

ANA PAULA MÜLLER DE ANDRADE ANAHI GUEDES DE MELLO
CARMEN SUSANA TORNUQUIST DIANA BROWN ELIANA DIEHL
FABÍOLA ROHDEN FERNANDA MANZINI MAIKA ARNO ROEDER
MARIA LUCIA DA SILVEIRA MARINA BECKER MARINA MONTEIRO
MILENA ARGENTA ROGÉRIO AZIZE SÔNIA WEIDNER MALUF

Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas

organização

Sônia Weidner Maluf
Carmen Susana Tornquist



Copyright © 2010, by Sônia Weidner Maluf e Carmen Susana Tornquist

Capa e projeto gráfico
Marina Moros

Fotografia da capa
Alfred Stieglitz, 1918. *Georgia O'Keeffe*

Coordenação editorial
Fábio Brüggemann

Conselho editorial
Daniel Mayer
Fábio Brüggemann
Péricles Prade

Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, no todo ou em parte, por quaisquer meios, sem a autorização expressa dos editores.

Maluf, Sônia Weider e Tornquist, Carmen Susana (organização)
Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas
Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.
p. 468
ISBN 978-85-7662-051-8

Todos os direitos desta edição reservados a
LETRAS CONTEMPORÂNEAS - OFICINA EDITORIAL LTDA.
www.letrascontemporaneas.com.br

SUMÁRIO

- [05] **APRESENTAÇÃO**
- [21] **GÊNERO, SAÚDE E AFLIÇÃO: POLÍTICAS PÚBLICAS, ATIVISMO E EXPERIÊNCIAS SOCIAIS**
Sônia Weidner Maluf
- [69] **VELHAS HISTÓRIAS, NOVAS ESPERANÇAS**
Carmen Susana Tornquist Ana Paula M. de Andrade Marina Monteiro
- [133] **A CONSTRUÇÃO DA PESSOA NA EXPERIÊNCIA DA DEFICIÊNCIA: CORPO, GÊNERO, SEXUALIDADE, SUBJETIVIDADE E SAÚDE MENTAL**
Anahi Guedes de Mello
- [193] **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E MODELOS DE SOFRIMENTO ENTRE VOLUNTÁRIAS DA PASTORAL DA SAÚDE DO BAIRRO SACO GRANDE II — FLORIANÓPOLIS/SC**
Milena Argenta
- [215] **A OBRIGAÇÃO DE CUIDAR: MULHERES IDOSAS EM UMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS**
Diana Brown
- [273] **O GÊNERO NO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**
Ana Paula Müller de Andrade
- [295] **SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO — MORADA DO GÊNERO**
Maika Arno Roeder
- [331] **“A MINHA MELHOR AMIGA SE CHAMA FLUOXETINA” CONSUMO E PERCEPÇÕES DE ANTIDEPRESSIVOS ENTRE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**
Eliana Diehl Fernanda Manzini Marina Becker
- [367] **NOTAS DE UM “NÃO-PRESCRITOR” UMA ETNOGRAFIA ENTRE OS ESTANDES DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA**
Rogério Azize
- [303] **O QUE SE VÊ NO CÉREBRO A PEQUENA DIFERENÇA ENTRE OS SEXOS OU A GRANDE DIFERENÇA ENTRE OS GÊNEROS?**
Fabíola Rohden
- [441] **NERVOS E NERVOSAS NO CONTEXTO DAS AFLIÇÕES CONTEMPORÂNEAS: ENTREVISTA COM MARIA LUCIA DA SILVEIRA**
Carmen Susana Tornquist Sônia Weidner Maluf



APRESENTAÇÃO



Sônia Weidner Maluf

Carmen Susana Tornquist

Esta coletânea é resultado de uma pesquisa que vem sendo desenvolvida desde 2006¹, cujo foco são os cruzamentos entre gênero, saúde e aflição, a partir de uma abordagem do chamado campo da “saúde mental” nas culturas urbanas brasileiras contemporâneas.

A pesquisa e as reflexões aqui contidas se desenvolveram principalmente em torno de três linhas de abordagem: a análise das políticas públicas, do ativismo político e das experiências sociais em torno do tema. E uma quarta linha, complementar, também contemplada por alguns artigos nesta coletânea que é a análise dos discursos e práticas no campo biomedicina. Em relação às políticas públicas, foi feito levantamento e mapeamento da temática de gênero e saúde mental (e suas interseccionalidades, como raça, classe e geração) nos planos nacionais de saúde mental, de política de saúde para a mulher e em outros programas governamentais no Brasil, no estado de Santa Catarina e no município de Florianópolis. Quanto

ao ativismo, foi realizado um mapeamento dos projetos, ações e pesquisas desenvolvidas pelas organizações feministas, movimentos de reforma psiquiátrica e anti-manicomiais e ONGs afins nacionais e no estado de Santa Catarina em torno da questão de gênero e saúde mental. Em relação às experiências sociais, foram realizadas pesquisas de campo em bairros de segmentos populares da grande Florianópolis, junto a mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde e/ou que consomem psicotrópicos e antidepressivos e seus itinerários terapêuticos, além de observações e entrevistas nos postos de saúde, nos serviços públicos de atendimento psicológico, centros de atendimento psicossocial, associações civis e grupos de ajuda mútua.

Esses eixos temáticos, como os artigos deste livro demonstrarão, estão bastante articulados entre si, sendo difícil pensá-los como autônomos uns em relação aos outros. Essas diferentes dimensões estão presentes nos artigos publicados neste livro, buscando trazer uma contribuição, a partir de uma abordagem antropológica, para a compreensão do contexto atual do campo da saúde mental no Brasil.

Dados sobre alto índice de consumo de psicofármacos no Brasil, e particularmente entre mulheres no caso dos medicamentos antidepressivos e os benzodiazepínicos, têm sido foco de artigos acadêmicos e de matérias de jornal e revista, juntamente com outros temas ligados à medicalização da vida, do corpo e da subjetividade (como o número

proporcionalmente alto de cirurgias estéticas no Brasil, comparativamente a outros países). Em nossa pesquisa, de caráter qualitativo e etnográfico, a falta de informações sistematizadas por parte da rede pública, que distribui gratuitamente esse tipo de medicamento, nos impossibilitou acesso a dados quantitativos que cruzassem consumo de psicofármacos e marcadores como gênero e geração. No entanto, a pesquisa de campo realizada em diferentes frentes, regiões e bairros de Florianópolis e em algumas outras cidades de Santa Catarina, nos evidenciou a relevância de um recorte de gênero para uma análise mais densa dessa extensão do campo de atuação da biomedicina e, sobretudo, da indústria farmacêutica (particularmente a dos psicofármacos) no Brasil contemporâneo². Além disso, pensar essas questões no contexto da reforma psiquiátrica e do movimento de desinstitucionalização da saúde mental no Brasil nos traz elementos para analisar esse processo recente, que envolveu associações de profissionais do campo da biomedicina, da psicologia e de saúde em geral, o movimento anti-manicomial, associações de usuários do sistema público de atendimento à saúde mental, entre outros. Alguns⁴ dos artigos publicados no livro buscam fazer uma análise dessa experiência recente em termos de política pública em relação à saúde mental no Brasil.

Além³ dos capítulos diretamente ou indiretamente relacionados à pesquisa, incluímos na coletânea artigos produzidos por convidadas externas que participaram de nossos

seminários e apresentaram reflexões bastante enriquecedoras sobre temas articulados com os da pesquisa. Além dos artigos das professoras Diana Brown e Fabíola Rohden, incluímos uma entrevista com Maria Lúcia da Silveira – as três gentilmente se dispuseram a expor suas pesquisas e debatê-las junto⁴ ao nosso grupo de pesquisa. Também os artigos de Rogério Azize e de Maika Arno Roeder são produto de seus trabalhos individuais de pesquisa de doutoramento. Rogério também apresentou e debateu seu trabalho em uma de nossas reuniões. A distribuição dos capítulos buscou contemplar as diferentes temáticas e abordagens, na seguinte ordem: uma contextualização geral, as experiências sociais, a desinstitucionalização da saúde mental no Brasil, a cultura dos medicamentos e a produção científica da diferença e da medicalização.

O artigo de Sônia Weidner Maluf busca fazer um apanhado geral dos resultados da pesquisa, articulando os três eixos em que esta se desenvolveu e confrontando os diferentes discursos sociais em torno de gênero, saúde e aflição. Contextualiza a situação atual do campo da “saúde mental” no Brasil, sobretudo em relação à expansão do atendimento na atenção básica e na disseminação do uso de psicotrópicos entre mulheres de diferentes camadas sociais. O artigo confronta os discursos das políticas públicas, centrados na noção de “ciclo de vida” (biológico) das mulheres (adolescência, gravidez, puerpério, menopausa), às falas e relatos de experiências sociais de mulheres de bairros populares

de Florianópolis, focados nas dimensões sociais, simbólicas e políticas de suas experiências cotidianas e biográficas (violência, dupla jornada de trabalho, desemprego, ativismo político). Aponta para a necessidade de que as políticas públicas em saúde levem em consideração os sentidos dados pelos sujeitos a suas experiências de sofrimento e aflição, percebendo-os também como produtores de verdade.

