relatório da Secretaria Nacional para o Enfrentamento da Desigualdade Racial - 2009-2010*. Brasília, 2010.
- CASTELLS, M. *O poder da identidade*. São Paulo. Paz e Terra. 1999.
- FREYRE, G. *Sobrados e mucambos*. Decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano. Recife: Fundação Gilberto Freyre; Global Editora, 2003.
- FREYRE, G. *Casa-grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. 49ª Ed. São Paulo: Global, 2004.
- MORHAN. *Jornal do Morhan*. Rio de Janeiro, n. 23, 1995.
- MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2004.
- MAQUIAVEL, N. *O Príncipe* [tradução Maria Júlia Goldwasser]. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- MENA, F. *Folha de São Paulo*, coluna. 17/04/2017. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/04/1876122-projeto-resgata-a-historia-de-colonia-para-portadores-de-hanseníase-no-rs.shtml>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

MUNANGA, K. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SANTOS, N. M. G. dos. *Retrato do perfil acadêmico dos alunos oriundos de ações afirmativas da UERJ Vestibular 2003 – 1º semestre*. Rio de Janeiro: UERJ/Comissão Própria de Avaliação, 2006.

SOUZA, N. S. *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Graal, 1983 (Tendências, v. 4).

TOCQUEVILLE, A. *A Democracia na América*. 3. Ed. São Paulo: Itália, 1987.

VIEIRA, M. L. *Do controle ao participATIVO: engajamento público e informação em hanseníase como caminhos para o novo civismo*. Tese (Doutorado) - Instituto de Informação Comunicação e Inovação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

VIEIRA, M. L. *Os rumos da cidadania das pessoas atingidas pela hanseníase: o papel do Morhan no contexto da Constituição de 1988*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2009.

O contato com saberes e práticas em saúde na floresta amazônica: a narrativa dos estudantes nas experiências de Internato Rural

Rodrigo Silveira
Roseni Pinheiro

Fazendo um pequeno balanço dos 30 anos de SUS no contexto da Amazônia, permanecem ainda grandes desafios, que contêm em si a lógica territorial própria da região, com grandes distâncias geográficas, dificuldades de acesso, isolamento, diversidade populacional e desigualdades sociais. Além disso, é importante ressaltar as dificuldades de diálogo entre a medicina ocidental (biomedicina) e as concepções e práticas locais, também chamadas de *medicina tradicional* (Buchilett, 1991a), sendo um objeto que assume centralidade neste trabalho. Não obstante, é preciso salientar que a capilaridade que o SUS alcançou após a expansão da Estratégia Saúde da Família, aproximando as ações de saúde do cotidiano de vida da população, vem possibilitando a emergência de experiências inovadoras que favorecem a ocorrência desse diálogo entre culturas.

Avanços também têm sido observados na formação de profissionais, com a implantação de estágios do interior dos estados, que na medicina tem sido denominados de Internato Rural. Silveira e Pinheiro (2017) fizeram um resgate histórico sobre as experiências de Internato Rural na Amazônia, demonstrando que essa estratégia tem sido implantada em praticamente todos os cursos de medicina da região, com diferenças em sua magnitude e nos desafios encontrados dentro das instituições e nos estados da região.

Um dos aspectos mais importantes dessa experiência de formação é o diálogo entre culturas, pois o contexto de vida do interior da região é completamente diferente das capitais, sobretudo pelo contato com a

população que vive nas regiões ribeirinhas e na Floresta Amazônica. Desta característica emergem concepções e práticas próprias que historicamente fizeram parte do processo de experiência de adoecimento, autocuidado e busca por ajuda em situações de sofrimento que acontecem no interior da floresta. O contato dos alunos de medicina com esse contexto pode representar um diferencial em seu itinerário formativo, com a possibilidade de maior sensibilidade e respeito com os saberes e práticas que fogem à perspectiva biomédica, hegemônica no cenário tradicional de formação.

Este texto tem como objetivo analisar a vivência do diálogo entre culturas nas experiências de Internato Rural na Amazônia, a partir da visão dos estudantes que estão nos pequenos municípios vivendo essa experiência de contato com a população das pequenas cidades da Amazônia. É dividido em duas partes, a primeira com aspectos teóricos sobre o diálogo entre culturas e o segundo com a análise do material coletado no campo de estudo.

A pesquisa de base foi realizada para a construção da tese de doutoramento intitulada “Itinerários formativos do Internato Rural na Amazônia: experiências nas fronteiras de Mundo, Saberes e Práticas e Responsabilidade”, e os aspectos metodológicos detalhados podem ser obtidos a partir da leitura da mesma (Silveira, 2014). Para a compreensão do que foi desenvolvido nesse texto, vale a pena destacar que se trata de pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica sobre as experiências de Internato Rural de duas Universidades Estaduais da Amazônia – Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e Universidade Estadual do Pará (UEPA – *campus* Santarém). Foram realizadas entrevistas e grupos focais com estudantes e professores que atuam nessas experiências. As entrevistas com os alunos foram realizadas no próprio contexto das experiências, com visitas aos pequenos municípios onde ocorre o Internato Rural dessas instituições, sendo feita também a observação das práticas realizadas pelos estudantes. As análises consideraram os referenciais utilizados na tese de doutorado, nos campos da Filosofia Política com os estudos de Hannah Arendt e de autores do campo das Ciências Sociais, inclusive da antropologia médica. Importante frisar que o estudo seguiu os princípios da ética em pesquisa, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Acre. Nos fragmentos

das narrativas incluídos no texto foram utilizados nomes fictícios, no sentido de preservar a identidade dos sujeitos.

O diálogo entre culturas médicas na Amazônia

Uma das características mais interessantes da Amazônia, e talvez ainda pouco abordada ou aproveitada pelo poder público, é a diversidade e os encontros entre culturas no campo da saúde, que tornam a região um imenso espaço público de diálogo em torno dos saberes e práticas de cuidado. Pensando nos itinerários formativos dos estudantes de Medicina e nas manifestações de poder na área, reunimos, para efeito deste trabalho, em dois campos principais as práticas realizadas: a medicina ocidental, ou biomedicina, e a medicina tradicional, que abrange um conjunto heterogêneo de práticas populares realizadas na Amazônia.

Em sua análise sobre a profissão, Madel Luz ressalta o caráter uniformizador do modelo biomédico, muitas vezes levando à negação de outras racionalidades e deixando em segundo plano o caráter relacional da prática médica (Luz, 2004). Entende-se por modelo biomédico a expressão institucional e política da biomedicina, que se caracteriza por um conjunto articulado de concepções e práticas que tem na categoria “doença” seu principal objeto (Camargo Jr, 1997). Sua ascendência na produção do conhecimento médico tem forte expressão na constituição de uma base socioeconômica e política para geração de uma cadeia produtiva, influenciando os processos formativos e se constituindo como a cultura médica hegemônica.

Camargo Jr (1997) caracterizou a racionalidade biomédica como a medicina do corpo, das doenças e das lesões. Essa virada epistemológica resultou em importantes transformações na prática e no ensino da Medicina, inicialmente na constituição dos hospitais como locais da pesquisa, da descrição das doenças e do ensino sobre as mesmas. A saúde passou a ser entendida como ausência de doenças, acentuando o dualismo entre o normal e o patológico. Além disso, todas as manifestações que não pudessem ser explicadas objetivamente foram relegadas, na negação de tudo o que não pode ser explicado cientificamente.

Buchilett (1991b), em análise da relação entre a biomedicina e a medicina tradicional, chama a atenção para a descontinuidade radical entre as duas racionalidades, assentada nas diferenças entre as perspectivas “empírico-racional” e “mágico-religiosa” que as caracterizariam, respectivamente. A autora ressalta que, embora essa dicotomia oriente o pensamento de médicos e outros profissionais de saúde em relação à medicina tradicional, ela não corresponde estritamente às formas de apreensão das relações entre saúde e doença no cotidiano daquela população. Existem evidências de que certas representações e práticas constituem um embrião de uma racionalidade científica, que poderiam ser mais bem aproveitadas, tais como os saberes botânicos e a farmacopeia indígena.