O artigo de Carmen Susana Tornquist, Ana Paula Müller de Andrade e Marina Monteiro relata e discute a pesquisa etnográfica de maior duração, desenvolvida no bairro Monte Cristo em Florianópolis. O objetivo foi o de buscar compreender como (e se) a disseminação de diagnóstico de depressão, acompanhado de tratamento e medicalização, se fazia presente entre os grupos sociais mais pobres e considerados “vulneráveis” da cidade, quais os sentidos que os sujeitos davam a estas situações e como buscavam resolver ou mitigar as perturbações e aflições pelas quais passavam. Contextualiza a história do bairro, formado a partir de uma ocupação e conquista do lugar, em que as mulheres tiveram um papel preponderante e cujos eventos são centrais em seus relatos autobiográficos. Trazendo as narrativas destas sobre suas experiências de aflição e adoecimento, as autoras analisam os diferentes aspectos que aparecem como contexto e eventualmente causa de suas aflições, como a violência no bairro, as dificuldades econômicas, dupla jornada de trabalho, desemprego, além de questões de autoimagem e percepção de si.

Anahí Guedes de Mello aborda a relação entre deficiência e “saúde mental”, a partir das narrativas de pessoas com deficiência com histórico de ativismo. Parte da ideia de que a deficiência atua como um regime de subjetivação no contemporâneo e busca compreender a especificidade desse processo de subjetivação ao partir do conceito de resiliência, definido como a capacidade construir atitudes positivas a partir das adversidades da vida. A manifestação de uma deficiência, condição esta através da qual se experimenta situações extremas de perdas ou interrupções de determinadas atividades da vida cotidiana em decorrência de restrições físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, evidenciaria essa possibilidade de transformação, de transcendência do sujeito aos seus próprios limites corporais. Para a autora, a deficiência, sempre inesperada, é a demonstração de que a subjetividade nunca é aquele lugar ideal, seguro e estável., o que coloca as pessoas com deficiência como sujeitos também desejantes. A autora aponta também para a produtividade de um diálogo entre os estudos antropológicos e os estudos de deficiência.

O artigo de Milena Argenta é baseado em uma pesquisa de campo desenvolvida junto às mulheres que participam de uma associação ligada à Pastoral da Saúde em um bairro popular de Florianópolis. A autora trabalha com narrativas terapêuticas de quatro mulheres que participam deste grupo já há algum tempo. Chama atenção o fato de que embora todas considerem legítimos os veredictos médicos que as

classificaram como tendo doenças de tipo depressivo, por outro lado articulam este diagnóstico com outras explicações, de cunho espiritual e religioso e com um modelo social-relacional, que acentua a importância da rede de sociabilidade e da ruptura com o modelo ainda dominante de restrição das atividades femininas à esfera doméstica, que aparece em outros universos da pesquisa. Assim, a participação na associação comunitária, dedicada a uma espécie de “cura popular” oferecida a outrem, é também um espaço terapêutico no qual estas mulheres sofredoras de depressão atuam como cuidadoras, o que sugere a importância desta rede de sociabilidade de compartilhamento de experiências sociais, com destaque à experiência de sofrimento. Milena observa também como em outros universos da pesquisa mais ampla, a permanência do modelo dos nervos entre estas mulheres, mesmo que articuladas com o discurso biomédico.

Diana Brown faz uma reflexão sobre envelhecimento e aflição, a partir de uma pesquisa de campo feita em um grupo de terceira idade em uma praia no norte de Florianópolis, tendo como foco as narrativas de mulheres cuidadoras de outras pessoas da família. No grupo social pesquisado, a maioria de mulheres “nativas”, o cuidado é visto como atividade essencialmente feminina, o que é reforçado pela prática de focos e de discursos morais sobre mulheres que se dedicam (ou não) a essa tarefa quando algum parente próximo necessita (em geral a mãe, mais idosa, ou o marido). A autora aborda a

atividade do cuidado como geradora de uma série de aflições, que são relatadas pelas mulheres pesquisadas. Entre as aflições que ocorrem durante suas atividades de cuidado dos parentes idosos doentes estão ansiedade, cansaço extremo, dor nas pernas, esgotamento, preocupação, estresse, insônia, nervos, tristeza, úlcera, dor de barriga, depressão. Confrontando essas falas com o que elas relatam sobre suas idas ao médico, Diana Brown conclui que a apropriação por parte dessas mulheres de um léxico médico para se referir a suas aflições não significa a adoção da tradição individualista racionalizadora de suas experiências.

O artigo de Ana Paula Müller de Andrade têm como objetivo abordar aspectos relacionados à questão do gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira, no âmbito da assistência, militância e política pública. A autora traz um breve panorama da Reforma Psiquiátrica, descrevendo os três pontos centrais desse projeto: a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, deslocando o hospital psiquiátrico do centro da rede de cuidados em saúde mental; a construção de uma rede de serviços de atendimento psicossocial e a superação da cultura manicomial através de práticas que possibilitem outros modos de subjetivação e convivência. Apresentando dados que demonstram o quanto as mulheres têm estado presentes no campo da saúde mental, mesmo não sendo objeto de uma reflexão sistemática por parte dos gestores e ativistas ligados ao movimento pela desinstitucionalização da saúde mental.

O artigo de Maika Arno Roeder, traz alguns dos dados trabalhados em sua tese de doutorado acerca do processo de desinstitucionalização dos internos de unidades psiquiátricas, com destaque às mulheres. A autora analisa um dos primeiros serviços residenciais terapêuticos do sul do Brasil, relatando como a equipe (composta, em sua maioria por mulheres) montou a proposta e como a mesma foi sendo implementada, com a adesão das internas que, após décadas de interação, puderam “sair” do hospital psiquiátrico e voltar a viver em um espaço doméstico. Descreve as trajetórias dessas mulheres, todas muito pobres e em grande parte migrantes, que viveram a maioria um longo período de internação psiquiátrica e que hoje vivem na residência terapêutica. Chama atenção o fato de que as residências masculinas, tidas como ponto de comparação pela autora, apresentam regras distintas daquelas destinadas às mulheres, o que evidencia o atendimento desigual a que estão submetidos os pacientes/usuários do serviço se tomamos gênero como um operador de hierarquia e desigualdade.

O artigo de Eliane Diehl, Marina Ravazzi e Fernanda Becker analisa o processo de dispensação de medicamentos controlados referentes às doenças de tipo depressivo, feito em uma das unidades de saúde de Florianópolis. O levantamento das receitas, feito durante um período de dois meses, permitiu perceber que não apenas os médicos especialistas em saúde mental (no caso, os psiquiatras) têm receitado fluoxetina, mas

também os clínicos gerais tem assumido esta tarefa para si, sugerindo que não se pode deixar de analisar a crescente ambulatorização da saúde mental no contexto mais amplo de universalização do sistema de saúde. Também chama atenção a maior incidência de mulheres como destinatárias dessas receitas. Além de trabalharem com os dados quantitativos e documentais, as autoras não puderam deixar de perceber a importância da dimensão qualitativa e, junto aos dados quantitativos analisados, oportunizam o acesso aos casos de três mulheres usuárias dos medicamentos dispensados na Unidade de Saúde. O contato com as usuárias permite perceber a importância da abordagem qualitativa, que dá visibilidade à dimensão subjetiva. O fato de muitas mulheres usarem a fluoxetina como forma de aliviar sofrimentos dos mais diversos matizes (constatado a partir da análise das receitas) não permite por si só acessar os significados que as aflições e os medicamentos têm para os sujeitos que as vivenciam, expresso por exemplo de maneira eloquente pela fala de uma delas que considera a fluotexina sua melhor amiga.

O artigo de Rogerio Azize parte de seu trabalho de doutoramento, em andamento, sobre o tema das neurociências, segue na linha de seus estudos anteriores, acerca da forte presença da indústria farmacêutica na formação e na prática médica. Do ponto de vista de um “ não-prescritor”, traz uma espécie de etnografia do congresso brasileiro de Psiquiatria, que foi acompanhado pelo antropólogo, com o propósito de

perceber as influências da indústria farmacêutica nos eventos de caráter “científico” que, em tese, capacitam e atualizam os médicos em relação às doenças e aos procedimentos de alívio e de cura. Partindo de um relato extremamente bem-humorado, no qual o antropólogo não poupa nem a si mesmo de descrever-se de forma irônica, Rogério descreve a organização e o cotidiano do evento, particularmente a parte destinada à sociabilidade e à publicidade dos novos medicamentos produzidos pelas grandes multinacionais, não sem chamar atenção para a presença de tensões e dissonâncias entre os congressistas no que se refere à assumida influência dos “patrocinadores” nas prescrições e propostas dos psiquiatras-conferencistas. A presença de críticas à excessiva medicamentação da saúde mental aparece nas falas de bastidores escutadas no congresso.

Fabíola Rohden, cujos trabalhos sobre a construção da particularidade da “mulher” pelo discurso biomédico e constituição das assim chamadas “medicinas das mulher” são referências fundamentais para quem se debruça sobre a interface entre gênero e saúde, neste artigo faz uma análise comparativa dos trabalhos produzidos no âmbito das faculdades de Medicina do século XIX, no Brasil, com os artigos publicados em algumas revistas de divulgação científica atualmente disponíveis em bancas de revistas também no Brasil, acerca de temas ligados ao cérebro humano, com forte destaque às diferenças de gênero. Segundo as revistas

analisadas, a pequena diferença existente entre homens e mulheres é transformada em grandiosa diferença, por estar situada no nível do cérebro e, mais recentemente, nos hormônios. É, de fato, impressionante como estas revistas veiculam, a partir de dados e discursos de grande legitimidade “científica”, ideias em sua estrutura muito similares às aquelas demonstradas e professadas pelos acadêmicos de medicina do final do século XIX, apesar do (suposto) longo tempo que nos separa deles e, mais do que isto, apesar das (talvez não tão profundas como gostaríamos) rupturas que os movimentos feministas e movimentos teóricos teriam provocado nas concepções contemporâneas daqueles que fazem “ciência” num contexto mais igualitário como o atual. De fato, o que as revistas analisadas demonstram aponta para a permanência das representações diferencialistas e essencialistas de gênero, e para como as neurociências e teorias/ideias que em torno delas orbitam cumprem um papel central na reprodução dessas representações, sendo hoje o cérebro o novo foco de substancialização da diferença.

Finalmente, publicamos uma entrevista com Maria Lucia da Silveira, autora do trabalho pioneiro⁵ sobre mulheres e “doenças dos nervos” em uma comunidade do interior de Florianópolis, que foi publicado como livro em 2000 . Nessa entrevista, feita em julho de 2009, Maria Lucia faz uma espécie de revisitação da etnografia que fez nos anos 90. Ela relata que, a partir de sua insatisfação profissional enquanto médica,

com os limites da relação médico-paciente, seu trabalho naquele momento chamava a atenção, com a veemência que lhe é particular, para a importância de uma perspectiva antropológica na formação dos profissionais de saúde, que levasse em consideração as falas das pacientes que buscam os postos de saúde, hospitais e mesmo farmácias, em busca de remédios e de escuta para suas aflições. Naquele momento, anterior ao “boom” das doenças depressivas que hoje atingiriam diferentes camadas sociais, a médica-antropóloga chamava atenção para os detalhes das narrativas de sofrimentos dos nervos das mulheres pesquisadas, apontando para as fortes conexões entre os ataques de nervos e os limites dos papéis femininos atribuídos a elas, notadamente o confinamento ao espaço doméstico e familiar, incluindo a conjugalidade, aspecto que não deixa de aparecer nas pesquisas expostas nesta coletânea. No seu trabalho, de grande pioneirismo ainda hoje, ao incorporar a perspectiva de gênero em diálogo com outros no campo das perturbações físico-morais à época, notadamente os de Luiz Fernando Dias Duarte, a autora chamava atenção para o uso que as mulheres faziam da linguagem dos nervos para chamar atenção sobre seus padecimentos cotidianos, em grande parte relacionados ao casamento e às atribuições tidas como femininas, de modo que “os nervos” chancelam uma alteração no cotidiano e uma forma de reconhecimento de si no contexto familiar. Maria Lucia chama atenção, na entrevista, para o costume, que encontramos em campo ainda hoje, de as

mulheres fazerem estoques domésticos de medicamentos “receita azul” (ou “tarja preta/controlados”), que não são disponibilizados de maneira fácil nos serviços de saúde, o que, em sua opinião, seria uma forma de evitar uma possível falta desta “companhia” segura que o mesmo parece encarnar, mas também uma espécie de pretexto para aprofundar redes de troca de informações e compartilhamento de experiências a partir do sofrimento.

Esperamos, com os artigos publicados neste livro contribuir para uma reflexão crítica sobre gênero e saúde no campo das políticas de saúde mental no Brasil, e sobretudo para a necessidade de se repensar a forma como os saberes e tecnologias do campo da biomedicina tem servido para construir, reproduzir e reforçar as desigualdades e hierarquias de gênero.

NOTAS

¹ Cf. Maluf, Sônia Weidner. *Gênero, subjetividade e “saúde mental”: políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e “saúde mental”*. Projeto de Pesquisa. CNPq; Fapesc. A pesquisa foi co-coordenada por Carmen Susana Tornquist e contou com uma ampla equipe que envolveu professoras da UFSC e da UDESC, doutorandos, mestrandos, alunos de graduação e bolsistas de Iniciação Científica, além de participantes externos voluntários. Agradecemos os financiamentos do CNPq (Editais Universal e Ciências Humanas) e da Fapesc. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC

(n. 355/06), Sobre questões de ética na pesquisa antropológica em saúde e seus desdobramentos específicos nesta pesquisa, ver Langdon, Maluf e Tornquist (2008),

² Falar genericamente de Brasil contemporâneo faz sentido quando levamos em conta que essa disseminação do uso de medicamentos psicotrópicos atinge não apenas populações urbanas, mas também indígenas e rurais.

³ Neste último caso entram pesquisas sobre o tema desenvolvidas sob nossa orientação.

⁴ Que apesar de estarem formalmente vinculados à equipe de pesquisa não participaram cotidiana e sistematicamente de suas atividades.

⁵ SILVEIRA, 2000.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LANGDON, E. Jean; MALUF, Sônia W.; TORNQUIST, Carmen Susana. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados In: Guerreiro, Iara et all. *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo : Hucitec, 2008, p. 128-147.

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



**GÊNERO, SAÚDE E AFLIÇÃO:
POLÍTICAS PÚBLICAS, ATIVISMO E EXPERIÊNCIAS SOCIAIS**



Sônia Weidner Maluf

O deslocamento da experiência de sofrimento e aflição para o campo da saúde nas culturas urbanas contemporâneas no Brasil tem sido objeto de estudos e reflexões no campo das ciências sociais, dos estudos em saúde coletiva e da antropologia em particular.¹ Questões como a medicalização e medicamentação da subjetividade, patologização do sofrimento, terapeutização das escolhas individuais são tratadas pela literatura antropológica mais recente como sinais de uma expansão dos domínios de atuação da biomedicina e de extensão do campo do patológico para dentro do que tradicionalmente estaria nos domínios do “normal”². O alongamento da lista de transtornos de ordem mental nos DSMs III e mais recentemente o IV³, a multiplicação de escolhas medicamentosas que prometem o alívio do sofrimento psíquico e o crescimento da indústria de medicamentos ocorrem num contexto de expansão do poder da biomedicina em seu sentido amplo. No Brasil, todas essas questões combinam-se com

algumas particularidades, entre elas o movimento pela desinstitucionalização da saúde mental, através da Reforma Psiquiátrica brasileira⁴, e de uma política de acesso ao atendimento público de saúde e na complexa dinâmica em que universalização do acesso a saúde é vista como sinônimo de distribuição massiva de medicamentos pela rede pública. Se, de um lado, os hospitais psiquiátricos estão fechando leitos (ou deveriam estar), como uma das metas da reforma psiquiátrica, por outro, a psiquiatria está cada vez mais presente nos ambulatórios, e os medicamentos psicotrópicos sendo cada vez mais utilizados para além dos tratamentos psiquiátricos convencionais. Essa disseminação do uso de psicofármacos e psicotrópicos de todo tipo, com ênfase nos últimos anos nos antidepressivos, inclusive entre mulheres de classes populares, rurais e mulheres indígenas foi um dos fatores que inspirou a realização da pesquisa cujos resultados estão neste livro.⁵

Observamos, junto com outros estudos sobre o tema, que a constituição e o contexto atual do campo da chamada “saúde mental”⁶ no Brasil, têm evidenciado três aspectos complementares. Em primeiro lugar, a mudança, nos últimos anos, de um modelo manicomial e exclusivamente psiquiátrico de atendimento para um modelo ambulatorial, disseminado e onde não só a psiquiatria passa a ser exercida nos espaços de atendimento público⁷, como as questões ligadas ao cuidado da “saúde mental” e as terapias medicamentosas nesse campo passam a ser largamente exercidas por outras especialidades

da medicina. Alguns autores identificam nessa mudança do modelo manicomial para o ambulatorial um processo de “psiquiatrização” da medicina⁸. Em segundo lugar, e este também não é um fenômeno específico do Brasil, ocorre, a partir do final dos anos 70, um processo de remodelização ou biologização da psiquiatria⁹, consolidado sobretudo com a publicação do DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), editado pela Associação Americana de Psiquiatria¹⁰, trazendo uma compreensão das doenças mentais como “entidades mórbidas distintas e universais” (Aguiar, 2004: 22) e uma substituição da relação terapêutica médico-paciente pelo “controle farmacológico dos sintomas” (idem)¹¹. Em terceiro lugar, e aqui sim falamos especificamente do Brasil e mais especificamente ainda ao estado de Santa Catarina, constatamos a alta disseminação do uso de psicofármacos e psicotrópicos de todo tipo, com ênfase nos últimos anos nos antidepressivos, não apenas pelas suas chamadas consumidoras tradicionais vinculadas às classes médias e altas, mas agora cada vez mais entre mulheres de classes populares, rurais e mulheres indígenas.¹² É esse terceiro fenômeno, do alto consumo de psicofármacos entre mulheres de camadas populares, somado ao uso de um vocabulário e de um quadro semântico para falar de sua perturbação (depressão, pânico, etc), que até alguns anos atrás estaria identificado, de um lado, a uma cultura psicológica ou psicanalítica específica das classes médias e, de outro, a uma racionalização médica da experiência subjetiva, ou seja a uma

concepção predominantemente individualista de corpo e pessoa, que interessou particularmente investigar na pesquisa que deu origem a este livro.