Alguns autores que atuam no campo da saúde indígena (Follér, 2004; Langdon, 2004) têm trabalhado com o conceito de *intermedicalidade*, que seria a zona de contato onde ocorre os processos de troca e diálogo que, marcados pela assimetria de poder existente entre a biomedicina e outras racionalidades, acabam por produzir práticas híbridas com influência do pensamento científico moderno. O termo é utilizado na perspectiva das relações de colonização, onde “o poder colonizador detém o direito preferencial de interpretação, e o direito de decidir qual conhecimento deve ser valorizado” (Fóller, 2004, p. 134). A zona de contato vista sob o prisma da intermedicalidade não considera uma dicotomia entre a biomedicina e medicina tradicional no diálogo entre as culturas, mas admite um encontro marcado pela expressão de poder, resistência e fusão de conhecimento nos discursos e nas atitudes dos atores envolvidos.

Com base no pensamento de Camargo Jr (1997), a biomedicina, enquanto racionalidade, pode ser delineada em três proposições: a) o caráter mecanicista, sendo o universo uma gigantesca máquina subordinada a uma relação de causalidade linear entre seus mecanismos; b) o caráter analítico, com elucidação do todo (no caso a máquina), através do isolamento das partes, sendo o funcionamento do todo igual a soma das partes; e c) o caráter generalizante, dirigindo-se à produção de discursos com *validade universal*, propondo modelos e leis de aplicação geral.

No caso em questão, a biomedicina e sua reprodução através das escolas médicas tendem à uniformização de seus princípios para todas as culturas, limitando a manifestação de outras racionalidades com expressões culturais locais e as possibilidades de diálogo com as mesmas. Atualmente, a cultura ocidental tem na biomedicina a verdade sobre a prática médica, sendo muito pequena a expressão de outras práticas, chamadas genericamente de *medicinas alternativas e complementares*. No contexto da Amazônia, as concepções e práticas da medicina tradicional estão presentes nos itinerários terapêuticos²⁶ das pessoas, principalmente na região ribeirinha, onde as dificuldades geográficas e a forte expressão cultural condicionam os processos de busca por cuidado e as práticas de cura (Buchillett, 1991b). As representações sobre a doença são expressas nas experiências de adoecimento locais, com concepções próprias sobre saúde e doença, e as práticas de cura são realizadas sobretudo através da utilização de plantas medicinais e da realização de rituais, como as rezas e o xamanismo.

No campo das concepções sobre saúde e doença, cabe marcar algumas distinções com a biomedicina. Nessa perspectiva, Buchillett (1991b, p. 25) afirma que nas sociedades não ocidentais a doença não é pensada isolada da pessoa, em sua singularidade pessoal e social, e fora de seu contexto. Desta forma...

[...] não somente as conjunturas específicas (pessoais, históricas, etc.) que presidem a aparição de uma doença, como também as representações do mundo natural e das forças que o regem, as representações da pessoa e, por fim, as modalidades de relação entre mundo humano, mundo natural e mundo

26 O termo *itinerários terapêuticos* foi utilizado no livro de Maria Andréa Loyola (1984) não apenas para designar as trajetórias assistenciais, mas caracterizando os encontros e desencontros da busca por cuidado, levando em consideração as concepções e práticas tradicionais e os processos de escolha das pessoas nesse processo. Essa concepção foi utilizada em pesquisas e publicações relativamente recentes do grupo multicêntrico do Lappis (Gerhardt et al., 2016).

sobrenatural. Toda interpretação de doença é, assim, imediatamente inscrita na totalidade de seu quadro sociocultural de referência.

A ocorrência de uma doença normalmente suscita perguntas, como: “por que eu?”, “por que agora?”, “como?”, “que ou quem?” (Buchillett, 1991b). A biomedicina se ocupa principalmente com as duas últimas perguntas, deixando à margem as explicações que fogem a sua governabilidade. O problema é que o sofrimento transcende a capacidade de resposta centrada na doença, própria da biomedicina.

Na Amazônia, a medicina tradicional praticada por rezadeiras, curandeiros e pajés abrange também questões relativas à experiência de adoecimento e aos tipos de explicação anteriormente citadas, do “por que eu?” e “por que agora?”, tendo a possibilidade de dar respostas diferenciadas àquela população. Segundo Buchillett (1991b), na Amazônia predomina um tipo de representação sobre causalidade que qualifica de “personalística”, referindo-se à atribuição da doença a agentes exteriores humanos e não humanos (feitiçaria, espíritos, fantasmas, divindades etc.) e contrapondo-se às causas naturalísticas (frio, calor, humores etc...) próprias das sociedades orientais. As causas costumam estar descoladas dos sintomas e, nessa concepção, são mais importantes que os processos patológicos. A ocorrência da doença pode estar relacionada também a comportamentos socialmente desviantes ou à infração de regras culturais.

Nas sociedades tradicionais, como nas populações ribeirinhas da Amazônia, de fato há esse ecletismo na busca pela cura, incluindo, é claro, práticas próprias da biomedicina, que em grande medida são utilizadas dentro de padrões culturais próprios. As populações indígenas, por exemplo, costumam utilizar medicamentos seguindo suas concepções sobre as substâncias de poder curativo, inclusive incorporando-os em rituais xamânicos, o que revela uma postura ativa na relação com outras culturas (Pérez-Gil, 2007). De certa forma, a biomedicina também incorpora à sua lógica outros tipos de prática, como a leitura das plantas medicinais pelo aspecto farmacêutico, cujos efeitos se devem unicamente às propriedades bioquímicas. Porém, segundo Pérez-Gil (2007, p. 50),

ela “se recusa a permitir que as fronteiras entre ela e outros sistemas se façam fluidas”.

As práticas da medicina tradicional de maior notoriedade na Amazônia são o uso das plantas medicinais e o xamanismo, bem com a atuação de rezadeiras, curandeiros e parteiras tradicionais. Os rituais muitas vezes são semelhantes, como a mediação por um artefato (objeto ou planta), as rezas e danças e a defumação. Muitos desses rituais derivaram das práticas de cura indígenas, chamadas genericamente de “pajelança”.

Em geral, o uso de plantas medicinais é bastante difundido na Amazônia e, segundo Santos (2000, p. 926), representa um “ponto de encontro entre permanências e rupturas culturais”, pois além de estar presente nas populações tradicionais, esse hábito se manteve e se modificou com as trocas interétnicas e com práticas advindas da medicina popular europeia no processo de colonização brasileira, assim como de hábitos de tradições africanas trazidas com a migração nordestina.

Segundo Santos (2000), a utilização atual das plantas medicinais tem na noção de “remédio” uma questão central de sua prática. E um remédio pode não ser feito apenas de uma parte de uma planta, mas por vezes há uma mistura de plantas (“lambedores”), ou inclusão de outros elementos do cotidiano, como penas de animais, pedras e até combustíveis. Para o autor, o processo de construção dessa tradição, como apresentada atualmente, é fruto de saberes oriundos de diferentes culturas, num sincretismo que inclui as práticas ancestrais e que não uniformizam os métodos de cura. “Quando os grupos inventam ou reinventam uma tradição, estão estabelecendo uma relação concreta de continuidade em relação a algum dado concreto de seu cotidiano” (Santos, 2000, p. 929). Embora reconheça a existência de espaços de troca, o autor expressa sua preocupação com a valorização da biomedicina entre os mais jovens, em detrimento dos saberes tradicionais. Isso não porque a cultura médica ocidental não deva ser valorizada, mas pelo risco de se perderem saberes e práticas ancestrais, já que as mesmas têm na oralidade e na confiança em sua eficácia seu modo de transmissão de geração para geração.

Os saberes e práticas no espaço público da Amazônia

Esse contato mais intenso com a medicina tradicional durante o Internato Rural traz uma série de questionamentos que envolvem aspectos da medicina ocidental, da cultura popular, e aspectos das relações das culturas, que têm a ver com a maneira de lidar com esses encontros e desencontros dos saberes e práticas. A intenção é explorar mais ainda essa fronteira de diálogo, que é um dos pontos centrais de aprendizagem integral dos estudantes no Internato Rural e pode conduzir a um processo de reflexão sobre as próprias práticas como médicos, deslocando ideias previamente sedimentadas e favorecendo a emergência do novo na formação médica.

Inseridos naquele contexto, os estudantes entram em contato direto com esses modos de cuidado e produção de saúde locais, que foram construídos numa espécie de sincretismo cultural que se constituiu ao longo do tempo, e que ainda é bem marcado nas crenças e costumes daquela população. O estudante chega com uma base biomédica de cinco anos e interage diretamente com a lógica de pensamento das pessoas da localidade, seus pacientes e colegas de equipe. Esse diálogo entre culturas ocorre no espaço público da medicina no interior da Amazônia, representando uma forma de agir político que reafirma a noção de pluralidade.

As narrativas dos sujeitos da pesquisa foram bem ricas nesse aspecto, merecendo figurar em número mais expressivo nesta síntese, o que pode dar uma ideia mais aproximada da pluralidade desse coletivo (estudantes e professores) nas concepções e pensamentos sobre a questão em análise. Só para termos uma ideia, foram utilizados mais de trinta verbos, simples e compostos, para designar atitudes no diálogo entre culturas. O verbo já é um artifício linguístico que denota ação. E sua utilização em tantas formas pode indicar uma diversidade de maneiras de pensar e agir, mesmo quando estão reunidos em uma só linha de pensamento. A grande maioria seguiu uma linha mais conciliativa, em que apareceram verbos como: *unir, conciliar, auxiliar, complementar, adequar, aliar, estar junto, aprender, fazer parte da equipe, contribuir, acrescentar, associar, ambientar-se,*

trocar, englobar, aproximar, casar, agregar, associar, somar, andar em paralelo, adicionar. Alguns deles estão marcados em negrito nos fragmentos que se seguem.

A ideia mais presente entre os estudantes entrevistados foi de evitar “bater de frente”, não menosprezar ou não diminuir o saber popular e não impor seu pensamento em detrimento do outro, evitando criar uma hierarquia de conhecimentos nas relações com os pacientes. Vários são os argumentos que eles colocam para agir assim, sendo que cada agrupamento de fragmentos abaixo aponta aspectos que se complementam.

Então eu nunca tento menosprezar o conhecimento. Eu sempre tento puxar pra mim, ver o que é. Entender da erva, da folha, da casca, a garrafada, como é que toma, se faz bem... Toma junto com o remédio ou sem o remédio... Perguntar se melhorou ou não... Então eu sempre tento entender. É muito difícil pra mim que nunca vi essa parte. Eu sempre tento entender essa sabedoria popular. E sempre tentar **conciliar** com a medicina que eu aprendi, nunca menosprezar, entendeu? (João).

No fragmento acima, o interno aponta a busca de um sentido (“tentar entender”) para essas práticas. Dessa forma, ele dá importância a um exercício do *pensar sobre*, para dar um significado a um processo que talvez ele não entenda, por não fazer nexos com a lógica em que ele aprendeu, que muitas vezes segue um modo mais linear de associação entre fenômenos (tipo: uma doença - uma causa), típico do olhar biomédico. Nessa linha de raciocínio, o “puxar para si” pode significar uma tentativa de aprender algo da lógica da cultura popular visando compreender como as pessoas pensam o processo de adoecimento e cura. Mas pode também representar a tentativa de traduzir sua prática para a lógica biomédica, pois “o puxar para a minha realidade” pode ser entendido como “dar significado na minha lógica de pensamento”, “da medicina que eu aprendi”.

Aqui se manifesta no processo de análise das narrativas a ideia de intermedicalidade trabalhada anteriormente e aparece mais claramente

em seguida, pois existem nesse processo relações onde a questão do poder está presente, quer queiramos ou não. Considerando a ideia de intermedicalidade, existe uma dificuldade muito grande em não hierarquizar os conhecimentos, pois o poder da perspectiva biomédica na sociedade é fator determinante nas relações, estando presente mesmo que não intencionalmente nas concepções e na forma de se relacionar com a medicina tradicional.

Nesse ponto é importante a mediação do professor para que seja explicitada a possibilidade de lógicas diferentes de pensamento, e para auxiliar o estudante a não simplesmente reproduzir a lógica uniformizante, mas reconhecer a pluralidade e tentar realmente entender a lógica de utilização dessas práticas. Dessa forma, poderão exercitar o pensamento reflexivo, procurando olhar além do óbvio, buscando não as verdades, mas os significados das coisas (Arendt, 1995; Papadimos, 2009).

Independentemente das possibilidades acima o interno faz, em sua narrativa, um exercício de aproximação que não é somente de justaposição (como em outros abaixo), mas de integração de concepções, e tendo a melhora do paciente no centro desse processo. Num contexto onde a noção de intermedicalidade se coloca na relação entre as concepções e práticas, não é uma tarefa fácil identificar essas manifestações em seus próprios discursos e ações. Colocar a pessoa no centro parece ser um bom ponto de partida.

Seguindo a linha conciliativa do diálogo, um argumento que aparece nas narrativas é o do tempo em que realizam suas práticas e da transmissão dos saberes ao longo das gerações. Como vimos nas páginas anteriores, essa característica é identificada pelos internos. Então eles se perguntam: como posso eu, que estou no início de minha caminhada, “ir contra” uma prática utilizada por gerações de familiares daquelas pessoas?

Então eu acho que a gente tem que respeitar a cultura das pessoas ao mesmo tempo em que você não é chegar lá e impor: “Você tem que tomar esse medicamento e deixe a sua cultura de lado”. Porque antes de nós chegarmos lá e dizer que eles estão errados eles já vinham fazendo uso daquilo ali há um bom tempo e sendo que eles não dispunham de uma medicina tradicional, né? Então a

gente tem que **respeitar** e tentar **agregar, associar** um ao outro (Francisco).

Acima o interno se refere à dificuldade de acesso aos serviços de saúde da população do interior, como um dos fatos históricos que levaram à ênfase nas práticas populares naquelas localidades, assim como o fragmento abaixo.

Então aquela população desassistida acaba regredindo... E começam até a utilizar esses produtos lá que é utilizado com continuidade. Alguns às vezes acabam sendo enganados, né? Porque não existe um medicamento que cure um monte de doença ao mesmo tempo (Diogo).

Embora a questão da dificuldade de acesso e desenvolvimento de modos próprios de cuidado esteja realmente presente, existindo inclusive práticas utilitárias nesse meio (ex: “marreteiros” que sobem os rios levando produtos da cidade), a realização dessas práticas não segue obrigatoriamente essa relação entre demanda e oferta. Mesmo onde temos a medicina alopática bem desenvolvida, as pessoas procuram outros tipos de práticas ou relações de cuidado, o que chama a atenção também para as limitações da biomedicina em dar respostas aos problemas cotidianos da população (Luz, 2004).

Para alguns estudantes, principalmente os do interior, essas práticas fazem parte de seu mundo. Essa perspectiva se manifesta no fragmento abaixo, em que o interno adverte que uma atitude autoritária pode afastar ou prejudicar de alguma maneira a relação médico-paciente.

[...] não tem como, é uma questão cultural. Eu fui criado assim desse jeito também. Meus pais até hoje fazem esse tipo de tratamento e, realmente, é só tentar **auxiliar**, né? Às vezes a gente tenta dar uma alternada. Toma chá... tem gente que toma muito chá... “Não, vamos tentar. Toma dia sim, dia não. A senhora alterna com esse remédio, que a gente precisa pra **complementar**. Você vai ver que você vai ficar melhor.” Então a gente está realmente tentando **adequar**, porque se for mandar tirar ele já cortou o link profissional-usuário. (Angenor).

Alguns outros internos defendem a concomitância de ações, não só para sinergia das ações terapêuticas, mas para criar um clima de confiança mútua e fortalecer o vínculo com o paciente e com a comunidade. Aceitar, compreender a lógica de utilização e estar aberto ao aprendizado pode trazer a relação para um patamar de confiança que intensifica a relação médico-paciente. Stewart e Brown (2010) colocam que a confiança talvez esteja no cerne de um relacionamento atencioso, e em geral implica alguma transferência de poder. Ao privilegiar o vínculo e a confiança, o estudante se dispõe a “abrir mão” da perspectiva biomédica estrita e busca o diálogo entre culturas.

[...] por exemplo: uma criança que estava com tosse e com secreção, fazia a medicação em xarope e antitérmico se tivesse febre... Mas também fazia a receita da medicação fitoterápica, da medicação caseira, que acho que muitas vezes seria até uma forma do paciente ter confiança. Criar um vínculo nessa questão de identificação do profissional com o paciente e com a comunidade ribeirinha... com aquela situação que muitas vezes é influenciada... essa questão da medicação caseira. (Ciro).