Uma de nossas questões foi sobre o quanto esse fenômeno relativamente recente, mas disseminado, de consumo de medicamentos psicotrópicos e de uso de uma linguagem ou dialeto médico também entre mulheres de classes populares, caracterizaria uma mudança significativa na percepção dos sofrimentos entre estes setores, vistos como tradicionalmente menos afeitos aos discursos psicologizantes e biomédicos¹³, em relação ao predomínio já discutido em outros trabalhos do chamado paradigma dos “nervos” (Duarte, 1986; Silveira, 2004 entre outros), em que o físico e o moral/psicológico não são vistos como dimensões separadas da experiência. Esta questão, apesar de sua importância na contemporaneidade, ainda tem sido pouco abordada pelos estudos antropológicos tanto na área de gênero quanto na de saúde.

OS ESTUDOS ANTROPOLÓGICOS DE SAÚDE, GÊNERO E DO *NERVOSO*

Os estudos de antropologia da saúde cresceram enormemente nos últimos anos, estabelecendo-se como um campo em pleno processo de consolidação no interior da antropologia brasileira, incluindo seus desdobramentos específicos, como saúde indígena, gênero e saúde, religião e processos de cura, saúde mental, entre outros. No caso da temática genérica de “saúde mental” e aflição, incluindo a

questão da “doença dos nervos”, o gênero tem aparecido em sua relevância etnográfica – tanto quantitativa, ou seja, pelo alto índice de mulheres sofredoras desse tipo de perturbação, quanto qualitativa, pela forma como as representações e ideologias da diferença de gênero conformam as experiências sociais da doença e do sofrimento psicológico, físico-moral ou do *nervoso*¹⁴. No entanto poucas são as reflexões, no caso brasileiro, que dialogam com uma perspectiva de gênero. Apesar da relevância etnográfica e fenomenológica do gênero, na já grande produção antropológica brasileira sobre doença e perturbação, saúde mental, cultura psicanalítica e, sobretudo, doença dos nervos¹⁵, as abordagens de gênero são escassas.¹⁶

No campo dos estudos de gênero, as abordagens sobre saúde têm se restringido quase que em sua totalidade às questões de saúde sexual e reprodutiva e às questões cidadania e de acesso ao atendimento e ao cumprimento das políticas públicas de saúde. Outros estudos, em uma abordagem genealógica foucaultiana, situam a medicina e o campo biomédico como discursos e saberes que instituem processos de subjetivação e de diferenciação de gênero (Laqueur, 2001 e Rohden, 2001 e artigo nesta coletânea).¹⁷ Nesta área, têm sido recorrentes as controvérsias entre abordagens que consideram os processos de medicalização da reprodução como propiciadores de uma maior autonomia das mulheres sobre seus corpos e sua sexualidade; e num outro extremo, estudiosas que consideram este processo um fato de maior dependência

das mulheres da tecnologia, da indústria farmacêutica e, portanto, de perda de autonomia das mulheres, dado os contextos políticos e econômicos mais amplos nos quais estão inseridas. Os casos da pílula anti-concepcional, das novas tecnologias reprodutivas, da assistência ao parto e da cirurgias plásticas são exemplos emblemáticos destas controvérsias e reveladores das complexidades existentes entre os processo de medicalização do corpo e da vida e, mais especificamente, do corpo e da vida das mulheres.¹⁸

Os estudos antropológicos sobre perturbação e nervos têm em geral estabelecido uma dicotomia entre dois modos ou modelos distintos de conceber a Pessoa (e a subjetividade) entre classes médias e classes populares no Brasil¹⁹. A configuração dos nervos é o paradigma central de um modelo descrito como predominante entre as camadas populares, centrada em uma concepção holística e relacional da Pessoa e oposta a uma configuração psicológica focada na noção de indivíduo interiorizado e autonomizado.²⁰ Na chamada configuração dos nervos, o sofrimento e a aflição são descritos através da combinação de sintomas físicos – dor nas pernas, taquicardia, cansaço etc. – com sintomas de ordem emocional – vontade de chorar, explosão de raiva, vontade de quebrar a casa, falta de vontade, apontando para o modelo que Luiz Fernando Duarte denominou *físico-moral* (diferente tanto da racionalização biomédica quanto da psicologização, que separam a experiência afetiva e emocional da experiência física, orgânica ou corporal).

Estudos antropológicos referentes aos anos 70 e 80, entre as classes médias urbanas brasileiras, apontavam para a emergência de um modelo de subjetividade bastante influenciado pelos discursos psicológicos e/ou psicanalítico (falar de si, dar visibilidade ao fato de frequentar um analista, utilizar linguagem especializada do jargão psicológico ou psicanalítico).²¹ Esse último seria um modelo mais psicologizado ou individualista, específico como ideal de certos segmentos das classes médias urbanas brasileiras.²² Nesse caso, a psicanálise e as psicoterapias de modo geral são tomadas como formas culturais particulares, conformadas dentro de certa configuração de valores do mundo moderno.²³ Estes seriam, ao mesmo tempo, valores predominantes (englobantes) no discurso e nas instituições modernas, mas específicos ou próprios a certos segmentos sociais. Nos últimos anos, no entanto, esse chamado “paradigma psi” de certos setores das classes médias urbanas também nestas deslocou-se para, ou deu lugar a, um paradigma biomédico (e fisicalista), num processo combinado de patologização da experiência e medicalização do cotidiano. Ou seja, entre as classes médias mais individualizadas o modelo biomédica viria substituindo o modelo chamado “psicológico” constatado por estudos antropológicos nos anos 70 e 80.

A pergunta que a disseminação do uso dos psicofármacos e do dialeto médico-psiquiátrico entre mulheres de classes populares nos coloca é o quanto esse fenômeno significa um

deslocamento da linguagem e do paradigma dos nervos para um outro paradigma – não exatamente o da configuração psicológica, na medida em que não é mais possível falar da psiquiatria (hoje remedicalizada e rebiologizada) como pertencente ao campo psi, mas o de uma racionalização médica da experiência subjetiva e do sofrimento. O quanto o idioma social da doença, do sofrimento e da aflição teria se deslocado com essa expansão e disseminação não apenas da linguagem médica, mas de seus modelos de adoecimento e cura. Nesse caso o medicamento passaria a ser uma espécie de “língua franca” nos discursos sobre a subjetividade – o medicamento colocaria ainda o sujeito num patamar de experiência compartilhada com outros sujeitos, do mesmo e de outro segmento social. Ao mencionar o confronto desses modelos resumidos na matriz dos “nervos” e na matriz “psicologizante” ou mesmo fisicalista, não estou nem aderindo a uma dicotomização às vezes redutora entre cultura das classes médias e das classes populares por um lado, nem considerando que esses modelos não sejam operacionais ou heurísticos.²⁴ Uma de nossas hipóteses iniciais foi justamente quanto à existência de um deslocamento ou mudança, entre as camadas populares urbanas brasileiras, em anos recentes, da configuração dos *nervos* (fundamentada em uma concepção que ultrapassa as dicotomias mental-orgânico ou físico-psicológico) para um modelo que incorpora parcialmente uma concepção psicológica do sujeito e principalmente uma concepção medicalizada e racionalizada da subjetividade. Ou mesmo para uma

reconfiguração e recombinação desses dois modelos para além da perspectiva dicotômica, como os estudos de campo realizados no âmbito da pesquisa (ver demais artigos desta coletânea) parecem demonstrar. Um exemplo, que reapareceu nas diversas pesquisas de campo empreendidas pela equipe de pesquisa, é a fala de mulheres que recorrentemente se referiam a sua perturbação e aos motivos de estarem utilizando antidepressivos através de categorias como “depressão” de modo geral e, mais especificamente, síndrome do pânico, ou “pânico”, e eventualmente fibromialgia (doença descrita como um conjunto de dores corporais que “atingiria sobretudo mulheres”, diagnosticada clinicamente e tratada com antidepressivo). Mas até que ponto a utilização de uma categoria médica significa a adoção dos mesmos sentidos dados a esta pelo campo biomédico e científico? Essas questões sobre as especificidades das culturas populares em relação às concepções de saúde, corpo e pessoa, à circularidade dos níveis culturais e em relação ao significado do medicamento serão retomadas mais adiante. Antes vou situar o contexto mais amplo das políticas de saúde, saúde mental e saúde da mulher no Brasil e como a questão de gênero e saúde mental tem sido articulada na esfera governamental, do Estado e das políticas públicas, como aparecem no discurso dos movimentos sociais, e como se configuram nas falas e narrativas sobre as experiências sociais de mulheres em relação a suas aflições, adoecimento e formas de alívio, tratamento ou cura. Um confronto entre esses discursos e práticas sociais pode nos dar uma idéia das diferentes

configurações em torno de gênero, saúde e aflição que emergem no contexto mais amplo da “saúde mental” no Brasil.

DIFERENÇA E MEDICALIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA?

Como uma tendência contemporânea para uma racionalização biomédica da vida subjetiva se desdobra e se reflete no plano de políticas e programas governamentais nas áreas de saúde mental e gênero?²⁵ O contexto das políticas de saúde mental no Brasil hoje é o da Reforma Psiquiátrica, levada a cabo a partir de um amplo programa de “desinstitucionalização” dos pacientes, que busca romper com o modelo manicomial.²⁶ Esses programas governamentais propõem também a criação de uma ampla e disseminada rede pública de atendimento ambulatorial e clínico, tanto nas unidades básicas de atenção à saúde já existentes, quanto na criação de outros espaços como os CAPS (Centros de Atendimento Psicossocial), espaços mais especializados, destinados aos chamados casos considerados pelos profissionais como de “maior complexidade” ou a alguns transtornos específicos, como adição a álcool ou drogas (os CAPS-ad).