A importância desse “andar em paralelo” dos diferentes saberes e práticas também é enfatizada pelo interno no fragmento que se segue, ressaltando que há problemas que são mais bem enfrentados com a ênfase em um tipo de abordagem, e outros que respondem melhor a outra maneira de conduzir. Alguns índios, inclusive, têm uma divisão clara entre a utilização da medicina alopática e o xamanismo e uso de ervas, respectivamente, para a “doença de branco” e a “doença de índio” (Gallois, 1991).

Na minha opinião eu acho que isso é bem particular de cada um, mas na minha opinião a medicina alternativa não deve ir na contramão da medicina contemporânea, ela deve **andar paralelo**. Porque tem coisas que realmente funcionam, tem coisas que a gente não consegue alcançar, resultados que a gente não consegue alcançar com medicina padrão, que a alternativa consegue. O que cabe a gente é pesar. (Francisco).

Outro argumento utilizado pelos internos foi a questão da fé, da crença dos pacientes nas práticas que eles usam há séculos, e que pode influenciar em seu processo de melhora ou cura. Na narrativa, a interna concorda com a importância de conciliar as duas abordagens se essas práticas não representarem algum risco.

Eu quando estou abordando uma paciente que chega e eu observo que ela está fazendo remédio caseiro, é uma forma de ela acreditar que aquilo vai melhorar. Eu penso que a gente não deve interferir naquilo se perceber que aquilo não vai alterar o curso da doença para pior, se aquilo não vai alterar. Então você só **acrescenta**. Acrescenta a sua abordagem médica e fala para ela: “Tudo bem, a senhora pode continuar fazendo isso, pode continuar tomando o seu chá de capim santo, isso e aquilo, e a senhora acrescenta só mais isso para complementar.” (Marisa).

O reconhecimento de efeitos simbólicos nas práticas em saúde representa uma ampliação do olhar e pode ter repercussões nas atitudes e no autoconhecimento do profissional. É o que o interno chama de “saber entender o que você tá fazendo”, que seria “tão importante como escolher a medicação certa”.

Nos trechos abaixo, o interno preza a troca de ideias e informações, numa relação dialógica que pode se estabelecer com o paciente nas consultas. No fragmento, o interno reflete sobre seu aprendizado no Internato Rural, sentindo que pode estar adquirindo habilidades importantes que possibilitam esse diálogo.

[...] eu venho adquirindo assim... primeiro de ouvir mais o paciente, e também de entender, acatar muitas das ideias que eles têm, **englobar** a cultura deles, pra depois de uma maneira geral entrar em um acordo pra gente fazer um tratamento mais adequado pra ele. Dizer: “Olha, faz a medicação, mas também tenta fazer esse chá aqui.”. Entendeu? É uma maneira que a gente tem de ganhar experiência com o que a gente vem aprendendo com a comunidade. (Antônio).

Alguns internos, ainda que manifestem a intenção de diálogo, o fazem mais claramente entendendo a cultura popular pela ótica da biomedicina e trazendo para seus meios de validação e da produção de verdades. Nestes fica mais evidente a manifestação de poder intrínseca ao conceito de *intermedicalidade* no encontro entre culturas (Langdon, 2004). A relação assimétrica entre as racionalidades médicas científica e popular faz com que haja discursos ambíguos nas narrativas, que ao mesmo tempo valorizam a utilização de plantas medicinais e outras práticas, e tentam compreendê-las pela lógica da biomedicina:

É um exercício diário do que a gente tem como desconhecimento... Que foi adquirido pelo método científico, que é validado cientificamente, por nível de evidências, e daquilo que ainda não tem... Então não dá, assim, por exemplo... Pelo conhecimento científico eu não posso indicar que a pessoa deva ir para casa e fazer um chá de tal coisa, apesar de que eu também acredito que aquele chá vai funcionar, eu não sei os efeitos hepáticos, se é metabolizado no fígado, se é metabolizado pelo rim, os efeitos tóxicos, a dose tóxica, a dose terapêutica daquilo. E eu sei, pelo conhecimento científico hoje, que não é só colocar 3 ou 4 folhas de uma determinada planta ali, botar pra ferver e tomar. Eu sei que tem uma quantidade, se for uma substância que vai ser utilizada como antibiótico, eu sei que ela tem que ter uma concentração inibitória mínima pra poder ela ser efetiva. Eu sei que acima de determinado limiar ela pode ser: ou nefrotóxica, ou hepatotóxica. Eu tenho esse conhecimento... Então existe sim dentro de mim um conflito entre o conhecimento popular e o conhecimento científico. Por isso que eu digo que é uma experiência diária disso. Então eu tenho que aproximar cada vez mais e me da cada vez mais essa vontade de na verdade validar aquele conhecimento popular, de colocar esse conhecimento popular de uma forma mais segura, cientificamente estudada, comprovada, e mais segura pra pessoas utilizarem. (Noel).

No fragmento acima, o interno faz uma reflexão que explicita o modo tradicional do pensamento científico aplicado ao uso de plantas medicinais. Com riquezas de detalhes, o interno consegue deixar claro como é o processo de validação dessa prática pela ciência atualmente. Termos como “concentração inibitória mínima” e “hepato ou nefrotóxico” são revestidos de um significado próprio que só compreende quem é do meio científico, e de certa forma eles também o protegem, conservando esse meio apenas para quem o domina. A pergunta que fica é: será que esse pensamento pode ser aplicado ao uso de plantas medicinais ou outras práticas da cultura popular? Em alguns casos até pode ser, mas como outras falas anteriores sinalizam, a lógica de utilização dessas práticas talvez não tenha em uma substância, ou em sua concentração, seu mais alto potencial. Além da sua atuação no metabolismo corporal, outros aspectos como os rituais, o preparo e a maneira própria de administrar, além da fé numa prática que passou de geração em geração, parecem ser revestidos de valores que a ciência só recentemente passou a abrir os olhos.

Embora grande parte dos entrevistados tenha uma afinidade por uma linha mais conciliadora sobre esse diálogo, alguns apontaram questões também importantes que podem dificultar essa interação de saberes e práticas. Eles dizem que “às vezes é complicado” e utilizam palavras que representam mais um choque de culturas do que um diálogo. O curioso é que utilizam mais substantivos, mas que podem se traduzir em ações quando transformados em verbo. São *conflitos, embates, lutas e brigas*, que *atrapalham, rompem e manipulam...*

Pelas narrativas, essa reação supostamente negativa não parece estar propriamente na descrença ou no ceticismo mediante outras práticas que não a da biomedicina. Ela parece advir de um conflito interno que ocorre pela noção da gravidade dos problemas, da possibilidade de complicações e da necessidade de ter controle absoluto de suas práticas, visando à segurança de seus atos.

O estudante, por ter noção da gravidade dos problemas de saúde, pode achar que é necessário encaminhar tal paciente ou utilizar algum medicamento alopático específico frente a determinada situação,

entretanto, por vezes é complicada essa entrada de um elemento de fora (o interno, ou até o médico...), principalmente em se tratando de população indígena, como no exemplo colocado abaixo pela interna...

[...] sendo que quando alguma criança fica doente... alguma pessoa fica doente, tem que passar primeiro pelo Pajé. E se vocês estiverem lá tem que respeitar ele levar primeiro para o Pajé. E se você vê que a criança já está quase para morrer? E se ela perder mais tempo lá com o pajé ela pode ir a óbito? E ela falou que é complicado, é uma coisa a que é complicado mesmo intervir na cultura dos índios. (Marisa).

Nota-se a importância do respeito, mas o que expressam como “complicado” é o limite em que pode haver a necessidade de uma intervenção alopática. É para intervir? Quando intervir? É para desmistificar? Até que ponto? Notam-se aí questionamentos que devem estar presentes no pensamento dos internos, fazendo parte desse conflito que aflora no contato direto durante o Internato Rural.

Alguns fragmentos mostram uma relação mais conflituosa com as diferentes concepções, com certa dificuldade em aceitar posições que não sejam as estabelecidas pela ciência biomédica.

Em relação a saúde foi isso, esse choque... Que eu não gosto de chá, eu não gosto. Isso eu não incentivo. Assim, se a pessoa vir me falar, eu não vou contra ela, mas assim, eu não vou falar “ah, continua tomando que faz bem, e não toma a medicação”. Pessoalmente, eu sou contra. (Clara).

Apesar de a abertura ou não para outras perspectivas diferentes da biomedicina já ser uma concepção formada antes mesmo da faculdade, ela pode ser marcadamente influenciada no decorrer desta, podendo reforçar o pensamento anterior, ou trazer novos elementos. O Internato Rural parece favorecer um alargamento de pensamento sobre a medicina.

Considerações finais

Esse contato com medicina tradicional e o diálogo entre os saberes e práticas talvez seja um dos fatos mais ricos e marcantes do Internato Rural da Amazônia. Não que seja exclusivo da região, mas a diferença entre os contextos de realidade cotidiana, de acesso ao sistema de saúde e da diversidade de concepções e práticas torna a experiência única, com uma grande potencialidade nas relações de ensino e aprendizagem. A influência indígena na constituição histórica da população, a distância dos grandes centros e a miscigenação de povos na formação um mosaico cultural com uma identidade própria, ainda relativamente desconhecida (ou ignorada) pela medicina hegemônica, faz com que esse diálogo seja necessário ainda no âmbito de graduação.

A vivência dos estudantes com essa prática ao longo do Internato Rural pode ser capaz de suscitar o pensamento reflexivo sobre o que representa as práticas da medicina tradicional para as pessoas que lá habitam; da mesma forma, o que representa a biomedicina para a cultura médica. Esse diálogo de culturas na experiência dos estudantes se mostrou impregnado com esse movimento que em momentos chega à conciliação, e em outros à ruptura. Rozemberg (2007) afirma que existem novas configurações decorrentes de um processo de abertura da comunidade científica que podem favorecer o diálogo, mas que ainda são insuficientes para falar em integração. O desafio é que se “mudem os refletores de lugar” numa possível nova forma de iluminar a realidade.

A oportunidade de o estudante passar por esse dilema naquele contexto, ainda antes de se tornar médico, representa um momento único para o debate sobre esse conflito que eles vivem. Como nos ensina Arendt (2009), em seus escritos sobre educação, a responsabilidade que temos com o mundo em que vivemos é a manifestada na responsabilidade que temos com a educação dos mais jovens como professores. Não podemos nos eximir de problematizar essas questões cruciais do mundo em que vivemos, na formação de profissionais que vão lidar com esse mundo. Se somos responsáveis com o mundo, temos a obrigação de apresentar e debater as questões principais que o constituem. Para a medicina, o

diálogo entre culturas é uma delas, não somente para o interior, mas para todos os momentos e todos os cenários de seu exercício.

Referências

- ARENDDT, H. *A vida do espírito*. 3.ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- _____. *Entre o passado e o futuro*. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- BUCHILETT, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILETT, D. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991b, p. 21-44.
- _____. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991a.
- CAMARGO JR, K. R. A Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n.1: p. 45-68, 1997.
- FOLLÉR, M. L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ContraCapa Livraria, 2004. p. 129-147.
- GALLOIS, D. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etológico indígena? In: BUCHILETT, D. *Medicinas tradicionais e Medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991, p. 175-205.
- GERHARDT, T. E. et al. (Org.). *Itinerário terapêutico: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2016.
- LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2004. p. 33-51.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- PAPADIMOS, T. J. Reflective thinking and medical students: some thoughtful distillations regarding John Dewey and Hannah Arendt. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. v. 4, n. 1, p. 5-14, 2009.
- PÉREZ-GIL, L. Políticas de Saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.
- PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Elementos teóricos e metodológicos da pesquisa multicêntrica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2009. p. 15-25
- ROZEMBERG, B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, supl. 1, p. S97-S105, 2007.

SANTOS, F. S. D. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. *Histórias, Ciências, Saúde*, v. IV, supl., 2000.

SILVEIRA, R. P. *Itinerários formativos do Internato Rural na Amazônia: experiências nas fronteiras de Mundo, Saberes e Práticas e Responsabilidade*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Internato rural na Amazônia: aspectos históricos, contexto atual e principais desafios. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, abr.-jun. 2017, p.371-390.

STEWART, M.; BROWN, J. B. O Quinto Componente: Intensificando o Relacionamento entre pessoa e médico In: STEWART, M. et al. (Org.). *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 135-149.

De medos, mortos e brancos: cosmopolíticas de “saúde” entre os Ayoreo (Chaco Paraguai)

Leif Grünewald

Introdução

Há certas espécies de convites que acabam por nos demandar algo. O que tenho diante de mim me demanda algo que faço apenas com algum desajeito: escrever.

Bem, a questão que me preocupava inicialmente era a de que eu não estava convencido de que tivesse algo sobre o que escrever. Algum tempo depois, acabei por perceber que realmente não poderia escrever *sobre* nada. Isso porque se eu podia, claro, escrever, poderia fazê-lo apenas (e curiosamente) *desde* alguma coisa. E nesse caso, por felicidade, ou por desgraça, desde *duas* coisas.

Desde a lembrança de que em seminários, como Gilvan Fogel (1997) disse certa vez na UFRJ por ocasião de um seminário sobre Heráclito, o mais importante era *lançar sementes*. E *desde* minha própria experiência com os Ayoreo, um povo Zamuco que habita tradicionalmente a porção centro-norte do Paraguai e extremo sul da Bolívia, mas que habita também a região do alto rio Paraguay, na zona de fronteira com o Mato Grosso do Sul, com quem trabalho desde agosto de 2012. Assim, a solução que me ocorreu foi lançar algumas das sementes que colhi há alguns meses por ocasião da elaboração de um relatório de pós-doutorado sobre a noção de *doença*, tal como mobilizada pelo pensamento de algumas das pessoas desse povo. Esperando que as “sementes” que tenho para “lançar” através de minha intervenção não estejam mortas, quero lhes contar que minha pretensão não excede lhes trazer um conjunto de

interrogações juntadas a uma cartografia dos efeitos que o acesso dos Ayoreo ao pequeno hospital da cidade Brasileira de Porto Murtinho tem provocado há algum tempo no "mundo vivido" (Munn, 1976; Gow, 2001) das pessoas desse povo.

Mas isso não é tudo que penso que deva lhes dizer antecipadamente. Devo confessar também que o espírito que subjaz minha intervenção não é realmente o de propor soluções para um elenco de problemas, buscando fomentar a criação de políticas para assegurar e continuar a promover o acesso dos Ayoreo aos serviços de saúde no Brasil e no Paraguai.

Apesar de reconhecer a enorme importância disso, não quero deixar de assumir minha ligeira incapacidade em formular satisfatoriamente um tipo de intervenção para um problema como tal. Ademais, não penso ser justo também deixar de apontar para o leitor e a leitora que minha (des)pretensão principal é apenas a de olhar um pouco para um tipo de "imagem de pensamento" que tem, para mim, a feição de uma espécie de enorme "quebra-cabeça" repleto de partes ontologicamente distintas, torções e deslizamentos conceituais, mobilizadas por alguns homens e mulheres Ayoreo ao reflexionarem sobre o estatuto de diferentes espécies de brancos e das ações dos médicos, dos enfermeiros, o dos próprios locais onde esses profissionais atuam. Penso que mesmo me encontre menos apto a pensar e conceber satisfatoriamente "políticas de saúde" *para* os Ayoreo, que a esboçar alguns contornos do desenho de uma espécie de política cósmica mobilizada pelas pessoas desse povo – que subjaz, segundo meu entendimento, essa imagem de seu pensamento sobre os espaços que nós convencionalmente reconhecemos como espaços e agentes de produção de saúde.

E ainda que eu não pretenda me deter, por exemplo, nem sobre o xamanismo Ayoreo e nem sobre as redes de relações sociocósmicas que se constituem através de sua efetuação, espero que o que tenho para lhes trazer hoje seja suficiente para lançar luz sobre algo que tenho me dedicado a pensar nos últimos tempos, a partir de trabalhos como o de Tobie Nathan (1995) e Isabelle Stengers (1997). O que anda ocupando meu pensamento ultimamente é uma reflexão menos sobre determinadas "políticas" voltadas *para* certos coletivos, que – e isso tem me fascinado

– essas “cosmopolíticas²⁷” de determinados coletivos relativas àquilo que nós mesmos chamamos de *saúde*, por exemplo, e que equivoca-se, muitas vezes com aquilo que se convencionou ser saúde noutro mundo possível que não o nosso.