É também necessário reconhecer que política pública não é apenas o documento público institucional, como os planos nacional, estaduais e municipais de saúde mental ou de saúde da mulher e os diversos programas terapêuticos, mas também tudo aquilo que os profissionais e agentes de saúde que atuam no atendimento básico à saúde fazem no cotidiano de seu trabalho, sobretudo no que diz respeito à relação com os

pacientes e “usuários”²⁷ desses serviços. Nesse sentido, para analisar as políticas públicas, foi feita, durante a pesquisa, uma leitura atenta dos diversos planos e políticas de saúde mental, em nível nacional, estadual e municipal, assim como de alguns programas terapêuticos de unidades básicas de saúde, para chegar finalmente às práticas e discursos dos profissionais e agentes sociais que lidam cotidianamente e diretamente com as pessoas denominadas “usuárias” do sistema e dos serviços públicos de saúde.²⁸

No que diz respeito às políticas públicas e governamentais em relação a saúde mental, as mulheres são mencionadas a partir do que seriam suas situações de “vulnerabilidade”, ligadas à noção de “ciclo de vida”, conforme veremos adiante. As Diretrizes Nacionais de Saúde Mental de 1977 definiam, entre outras coisas, a necessidade de ações de prevenção primária “visando os grupos de maior risco: gestantes, mães, adolescentes e geriátricos, no intuito de reduzir, nesta população [...] o surgimento de alterações e a promoção [*sic*] de níveis de saúde mental satisfatórios” (*apud* Cardoso, 1999:36). As mesmas Diretrizes previam a “formação de grupos de mães e gestantes” (Cardoso, 1999:37), definindo os seguintes objetivos:

No caso das gestantes, a finalidade é conscientizar a futura mãe do processo vivenciado, desfazendo fantasias, reduzindo ansiedade e orientando-a nos cuidados necessários para o desenvolvimento satisfatório do conceito.[...] promover o adequado relacionamento mãe-filho, evitando a conhecida ‘síndrome de privação’

e ensejando o bom relacionamento físico, mental e emocional da criança. (Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes Programáticas de Saúde Mental. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 6. Brasília, 1977, *apud* Cardoso, 1999, p. 37)

No caso específico das políticas de saúde voltadas para as mulheres, a quase totalidade dessas políticas, (expressa por exemplo no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, de 1984) é ocupada com as questões de saúde reprodutiva e prevenção. Como veremos adiante, esse quadro não mudou substancialmente, e foi apenas muito recentemente, após a II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, em 2007, que a necessidade de uma política de saúde mental também na perspectiva de gênero começou a ser discutida. O II Plano Nacional de Políticas para Mulheres, aprovado a partir da II Conferência, prevê, entre as prioridades em relação ao item “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”:

Promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais. (Brasil, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas para Mulheres*. Brasília, 2007, p.15)

E entre as metas para o período:

Implantar cinco experiências-piloto, uma por região, de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero. (Idem, p.16)

No mesmo item sobre saúde do documento, reforça-se a ênfase aos “direitos reprodutivos” e à noção de “ciclo vital” e de “ciclo de vida” das mulheres, definido pelas diversas fases de seu ciclo biológico, como mulheres no “climatério”, “jovens e adolescentes”.

A “depressão pós-parto” tem aparecido de forma mais detalhada nas preocupações do Ministério da Saúde. É citada em diversos documentos do Ministério. O Manual Técnico sobre pré-natal e puerpério, de 2006, dedica um item inteiro aos “Aspectos emocionais da gravidez e do puerpério”, introduzido da seguinte maneira:

as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, notadamente, no caso de gestantes adolescentes que, pelas especificidades psicossociais da etapa evolutiva, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez. (Brasil, Ministério da Saúde. *Manual Técnico. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada*. Brasília, 2006, p.35)

Definindo uma série de procedimentos na relação do médico ou profissional com a paciente, o documento também descreve o que seriam reações ou sintomas “típicos” para cada etapa da gravidez, culminando com os sintomas do puerpério. O documento também cita a redução dos casos de depressão pós-parto como um dos efeitos de uma política de

“acolhimento” da mulher nas unidades de saúde e principalmente na aceitação de um acompanhante de sua escolha (*idem*, p. 15).

A necessidade de uma política de saúde mental numa perspectiva de gênero foi também objeto de uma reunião no Ministério da Saúde, em que foram levantados diversos aspectos de uma política específica voltada para as mulheres.²⁹

Na dimensão local da aplicação das políticas públicas, as especificidades e cada contexto evidenciam um quadro bastante heterogêneo. No caso dos programas terapêuticos de algumas unidades básicas de saúde e principalmente nas práticas dos profissionais que ali atuam, percebemos em primeiro lugar, em muitos casos, um desconhecimento dos planos de saúde mental tanto nacionais quanto estaduais, assim como dos planos de saúde das mulheres.³⁰ Em segundo lugar, há uma heterogeneidade muito grande nas práticas de atendimento, que vão da distribuição de medicamentos psicotrópicos à implantação de outras formas de tratamento ou apoio, como grupos terapêuticos, grupos de idosos, grupos de mulheres em tratamento de depressão e outros transtornos, passando por aulas de alongamento e ginástica, acupuntura, homeopatia, fitoterapia e arteterapia entre outros. Mas, mesmo constatando que as práticas não são homogêneas, não se pode negar o peso que a distribuição generalizada de medicamentos como benzodiazepínicos e antidepressivos tem hoje no atendimento público (não apenas nos CAPS, especializados em saúde mental

ou psicossocial, mas também e sobretudo nas unidades básicas de saúde). Temos muitos exemplos da pesquisa de campo realizada, relatados tanto por pacientes quanto por profissionais que atuam nessas unidades, além dos números relativos à distribuição e consumo desses medicamentos, em que salta aos olhos o fato de que a maioria esmagadora de consumidores desses medicamentos na rede pública são mulheres³¹. Esses dados nos fazem questionar: apesar de não haver uma política explícita e consolidada de gênero de saúde mental nos programas oficiais, percebe-se que na aplicação da política de saúde, no cotidiano das unidades de saúde e dos Centros de Atendimento Psicossocial, uma política da diferença e a evidência de um discurso da diferença de gênero se faz presente; na prática há uma política sendo implantada ou reproduzida, uma política que implica na medicalização e medicamentação de mulheres usuárias do serviço público.

A pesquisa feita nos documentos governamentais e junto aos agentes e profissionais de atenção básica à saúde nos apontou para alguns pontos que consideramos importantes na discussão de uma política sobre gênero e saúde mental, sobretudo no que diz respeito ao atendimento básico e público, entre eles: 1) a necessidade de se fazer um balanço crítico de algumas práticas institucionais que acabam reforçando a desigualdade de gênero; 2) a constatação de uma realidade de hipermedicalização e hipermedicamentação das mulheres com o uso de psicofármacos; 3) a confusão entre

democratização e universalização do acesso à saúde e a distribuição massificada de medicamentos, o que implicaria em repensar o atendimento básico em saúde mental em relação à necessidade de uma política terapêutica (e psicoterapêutica) menos medicamentosa, ou seja; 4) necessidade de uma política de saúde mental que ofereça outros tratamentos além da medicamentação, como acompanhamento terapêutico sistemático, entre outros; 5) a necessidade de se repensar os modelos de cuidado, saúde, doença, sofrimento e cura também nas políticas oficiais de saúde da mulher e de saúde mental; 6) a ruptura com um modelo de saúde da mulher assentado na visão biologicista do “ciclo de vida” e das fases da vida reprodutiva das mulheres como determinantes de maior ou menos “vulnerabilidade” destas a problemas de saúde mental. Além destes pontos especificamente voltados à questão de gênero e saúde mental, é preciso uma reflexão sobre o processo de desinstitucionalização dos pacientes internos trazido pela Reforma Psiquiátrica e o que parece ser o seu contraponto no plano da política pública, a crescente medicamentação e patologização dos pacientes na atenção básica.

Essas questões se evidenciam não apenas pela leitura das políticas governamentais ou pelas falas dos profissionais de saúde. É sobretudo através do confronto entre os discursos das políticas de governo em torno de saúde mental e de saúde da mulher, as plataformas políticas dos movimentos sociais e as experiências sociais de mulheres de camadas populares em

seus cotidianos que somos levadas a questionar sobre o que seria então essa “perspectiva de gênero” vista como necessária nas políticas de saúde mental. O que constatamos é que, nos diferentes discursos - de quem elabora as políticas públicas, da indústria farmacêutica e dos próprios movimentos (como veremos a seguir) - a perspectiva de gênero se reduz à definição do que seriam especificidades femininas quanto à aflição e ao sofrimento, especificidades em geral ligadas à noção de “ciclo de vida” biológico, que remeteria a uma maior “vulnerabilidade” das mulheres em situações como adolescência, gravidez, pós-parto e menopausa, prevalecendo um modelo fisicalista e de racionalização médica da diferença de gênero. Um argumento a ser desenvolvido é de que uma perspectiva crítica de gênero nas políticas de saúde da mulher (incluindo saúde mental) deveria ter o sentido exatamente inverso ao constatado: deveria ter como objetivo rever as práticas que reforçam concepções reificadoras e reprodutoras da diferença sexual. Isso implicaria não apenas em mudanças no texto dos planos governamentais, mas também na formação dos profissionais de saúde e no questionamento dos próprios paradigmas do discurso e dos saberes biomédicos, historicamente comprometidos com a reprodução da diferença e da desigualdade.

GÊNERO E SAÚDE NOS MOVIMENTOS SOCIAIS

Particularmente em relação ao tema gênero e saúde, grande parte das pesquisas acadêmicas, fontes de

financiamento, políticas institucionais e governamentais, discursos e práticas militantes têm se dado em torno especificamente da questão da saúde sexual e reprodutiva – com ênfase em prevenção de DSTs-Aids, contracepção, aborto e saúde materna. Essa tem sido a “agenda comum” não explícita das diferentes esferas governamentais e militantes, em grande parte determinada pelas políticas de financiamento (e pelos órgãos de fomento à pesquisa), mas também pelas ações, estratégias e políticas de intervenção social vinculadas aos movimentos sociais e às ONGs.

No caso específico dos movimentos e organizações feministas (incluindo as ONGs que trabalham com a temática do gênero), em um levantamento preliminar realizado junto a esses grupos e ONGs, os projetos desenvolvidos por estes, e nos encontros feministas, como o 10º Encontro Feminista Latino-Americano e do Caribe, constatamos que a ênfase na saúde reprodutiva tem relegado a um segundo plano a própria questão da sexualidade.³² Mesmo quando os diferentes discursos apontam para a saúde como um tema central e estratégico para o movimento feminista, no que concerne particularmente ao campo da saúde mental o ativismo político feminista e as ações da ONGs se resumem a alguns trabalhos na área de assistência psicológica e a alguns projetos incipientes em torno dos vínculos entre violência e saúde mental³³. O desenvolvimento da pesquisa junto aos movimentos, redes e grupos pela igualdade de gênero apenas reforçou e nos deu

evidências mais concretas dessa constatação. Mas, além disso, constatamos que grande parte da política dos movimentos sociais em relação a saúde e saúde mental estão voltadas para uma demanda por mais acesso ao atendimento e aos medicamentos, dentro de uma agenda política de universalização dos direitos e de equidade no acesso aos recursos de “última geração” oferecidos pela biomedicina, mais notadamente, aos medicamentos. Ou seja, predomina nos grupos ativistas e movimentos sociais em geral uma visão que confunde universalização, democratização e acesso à saúde com distribuição de medicamentos. A indústria farmacêutica é denunciada pelo monopólio das patentes dos medicamentos, pelos altos preços, mas muito pouco ou nada questionada pelas concepções de adoecimento, cura e saúde ou pela própria lógica que predomina na produção e pesquisa de novos medicamentos, o que implicaria num questionamento das noções mesmo de desenvolvimento e progresso da ciência.³⁴ Por outro lado, assim como nas políticas governamentais, grande parte dos discursos ligados ao ativismo e aos movimentos sociais, incluindo os feministas, acaba também por reduzir a discussão sobre gênero e saúde mental ao ciclo biológico das mulheres, o que remete a uma noção de pessoa e de sujeito, no que diz respeito a estas, que, mesmo em suas experiências de aflição, as (nos) reduz a um corpo.

O questionamento dessa perspectiva não se dá apenas pela referência a uma abordagem teórica proporcionada pelos

estudos de gênero que combate a redução da diferença ao biológico e constrói a crítica dos saberes médicos e científicos como discursos e saberes que reproduzem a diferença e a desigualdade de gênero³⁵, mas no caso desta pesquisa é provocado pelo confronto dos discursos “oficiais” com o das próprias mulheres que são objeto dessas políticas, como veremos a seguir.

AS EXPERIÊNCIAS SOCIAIS

É justamente a partir dos diferentes discursos e experiências sociais que esses modelos fisicalistas e racionalizadores da experiência da aflição entre mulheres são confrontados de forma mais evidente na pesquisa. Esse, ao lado das políticas públicas e do ativismo constituiu-se na terceira vertente de nossa abordagem. Por experiências sociais estamos designando a dimensão da vivência e produção de saberes e discursos por parte daquelas que são justamente o “público alvo” das políticas públicas e da atuação dos profissionais e agentes de saúde: as mulheres das classes populares.

Essa perspectiva não implica de forma alguma na reificação da dicotomia entre “fato” e “valor”, representada nos estudos antropológicos de saúde por uma abordagem fenomenológica da experiência de sujeitos individuais de um lado e na abordagem das representações sociais da doença, do corpo e da pessoa. Nosso entendimento teórico e reflexivo sobre questões como doença, aflição e sofrimento e das estratégias de ação e significação dadas pelos diferentes atores

sociais tem como ponto de partida a ideia de que experiência e seus sentidos sociais são duas dimensões complementares em uma abordagem antropológica da saúde. As falas, relatos e narrativas das mulheres sobre sua experiência de aflição, sofrimento e adoecimento, e sobre seus itinerários e estratégias de cura, alívio etc., em geral articulam-se com outras dimensões da experiência e da existência e enunciam mais do que interpretações do vivido no campo do adoecimento e da cura. Além de veicularem visões de mundo, valores e concepções de corpo, pessoa, família etc., também a situação da pesquisa e a oportunidade de contar, narrar suas experiências são apropriadas por elas como um momento de autorreflexão e de autoconstrução.³⁶

Na abordagem das experiências sociais, a pesquisa desdobrou-se em diversos trabalhos de campo específicos feitos junto a comunidades e bairros populares de Florianópolis, entre eles os bairros Rio Vermelho, Rio Tavares e Monte Cristo, este último sendo aquele em que a pesquisa durou mais tempo e implicou em uma imersão mais densa na comunidade³⁷, sendo também o bairro com característica mais marcada de bairro popular urbano que congrega populações de classes trabalhadoras (em emprego formal ou informal).

Percebemos mais fortemente no bairro Monte Cristo, mas também nos demais, algumas mudanças no perfil sócio-cultural e nos valores predominantes em estudos anteriores.³⁸ Quando empreendi, em meados dos anos 80, uma pesquisa sobre

narrativas de bruxaria, gênero e poder em localidades em torno da Lagoa da Conceição, em Florianópolis³⁹, predominava nessas localidades uma dinâmica de bairro rural ou comunidade, em que as redes de apoio, parentela e vizinhança predominavam. Mesmo com muitas mulheres trabalhando na prestação de serviços nas casas mais abastadas da comunidade ou no comércio na cidade, grande parte de suas atividades e preocupações girava em torno do espaço doméstico e familiar e da vida na comunidade. Na pesquisa sobre mulheres e doenças dos nervos no bairro Campeche, de Maria Lúcia Silveira realizada no final dos anos 90, as queixas das mulheres estavam ligadas principalmente a questões que envolviam família e espaço doméstico, ou seja, ao espaço da casa, ao trabalho doméstico, à relação com marido e filhos. Esse quadro, mesmo nas comunidades tradicionais de Florianópolis, tem mudado nos últimos anos, os antigos “nativos” descendentes de colonos açorianos ou de ex-escravos passando a constituir uma população mais próxima às classes populares urbanas de cidades de médio e grande porte.⁴⁰

Na pesquisa de campo desenvolvida no bairro Monte Cristo, bairro que tem como origem um movimento de ocupação e conquista, constata-se que as queixas mais fortes por parte das mulheres não se referem exclusivamente a conflitos na esfera doméstica e familiar, mas estão ligadas ao contexto de violência no bairro, a relatos sobre tiroteios no meio da madrugada, acertos de conta, filhos na prisão etc., e a

questões relativas a trabalho e dinheiro, sugerindo um outro perfil para essas mulheres, que se autodefinem agora menos como donas de casa e mais como mulheres trabalhadoras urbanas, muitas delas provedoras do lar e mantenedoras dos laços familiares. Além disso, conforme apontam Tornquist, Andrade e Monteiro (no artigo nesta coletânea), para muitas dessas mulheres a luta de ocupação e conquista do espaço para morar no bairro é uma referência constante nas falas das moradoras, que ressignificam sua experiência atual a partir do fato passado da luta política e pela sobrevivência.