À vista disso, brincando livremente com aquela frase famosa de Rimbaud (que imagino que deva ter sido dita, algum dia, em tom de troça), “*azar da madeira que se descobre violino*”, direi que se o solo conceitual das questões que pretendo abordar através de minha intervenção se descobrirem, ao final, um motor de efetuação de alguma política *dos índios e para os índios, melhor para ela*. Ademais, esta intervenção também almeja, certamente *com e por meio de* outras intensidades, outra coisa.

Ela busca também trazer uma ou outra indagação e alguma reflexão sobre as condições às quais as formas de cuidado devem se submeter a fim de operar *outro* tipo de aproximação ao pensamento ameríndio que não seu próprio movimento convencional, de construção arbitrária e da fabricação artificial de uma imagem do pensamento de Outrem sobre o que é e o que não é o *humano*, um *mundo* e que espécie de ações se pode e se deve ter sobre ele.

Pois bem. Tendo tecido e ainda estando de posse de algumas dessas considerações preliminares, quero contar para vocês um “causo”, como é mais gostoso dizer.

De medos

Um que me ocupa e me norteia, e remonta a minha estada nas aldeias Ayoreo localizadas na região do alto curso do rio Paraguay e o acontecimento de uma visita emergencial de uma menina Ayoreo a um hospital no Brasil. Quero contar que o acontecimento ao qual gostaria de me reportar remete a um evento ocorrido há alguns meses, quando essa menina obstruiu acidentalmente uma de suas narinas com pequenos pedaços cortados de um colchão velho.

27 Termo cunhado por Isabelle Stengers (2003) que entrou na pauta de interesse da Etnologia Indígena pelas mãos de Renato Sztutman (2005).

Durante alguns dias, nada que incomodasse alguém. Porém, um certo começo de manhã sua tia veio até a minha rede me pedir para que investigasse o que é que havia de errado com o nariz purulento da menina.

No entanto, minha olhada e minhas várias tentativas frustradas de retirar os pequenos pedaços não foram suficientes. O que decidimos, então, fazer? Por sorte, ou por desgraça, o que imaginamos, o pai da menina e eu, foi que ao invés de levá-la, como habitualmente nesses casos, até o posto de saúde que marca o limite norte da aldeia, já nas imediações da vila paraguaia de Carmelo Peralta, e contarmos com a sorte de que houvesse ali alguém para atende-la, deveríamos levá-la até o hospital municipal de Porto Murtinho, para que ali um médico pudesse retirá-los com um instrumental apropriado.

Falava-se e falava-se, rapidamente e num tom monocórdico. O que se interrompeu, então e repentinamente, com um pedido do homem para que eu fosse até o pátio doméstico da casa de um de seus amigos formais pedir-lhe que nos levasse até lá com seu barco-a-motor.

Pouco tempo depois, aportávamos no porto da casa da mãe de Enrique e, sob algum protesto da criança e de sua mãe, entrávamos todos no barco, a fim de cumprir o curto trajeto que separa a aldeia da cidade. Uma vez chegado, enquanto caminhávamos a longa distância que separa o porto até o hospital, nenhuma palavra foi dita por ninguém para interromper as lágrimas que rolavam pelos rostos da menina e de sua mãe. Fosse aquele ou não apenas um choro assustado de criança, as lágrimas só eram interrompidas pelos resmungos e indagações sobre por que é que eu fazia aquilo com ela e por suas tentativas frustradas de se esconder no espaço da recepção do hospital. Por felicidade, tudo não durou mais que 30 ou 40 minutos. Assim, após pouco tempo já estávamos de volta, em marcha em direção ao porto de Porto Murtinho para esperar até que o barco que nos levou retornasse para nos buscar.

Diferentemente do silêncio da ida, minha comadre me contava que não havia habitante de Tiogai que se sentisse tranquilo em entrar ali. Sobretudo porque, para muitos deles, ir ao hospital no Brasil correspondia, segundo seu pensamento, a um caminho sem volta: entrava-se vivo e saía-se, fatalmente, morto do hospital. Caso muito

diferente do que se dizia ocorrer, por exemplo, no espaço do posto de saúde, dito ser um polo marcado por uma espécie de Branco (sim, os Ayoreo conhecem e distinguem várias espécies tanto por sua categorização ontológica quanto pelo esquema actancial em que se engajam) denominada *agutiyamaini*. Isto é, uma espécie de sujeito não-indígena reconhecido por sua cooperatividade com as pessoas desse povo, que incorporam, por seu lado e mediante um processo de adoção ritual nomeado de *inoningañai*, tanto os funcionários do posto, quanto a estrutura do prédio e todos os remédios e material de consumo do posto de saúde – a um dos sete clãs Ayoreo.

Ora, e talvez vocês estejam se perguntando: será que no posto de saúde perto de Tiogai nunca morria ninguém?

De mortos

Pois direi para vocês que, de alguma forma, mais importante que a morte tomada enquanto algo que eventualmente acontecia ou ainda, e mais gravemente, lembrando de uma intervenção famosa de Eduardo Viveiros de Castro, “quase acontecia”, era que espécie de relações entre relações sociais caracterizavam o espaço em que alguém eventualmente morria.

Não que a morte num ou outro lugar implicasse um destino *post-mortem* distinto para o duplo anímico ao qual os Ayoreo dão o nome de *oregaté*. Qualquer que fosse o caso, o destino *post-mortem* da pessoa humana seria sempre um domínio subterrestre nomeado de *jnaropié*. Esse domínio, segundo a descrição dos xamãs Ayoreo – que eles mesmos têm apenas arriscadamente acesso a ele sem que seja necessária a conversão permanente de sua condição ontológica e, portanto, de sua perspectiva –, é mais ou menos isométrico ao domínio terrestre. As casas, o rio e a floresta ocupam em *jnaropié* a mesma posição que seu correlatos no domínio terrestre.

Contudo, o que se enxerga como casa, rio, e, sobretudo, a floresta sob a perspectiva dos mortos é muito distinto daquilo que os Ayoreo vivos nomeiam correlativamente. Assim, o que as pessoas ex-humanas mortas chamam de floresta, os Ayoreo vivos enxergam como os barrancos

embarcados do alto rio Paraguay. O que os mortos dizem ser a jusante do rio, as pessoas vivas chamam de montante, assim como o que as pessoas em *jnaropié* chamam de "casa" é homônimo àquilo que os Ayoreo vivos reconhecem ser o esconderijo de um animal – como a toca de um tatu, por exemplo.

Segundo essa mesma descrição acerca de uma certa relação de isometria entre dois domínios dissimilares, os duplos dos ex-humanos mortos conservam em *jnaropié* a mesma imagem e a mesma composição corporal que possuíam quando vivos até o tempo de sua "nova morte". E assim sendo, aquele que morreu velho conserva no domínio subterrestre a mesma compleição que possuía.

Assim como aquele que ainda era juvenzinho ao falecer conserva nesse domínio subterrestre o mesmo biótipo infantil que possuía no momento que faleceu, mas continuará a crescer até que se torne um *ejacai*, um sogro, e um *choquijnajnupi*, um homem muito velho. Assim como Tiogai, os xamãs contam que há um chefe em *jnaropié*. Um grande e bondoso chefe nomeado de *pitoringai*, que é o termo que os humanos vivos utilizam para denominar a morte, que possui três auxiliares.

Dois tatus-canastra, que são os responsáveis por auxiliar os humanos vivos, desde o domínio subterrestre, no enterro da pessoa falecida e por abrir caminho para o outro auxiliar do capitão de *jnaropié*, nomeado de *ijnamejnai*, a terra-branca, atue ornando o duplo da pessoa ex-humana com a pintura de padrões gráficos brancos muito grosseiros – e distintos, portanto, dos padrões pretos e vermelhos usualmente pintados com muita delicadeza nas pessoas humanas vivas – até o estabelecimento definitivo do duplo da pessoa ex-humana em *jnaropié*. Porém, isso não era tudo.

Chegado em *jnaropié*, o duplo anímico ex-humano deve, após fartar-se num banquete do lodo que aparece na margem do rio, cujo curso atravessa todo o domínio subterrestre, e de uma fruta negra que os Ayoreo nomeiam de *adi* (e que é vista, com olhos de gente viva, apenas como uma fruta podre e, portanto, não-comestível), se casar com o primeiro homem ou mulher solteiro com o qual se deparar. Após esse evento, a alma ex-humana leva uma vida sem muitas atribulações até que chegue, outra vez, o momento de sua morte. Falecida agora em *jnaropié*, essa

alma-corpo é novamente enterrada na superfície terrestre sob orientação da dupla de tatus-canastra. Porém, o mecanismo de re-atualização da alma-da-alma da pessoa morta num outro domínio ontológico traz consigo uma nova exigência. Menos que uma figura humana, a alma-da-alma passa a assumir a forma de um animal epônimo do clã ao qual a pessoa humana se encontrava vinculada tanto durante sua vida humana quanto durante sua vida em *jnaropíé*.

Nisso tudo, onde ficou o *problema* com a morte? Afinal, não era dela sobre a qual se convencionara falar naquele momento? Disse antes que o problema não era o acontecimento da morte de alguém e procurei mostrar que um evento como esse não produzia efeitos sociocósmicos distintos, dada a diferenciação no local da morte de alguém. Ocorre então que se o *problema* em questão não dizia respeito à morte como um acontecimento, é porque toda a questão remetia a que espécie de relações caracterizavam, segundo certa imagem do pensamento Ayoreo, um ou outro espaço onde a morte de alguém poderia eventualmente acontecer.

O que quero dizer com isso é que enquanto o posto de aldeia figurava no pensamento Ayoreo como um terreno predominantemente marcado por relações de afinidade clânica, de compartilhamento de objetos tais como roupas, comida e remédios, dizia-se que o hospital municipal de Porto Murtinho era um local tipicamente marcado pela presença daqueles denominados pelas pessoas desse povo de "brancos-onça" (Ayoreo: *caratai cojñone*).

De brancos

E talvez você estejam a se perguntar: o que é que caracteriza um "branco-onça"? Pois direi que segundo a descrição dos Ayoreo, os brancos-onça, contrastando com os brancos-*agutiyamáini*, sobre os quais comentei anteriormente, são figuras de alteridade absolutamente raivosas, hostis e especialmente não-afinizáveis. Assim, ao mesmo tempo que figuram simultaneamente tanto como centros de agência nocivos a quem, para empregar a glosa dos Ayoreo, "a alegria abandonou", quanto como donos de bens absolutamente poderosos, mas igualmente patogênicos, como

caminhonetes e medicamentos para uma classe de enfermidades respiratórias que segundo as pessoas desse povo não são curáveis xamanicamente, como a tuberculose e a pneumonia, por exemplo.

Mas há ainda mais. Pois há ainda aquilo que, segundo meu entendimento, é o mais interessante acerca do pensamento Ayoreo sobre aqueles a quem chamam de brancos-onça. Diz-se que os brancos-onça são em algo semelhante aos mortos, habitantes do domínio subterrestre. Isso porque conta-se que ambos são figuras radicais de alteridade e ontologicamente distintas daqueles chamados de "gente verdadeira", donos de um corpo branco e grosseiro, dentes enegrecidos, e pessoas de quem não se pode, especialmente, aceitar nada, sob pena de aquele que assim o fizer colocar em risco sua própria condição e sua perspectiva de humano.

Uma vez de posse de alguma caracterização etnográfica, imagino que podemos incorrer agora num certo exercício especulativo que se poderia formular assim: se o domínio subterrestre é temerariamente acessível apenas por xamãs, se aqueles nomeados de "brancos-onça" são um pouco como os duplos dos mortos, habitantes de *jnaropié*, e se o hospital de Porto Murtinho e os que ali trabalham são apreendidos, sob a perspectiva dos Ayoreo, como a seção de um aldeia repletas de brancos-onça, então a visita de alguém a um hospital corresponderia, em certo, a uma visita ao domínio subterrestre dos mortos.

Um tipo de morte antecipada (mas alheia ao desejo de alguém) e transformação na condição ontológica de um sujeito promovida por um tipo de variante simétrica e perigosa de um tipo de ação xamânica, pelo menos no que se refere ao risco sempre inerente a esse tipo de ato de engajar-se em relações com formas de alteridade não-humanas. E imaginem vocês a dobra extra, ainda, quando realizado por alguém que não se encontra devidamente apto a xamanizar por não ter ativado sua capacidade xamânica *pujopié* mediante um doloroso processo ritual de conversão ontológica. E penso que não é de se estranhar, então, a tese dos Ayoreo sobre o temor dos Ayoreo ao visitar o local de onde, segundo seu pensamento, não se pode sair vivo.

De medos, mortos e brancos

A esta altura de minha intervenção, vislumbro que o "violino" de minha fala talvez ainda conserve, por felicidade, algo de "madeira". Digo isso porque estou mais ou menos convencido de que esse comentário razoavelmente anedótico, acrescido de uma brevíssima caracterização de uma feição do cosmos Ayoreo e de algumas figuras agentivas que o povoam sustenta uma vontade de crença que é a seguinte:

Diante da grande divisão conceitual mobilizada por nosso pensamento ocidental, moderno, euro-americano entre crença e pensamento, cabe a nós evitar sistemática e recursivamente discutir sobre a quantidade de verdade veiculadas por essas ideias. Alternativamente, penso que é mais honesto com o pensamento de Outrem cartografar os problemas em que um conceito está implicado e que efeitos ele é capaz de produzir num determinado pensamento e num certo mundo vivido. Assim sendo, não se trata de investigar se o que as pessoas desse povo mobilizam enquanto um *hospital*, por exemplo, corresponderia a uma espécie de representação ameríndia de um conceito euro-americano ou a uma expressão alegórica, cheia de tintas e penas, da cognição indígena e das categorias mentais pelas quais ela opera (cf. Viveiros de Castro, 2002).

Distintamente, penso que o que sempre deve convocar sempre nosso interesse é extrair as consequências e tomar como objeto o mundo expresso não por concepções, ou visões de mundo ameríndias, mas como conceitos possíveis de um mundo vivido radicalmente distinto do nosso. E considerando-se que conceitos não são, conforme Viveiros de Castro (2002) destacou, nem estados, nem atributos mentais, o que almejo através dessa intervenção é determinar um conjunto de relações complexas entre conceitos provindos de mundos habitados por sujeitos ontologicamente distintos.

Ao fim, e para concluir minha apresentação, já que não se trata mesmo de discutir sobre o grau de verdade de determinado pensamento, mas de observar as consequências práticas de um pensamento mobilizado em forma de agência, é justamente do nome de Tobie Nathan de que me recordo. Isso porque penso que essas relações mutuamente equivocadas sobre um termo homônimo que caracterizam muitas vezes o encontro

de dois pensamentos mobilizados por sujeitos ontologicamente distintos acabam por nos colocar, como disse esse autor num livro tão escrito a quatro mãos com Isabelle Stengers, diante de um tipo formidável de "ato de criação".

Um que institui e torna pensável a interface entre dois universos distintos, servindo, nesse movimento, de gatilho de uma maquinaria complexa que não se ocupa de multiplicar concepções sobre um só mundo. De maneira distinta, essa maquinaria se põe, e quero que vocês notem a diferença, a multiplicar mundos radicalmente heterogêneos e apenas parcialmente conectáveis entre si. Assim, se há uma questão que talvez mereça nossa atenção – e que mereça, portanto, ser perseguida por nós –, ela é: como (e a que preço) nossas práticas "modernas" e "técnicas" – que criam uma ordem específica de saberes sobre si e sobre um certo mundo vivido – pode coexistir com outra, dita ser não moderna e caracterizada pela agência de outras formas de alteridade?

Não estou convencido de que haja resposta fácil para esta questão. Ainda assim, arrisco-me a dizer que, se é possível vislumbrar uma, ela se abre diante de nós como uma espécie de trilha bifurcada em pelo menos dois caminhos distintos. Ou reduzimos tal modo de coexistência a um tipo perverso de tolerância e/ou de indiferença, ou "acabamos com a tolerância", para empregar essa expressão de Isabelle Stengers, que adoro, e o concebemos como um regime cosmopolítico de produção de conhecimento e, sobretudo, um regime de produção de relações em que a própria relação diferencial (ou a síntese disjuntiva) de termos radicalmente heterogêneos figura como indispensável ao próprio pensamento sobre um determinado mundo vivido.