Nossas pesquisas junto a essas mulheres moradoras de bairro periféricos de Florianópolis nos têm, ao contrário do discurso hegemônico tanto nas políticas de governo quanto nas plataformas de parte dos movimentos sociais, apontado para outras questões que pontuam o discurso e as narrativas delas sobre suas aflições, em geral ligados a experiências sociais vistas como “perturbadoras”, articuladas em geral a suas vivências cotidianas e ao seu contexto social, cultural e econômico e não a uma percepção de fases em seu “ciclo de vida”, tal como colocam as políticas públicas em saúde mental e saúde da mulher. Contrapondo um universo discursivo e simbólico a outro (o das políticas públicas e o das experiências sociais) evidenciam-se dois modelos de compreensão da aflição, um modelo fisicalista (*ou fisiológico*) que enfatiza uma concepção biológica da diferença de gênero e dos processos de sofrimento e adoecimento, e uma concepção ou modelo que poderia se

chamar de *sociológico* de sua perturbação, centrado nas suas diferentes experiências cotidianas e nas próprias histórias e narrativas de vida dessas mulheres. Isso expande a discussão antropológica feita em torno da questão da doença dos nervos, em que, ao modelo fisicalista biomédico se contrapunha um modelo físico-moral da perturbação, no qual as concepções de saúde, corpo e pessoa são fundamentalmente opostos ao modelo racionalizador moderno. O que estou denominando de uma *sociológica* da narrativa das mulheres pesquisadas é sua dimensão que vai além de concepções de corpo, pessoa e doença, abrangendo dimensões sociais e históricas de sua aflição e seu mal-estar. Como exposto, elas relacionam seus sentimentos de aflição ao contexto de sua vida cotidiana no bairro, problemas econômicos, dupla jornada de trabalho, e a sua percepção da passagem do tempo da ocupação (e da luta política) ao tempo presente em que o contexto do bairro é outro. Uma *sociológica* que não deixa de incorporar ou englobar a dimensão fisicalista dos discursos e práticas biomédicas (aceitando os diagnósticos, realizando os “tratamentos”, ingerindo os medicamentos), mas ressignificando-os a partir de suas vivências cotidianas e valores compartilhados e eventualmente incorporando-os ou combinando-os a concepções físico-morais do sofrimento e da doença.⁴¹ Em resumo: o que estou chamando aqui de modelo *sociológico* para falar sobre suas aflições amplia a percepção e os discursos sobre a doença e o sofrimento para além das concepções de corpo,

saúde e doença, incorporando as dimensões sociais e políticas do vivido (a violência no bairro, as dificuldades econômicas, as desigualdades de gênero, a história política de ocupação e conquista do lugar⁴²).

GÊNERO, AFLIÇÃO E BIOPÓDER

As frentes de pesquisa de campo junto às mulheres moradoras de bairros periféricos de Florianópolis com trajetória de diagnóstico e tratamento de depressão e com os profissionais e agentes de saúde que atuam no atendimento básico nos evidenciaram alguns aspectos da relação entre experiências sociais e políticas públicas em relação a saúde mental. Esses diferentes aspectos só poderiam ser apreendidos mediante uma abordagem qualitativa (método que orientou todos os trabalhos publicados nesta coletânea) e etnográfica, privilegiando as falas dos sujeitos sobre suas diferentes e singulares experiências e os sentidos sociais dados a estas; por uma leitura etnográfica dos documentos e textos oficiais, buscando apreender as categorias empregadas, as redes de significado e a configuração de valores veiculada nesses textos; pela apreensão das complexidades da dinâmica cultural em que esses valores são ressignificados e também apreendidos pelos diferentes setores sociais envolvidos. Esse é um aspecto que vale a pena desenvolver um pouco mais: ao mesmo tempo em que os sujeitos e grupos sociais que são alvo de uma política de saúde pública universalizadora e parcialmente distributiva

(acesso a médicos e outros profissionais de saúde, a exames e a medicamentos) são capazes de ressignificar os valores e sentidos embutidos nessas políticas, também aderem aos regimes do biopoder e da biopolítica⁴³, de diferentes maneiras.

Uma das faces dessa dinâmica é a constatação exposta acima de que, mesmo com toda a crítica acadêmica à medicalização e à dimensão política do uso das tecnologias médicas como regimes de assujeitamento e controle, percebe-se nos diversos movimentos sociais ligados a saúde, nas políticas públicas e nos discursos dos chamados “usuários” do sistema público de saúde um certo consenso em torno de uma “demanda por medicalização”. Ou seja, a idéia de uma política democrática de saúde está bastante ligada não apenas ao chamado acesso à saúde e sua universalização, mas é traduzida nos discursos públicos ao acesso a medicamentos, sobretudo às chamadas “últimas gerações” de medicamentos. A “demanda” por medicalização aparece fortemente nas falas de muitos profissionais de saúde que se queixam das estratégias e formas de pressão utilizadas pelos pacientes para obterem uma receita⁴⁴; e também nas falas das mulheres diagnosticadas como sofredoras de depressão e consumidoras de medicamentos, quando relatam os efeitos do medicamento e as mudanças que esse uso provocou em suas vidas;⁴⁵

Isso nos coloca a questão do significado do medicamento, que nos diferentes universos sociais, simbólicos e retóricos passa a adquirir um estatuto de agente – dotado de capacidade de

ação. A potência e capacidade transformadora do medicamento aparece em várias dimensões dos diferentes discursos sociais. Da indústria farmacêutica, aos profissionais de saúde, aos mentores e gestores de políticas públicas, aos ativistas no campo da “saúde mental”, aos pacientes e usuários do sistema de saúde, o medicamento é dotado de um poder de ação e de transformação do sujeito que dele faz uso.⁴⁶ A própria possibilidade de realização da Reforma Psiquiátrica e de desinstitucionalização da saúde mental no Brasil é remetida muitas vezes ao desenvolvimento de medicamentos que controlam a “loucura”, possibilitando a saída dos manicômios.⁴⁷ Mas se para a indústria farmacêutica essa retórica está muito mais ligada a uma estratégia de divulgação e venda do medicamento, nas falas de pacientes e usuárias o medicamento se torna a definição mesmo de tratamento médico de modo geral (se não sair com a receita na mão, a consulta não tem valor), símbolo de cuidado de si, moeda de troca e de status em comunidades pequenas e em relações de vizinhança.⁴⁸

O modelo biomédico da depressão fornece uma explicação bioquímica para o sofrimento, ou seja, imprime à depressão e a qualquer tipo de sofrimento e mal-estar um modelo explicativo racionalizado e biologizado. Se no caso dos nervos e das nervosas, havia uma desconsideração por parte do campo médico em relação mesmo a estabelecer um diagnóstico,⁴⁹ quanto mais a tratar, nessa nova configuração da perturbação, ocorre de um lado o reconhecimento e a medicalização (até

excessiva) e de outro a incorporação de um discurso racionalizador sobre a experiência do sofrimento e da doença, juntamente a um processo crescente de medicalização da vida e da subjetividade.⁵⁰ Maria Lúcia da Silveira relata que os médicos em geral não reconheciam o “o nervoso” como doença e raramente se propunham tratá-la, a não ser com receitas de calmante, barbitúricos e o uso de placebos.⁵¹ O diagnóstico de depressão tem hoje atingido, em alguns casos, uma população de mulheres muito semelhante à das doenças dos nervos (para além das mulheres das classes médias ou das elites urbanas): mulheres de zona rural, indígenas, mulheres de classes e bairros populares que se tratam pela rede pública. Percebe-se uma mudança de prática e de discurso tanto por parte dos profissionais de saúde em relação a esse “novo mal”, quanto por parte das pacientes. Os profissionais não apenas passam a “acolher” as pacientes sofredoras, como possuem hoje todo um dispositivo de tratamento fornecido pela política de saúde pública e pelos programas terapêuticos, cujo foco está na distribuição gratuita de medicamentos pela rede. Os usuários do sistema público e pacientes passam a utilizar uma nova linguagem para falar de seu sofrimento, agora mimetizando o dialeto médico que muitas vezes aparece combinado com o idioma dos “nervos”, em outras passa a ser o idioma exclusivo para falar da aflição, e inserindo posto de saúde, visitas ao médico, consumo de psicofármacos receitados por médicos como foco de seus itinerários terapêuticos.⁵²

De um sujeito irracional, movido por emoções e afecções em base orgânica ou física (as histéricas e as nervosas), o novo discurso fisicalista sobre o sofrimento feminino não apenas reconhece o sofrimento, mas o diagnostica e trata. Nessa nova intervenção fisicalista, emerge um sujeito também racionalizado e individualizado, capaz de se manter na cadeia produtiva (doméstica ou do trabalho assalariado) e potencializado enquanto sujeito produtor e produtivo.

Joel Birman, professor da UFRJ, discute os efeitos do processo de medicalização do social realizado pela biopolítica remetendo sua origem à longa passagem da salvação para a cura.⁵³ Se na tradição greco-romana, a relação do sujeito com o mal e com o sofrimento era de ordem ética; na expansão do cristianismo, passou a ser de ordem religiosa (através da ideia de salvação) e no mundo moderno-contemporâneo essa relação passa a ser mediada pela ciência através da problemática da cura (enunciada na própria emergência da modernidade) (idem: p.531).

No entanto, se a partir do século XIX a diferença entre o normal e o patológico deixa de ser uma diferença de essência e passa a ser quantificável, mensurável etc.,⁵⁴ o que marcaria a forma atual dessa diferença e o que definiria hoje o “normal”? Se na história da loucura estudada por Foucault eram a anormalidade e a degeneração os objetos do enclausuramento, talvez uma diferença que podemos perceber no contemporâneo é que o alvo da intervenção biomédica ou o foco da

medicalização é a própria normalidade, ou, dito de outro modo, no continuum entre o Normal e o Patológico, ocorre um processo crescente de patologização do normal. Não apenas a fronteira entre um e outro se torna mais tênue, mas ela também se desloca, estendendo o território do patológico, ou seja, estendendo a esfera sobre a qual atuam os chamados “imperativos de normalidade”. Assim, como a medicina e os discursos e saberes bio-psico-médicos se constituem como regimes de subjetivação (já analisados por Foucault), eles atuam também como tecnologias do gênero, ou “ciências da diferença”, conforme a discussão de Fabíola Rohden (2001).