Se optamos pelo caminho mais largo e bem conhecido – o da tolerância –, não me parece que ele nos leve para outro lugar que não o do abuso de poder que caracteriza nosso encontro com outros modos de existência e que privilegia um certa "vontade de conhecer" e uma "vontade de transformar". Porém, para optarmos pelo outro caminho – mais estreito, escuro, cheio de inimigos (ou branco-onça) a nossa espreita, mas que nos leva para um lugar mais bonito –, é preciso que

nos lancemos a refletir sobre essas "cosmopolíticas" ameríndias sobre aquilo que nós mesmo chamamos de saúde.

E já para concluir, isso me parece pré-condição para escaparmos da urtiga daquilo que poderíamos chamar, importante essa expressão sensacional cunhada por Mario Blaser (2016), de uma "política razoável". Ou, no caso que nos interessa hoje, uma "política razoável" de atenção e de cuidado.

O problema com o *razoável* na política é que por meio dele (e, mais perigosamente, em nome dele) se acaba por definir que espécie de diferença se encontra antecipadamente em questão por ocasião do encontro entre dois regimes heterogêneos de práticas – o que acaba por reforçar a imagem de que existe apenas um mundo possível e um estado de coisas concebível, sobre os quais existem apenas perspectivas (ou visões de mundo, como há aqueles que gostam de dizer) distintas, mas hierarquicamente conciliáveis.

Diferentemente disso, o que advogo a favor é que ao pensarmos em termos de "cosmopolíticas" que visam acabar de vez com a "tolerância" e a "razoabilidade" da política e buscam menos que conciliar, diferir e relacionar, podemos nos lançar ao encontro de um exercício de pensamento mais honesto sobre as questões mobilizadas em outros mundos vividos "em câmera lenta" (cf. Stengers, 2013). E penso, ao fim, que é justamente o desafio de pensarmos com as questões de outros mundos possíveis "em câmera lenta" que deve nos permitir conceber tais conceituações menos como "problemas" que como algo que precisamos aprender a *viver com*, pensar *com* e a criar outros entendimentos mais honestos *sobre* outros coletivos e outros mundos vividos.

Referências

BLASER, M. Is another cosmopolitics possible? *Cultural Anthropology*, v. 31, n. 4, p. 545-570, 2016.

FOGEL, G. L. Seminário de Heráclito. Introdução. *Kleos, Revista de Filosofia Antiga*, Programa de Estudos em Filosofia Antiga, IFCS-UFRJ, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 89-111, 1997.

GOW, P. *An Amazonian myth and its history*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

MUNN, N. *The fame of Gawa. A symbolic study of value transformation in a Massim (Papua New Guinea) society*. Durham/London: Duke University Press, 1976.

NATHAN, T.; STENGERS, I. *Médecins et sorciers*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1995.

STENGERS, I. *Cosmopolitiques*, (em 7 volumes): *La guerre des sciences ; L'invention de la mécanique ; Thermodynamique : la réalité physique en crise ; Mécanique quantique : la fin du rêve ; Au nom de la flèche de temps : le défi de Prigogine ; La vie et l'artifice : visages de l'émergence ; Pour en finir avec la tolérance*, Paris, La Découverte/Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1997.

_____. *Une autre science est possible ! Manifeste pour un ralentissement des sciences*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2013.

VIVEIROS DE CASTRO, E. "O nativo relativo". *Mana*. v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.

ORGANIZADORES E COLABORADORES DESTA COLETÂNEA

ORGANIZADORES

FÁBIO HEBERT

Pós-doutor em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF); professor adjunto do curso de Psicologia, Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

FELIPE DUTRA ASENSI

Doutor em Sociologia pelo IESP/UERJ com Pós-Doutorado em Direito FD/UERJ. Membro Efetivo da Comissão de Direito Constitucional do Instituto dos Advogados Brasileiros (IAB). Membro Titular da Red Iberoamericana de Derecho Sanitario (RIDS). Senior Member da Inter-American Bar Association (IABA). Vice-líder do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS. E-mail: felipedml@yahoo.com.br

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Pós-doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); professora titular da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

ROSENI PINHEIRO

Pós-doutora em Direito, professora associada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); líder do Grupo de Pesquisa do CNPq Lappis. E-mail: rosenisaude@uol.com.br

COLABORADORES

ALTAIR LIRA

Bacharel em Antropologia da Saúde; mestre em Saúde Coletiva; fundador da ABADFAL/FENAFAL.

ALUÍSIO GOMES DA SILVA JÚNIOR

Médico sanitarista; Doutor em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ; professor titular do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense; coordenador do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde (GEGES/LUPA); pesquisador associado do LAPPIS. E-mail: agsilvaj@gmail.com.

BETHANIA ASSY

Doutora em Filosofia; Pós-Doutorado na Birkbeck Law School, London University. Coordenadora Adjunta da Cátedra Unesco (PUC-Rio): Direitos Humanos: Violência, Governo e Governança. Professora do Departamento de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e professora adjunta na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: bethania.assy@gmail.com

DÁRIO FREDERICO PASCHE

Doutor em Saúde Coletiva, docente-pesquisador no Bacharelado de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: dario.pasche@gmail.com.

ELAINE TEIXEIRA RABELLO

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva, professora adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integrante do Grupo de Estudos Sociais em Tecnologia e Saúde (Biomedsci/UERJ), da Rede Zika Ciências Sociais (Fiocruz) e da rede de pesquisa Lappis/UERJ. E-mail: elaine@ims.uerj.br

HELIANA DE BARROS CONDE RODRIGUES

Professora do Departamento de Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, e do Programa de Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: helianaconde@uol.com.br

JANINE CARDOSO

Cientista Social, doutora em Comunicação, docente do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação e Saúde e Laboratório de Comunicação e Saúde, ambos do Iicct/Fiocruz. Integrante do Grupo de Pesquisa Comunicação e Saúde/CNPq, do GTCOM/Abrasco e do grupo de trabalho Comunicação e Saúde da Abrasco, da Rede Zika Ciências Sociais/Fiocruz e da rede de pesquisa Lappis/UERJ. E-mail: janinecardoso.fiocruz@gmail.com

LEIF GRÜNEWALD

Doutor em Antropologia; professor visitante do Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal Grande Dourados (UFGD), Mato Grosso do Sul. E-mail: leifgrunewald@gmail.com

LISÂNEO MACEDO M. MELO

Mestre em Direito, analista de Gestão em Saúde na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro.

LIVIA MANOLIO FRANCO

Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC); aluna de graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF).

MARCELO LUCIANO VIEIRA

Doutor em Ciências pelo Instituto de Comunicação e Inovação Científica e Tecnológica da Fiocruz; professor agregado da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

MARCELO PEREIRA GARCIA

Jornalista, mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde do Icict/Fiocuz. E-mail: marcelo.garcia@icict.fiocruz.br

PAULA DE CASTRO NUNES

Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFF-UFRRJ-UERJ-FIOCRUZ); professora da Escola de Saúde do IBMR/Laureate International Universities; membro do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde (GEGES/LUPA) e do LAPPIS.

PAULO HENRIQUE MARTINS

Professor titular de Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE desde 1992; professor visitante da Universidade Federal do Ceará (UFC) em 2017-2018. Integra desde 2017 o Comitê de Assessoramento da área de Ciências Sociais-Sociologia do CNPq. E-mail: pahem@terra.com.br

RAPHAEL SPERCAZECHI

Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC); aluno de graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF).

RODRIGO SILVEIRA

Médico de Família e Comunidade; doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professor da Universidade Federal do Acre. E-mail: ropsilveira@gmail.com

TATIANA ENGEL GERHARDT

Professora titular na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atuando no Bacharelado em Saúde Coletiva, na Pós-Graduação em Saúde Coletiva e na Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Vice Presidente da Abrasco (2019-2022); coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva-GESC UFRGS. E-mail: tatiana.gerhardt@ufrgs.br.

***AMOR MUNDI*, POLÍTICAS DA AMIZADE
E CUIDADO: A INTEGRALIDADE E A
POLIFONIA DO COTIDIANO DA SAÚDE**

Roseni Pinheiro, Felipe Dutra Asensi,
Fábio Hebert e Maria Elizabeth Barros de Barros (org.)

Tipografias utilizadas:
Frutiger LT Std (títulos e subtítulos)
Adobe Garamond Pro (corpo de texto)

Papel: Offset 75 g/m²
Impresso na gráfica Trio Studio
Janeiro de 2020