Até que ponto essa medicalização da diferença e da subjetividade levaria a uma perda da capacidade de agência e de autonomia das mulheres (e das pessoas em geral) envolvidas nesses processos, até que ponto indicariam novos regimes de subjetivação, sobretudo no sentido do assujeitamento a um conjunto de normas e valores sociais, estéticos e existenciais que passam a constituir esses sujeitos? O quanto estamos mais uma vez diante da biomedicina e do sistema médico como tecnologias do gênero, não pelas suas expressões específicas da “saúde da mulher”, como a ginecologia e a obstetrícia, mas em sua expressão que mais fortemente atingiu o coração da construção do sujeito no contemporâneo, a psiquiatria e as medicinas do “mental”? São questões que merecem um debate maior.

Um último ponto a ponderar são as experiências sociais em torno das questões aqui descritas, ou seja o dos já

mencionados itinerários, escolhas, agenciamentos e transgressões protagonizados pelos sujeitos diretamente envolvidos nesse processo de medicalização da vida e controle da experiência subjetiva das mulheres.

Se por um lado, podemos perceber no uso massificado de psicofármacos, na aceitação e legitimação dos diagnósticos médicos formas de medicalização da subjetividade, por outro, nenhum dispositivo disciplinador, de controle ou de vigilância atua sem a participação, adesão dos sujeitos envolvidos. Da mesma forma, e numa outra perspectiva complementar, a incorporação de ideologias e valores advindos do campo científico e dos saberes médicos não acontece sem a reinvenção dos usos desses dispositivos e dos sentidos dados a esses usos.

Como foi colocado acima, se de um lado existe um uso bastante disseminado, para não dizer massivo, de medicamentos psicotrópicos, ou de psicofármacos, em grande parte com receitas e medicamentos fornecidos na própria rede pública; de outro lado é bastante comum que as pessoas incluam em seu itinerário terapêutico, junto com o consumo desses medicamentos, outras formas de tratamento, como o recurso às chamadas medicinas alternativas ou não convencionais (chás, fitoterápicos, práticas corporais, meditação etc)⁵⁵ e às curas rituais ou religiosas. Sem necessariamente confrontarem um modelo com o outro, o que novamente nos faz questionar que não é exatamente a lógica intrínseca a esta ou àquela técnica terapêutica que define os sentidos desta, mas são seus usos

sociais que definem seus significados e sentidos, articulados com uma experiência social e histórica mais abrangente.⁵⁶

A abordagem etnográfica das experiências sociais desses sujeitos introduz essa dimensão muitas vezes não reconhecida e não levada em consideração nos espaços em que políticas públicas e programas governamentais são elaborados. Para muito além, por exemplo, do que alguns programas de saúde definem como momentos de maior “vulnerabilidade” das mulheres ligados ao ciclo biológico reprodutivo, o que temos ouvido na pesquisa de campo são relatos e narrativas de experiências de outra ordem, social, política, simbólica, ligadas a contextos tanto locais quanto sócio-histórico-culturais mais amplos que podem nos dizer muito sobre as aflições contemporâneas e suas configurações de gênero. Levar essas vivências em consideração, fazer um esforço para compreender, ou ao menos ouvir, as explicações e interpretações dos sujeitos que são alvo dos programas governamentais, perceber os discursos e as experiências sociais como também produtores de verdade pode ser o começo de uma outra política pública, não apenas em saúde.

NOTAS

¹ Algumas reflexões feitas neste artigo já foram expostas em trabalhos apresentados em congressos, palestras e mesas redondas e parcialmente em Maluf, 2009. Minha escolha por recolocar essas reflexões, eventualmente repetindo algumas já contidas no artigo, se dá pelo caráter deste livro, cujo objetivo é reunir o conjunto dos resultados de uma pesquisa empreendida ao longo de três anos.

² Maluf, 2007. Estou me referindo aqui à discussão de Georges Canguilhem sobre o normal e o patológico e o caráter de sua diferenciação inaugurada pelo discurso e pelos saberes biomédicos modernos, que passa de uma diferença de qualidade e de essência para uma diferença de grau, quantificável, mensurável entre o estado de normalidade e o estado de patologia.

³ Russo, 2004 e Aguiar, 2004.

⁴ Sobre a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o processo de desinstitucionalização da saúde mental ver Amarante, Paulo (1994, 1996 e 2000); Desviat, Manuel (1999); Fonseca, Tânia Galli; Engelman, Selda & Perrone, Cláudia Maria (2007) entre outros.

⁵ Cf. Maluf, Sônia Weidner. *Gênero, subjetividade e “saúde mental”: políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e “saúde mental”*. Projeto de Pesquisa. CNPq; Fapesc. A pesquisa foi co-coordenada por Camen Susana Tornquist e contou com uma ampla equipe que envolveu professoras da UFSC e da UDESC, doutorandos, mestrandos, alunos de graduação e bolsistas de Iniciação Científica, além de participantes externos voluntários.

⁶ O conceito de “saúde mental” tem sido objeto de diversas reflexões no campo das ciências sociais e da antropologia em particular. Ao utilizarmos durante a pesquisa e em alguns artigos deste livro o conceito de “saúde mental” temos claro que não se trata de uma categoria da análise antropológica e reconhecemos seus limites como categoria descritiva das diferentes representações, modelos e experiências sociais em torno da questão do sofrimento e da aflição (ver Duarte, 1994). O termo “saúde mental” é utilizado aqui para contextualizar o universo empírico da pesquisa, que vai

além do fenômeno dos *nervos* ou do *nervoso* (cuja abordagem pode ser perfeitamente contida no conceito de “perturbação físico-moral” sugerido por Duarte). Refere-se também ao contexto institucional das experiências e discursos sociais pesquisados, principalmente aquele ligado às políticas públicas e programas governamentais, todos eles englobados sob a idéia de uma política de “saúde mental”. Para nos referirmos, no entanto, à dimensão da experiência dos sujeitos pesquisados utilizamos a noção mais ampla e abrangente de aflição ou aflições, buscando abarcar os significados dados por estes em suas narrativas, que, além de modelos de saúde, doença, corpo e pessoa, trazem concepções bastante articuladas com as dimensões sociais e históricas de suas vivências.

⁷ Aguiar, 2004 e, para uma descrição mais detalhada do atendimento psiquiátrico comunitário, ver Cardoso, 1999 entre outros.

⁸ Cardoso, 1999 e Birman *apud* Cardoso, 1999; Aguiar 2004, entre outros. Evidentemente que esse é um processo bastante desigual e heterogêneo se formos pensar no Brasil como um todo e na forma bastante distinta como a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da saúde mental no Brasil vem sendo realizada em cada região e estado do país. Há que se pensar também na heterogeneidade do atendimento primário em saúde em relação às várias regiões.

⁹ Falar em remedicalização da psiquiatria não significa que a(s) psiquiatria(s) exercida(s) antes estivessem fora do campo médico ou não tivessem uma orientação bio-físico-orgânica. No entanto, o conceito de medicalização utilizado está ligado a uma dupla tendência: de um lado a redução dos fenômenos de sofrimento e aflição a desequilíbrios e distúrbios de ordem orgânica ou físico-

química, de outro, uma extensão da amplitude da ação e da intervenção médicas.

¹⁰ Os DSMs, organizados pelos psiquiatras da Associação de Psiquiatria dos Estados Unidos, estabelecem orientações para a prática psiquiátrica, incluindo a definição das doenças e transtornos mentais ou psicológicos e os procedimentos terapêuticos. Os DSM I (1952) e II (1968) seguiam uma orientação influenciada pela psicanálise e por uma visão dinâmica e processual da saúde mental. O DSM III significou uma ruptura com a visão psicossocial presente nos DSM anteriores e a reintrodução de uma visão biologizada e remedicada da doença e da perturbação mental. (Cf. Aguiar, 2004, e Russo, 2004). O DSM IV, atualmente em vigor, foi publicado em 1994, com uma versão revisada em 2000. Atualmente encontra-se em discussão a publicação do DSM V, que deveria sair em 2012. Principalmente a partir do DSM III, é notável a influência destes sobre a CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados), da Organização Mundial de Saúde.

¹¹ Sobre esse processo de patologização a partir dos DSMs no que tange à sexualidade, ver Russo, 2004.

¹² Não estamos aqui colocando em questão o fato do sofrimento ou da aflição dessas mulheres, ou tomando-as como simples “vítimas” da indústria farmacêutica. Se existe um alargamento das aflições nas sociedades contemporâneas (e vários teóricos e críticos da cultura contemporânea têm discutido essa questão), é a linguagem biomédica da doença orgânica e da ação da tecnologia (incluindo os medicamentos) que aparece como a resposta mais potente dentre os diferentes dispositivos sociais, simbólicos e

cosmológicos disponíveis. Outra questão a ser desenvolvida é o quanto afecções que antes eram tomadas como “normais” hoje são vistas como patologias a serem tratadas.

¹³ Psicologia e medicina colocadas aqui no mesmo campo discursivo pelo sentido racionalizador de seus saberes (um psicológico, outro fisicalista), cujo fundamento é a divisão entre corpo e mente ou entre físico/orgânico e psicológico/mental.

¹⁴ Na literatura antropológica nos campos da antropologia médica (ver Helman, 2003) e da antropologia da saúde, a doença dos nervos ocupou um lugar importante ao ser comparada com outras chamadas “síndromes culturais”, como o “susto” no México e na América Central (Rubel; O’nell; Ardón, 1995), vistas em geral como manifestações populares de perturbações e transtornos ligados ao contexto social e cultural (Helman, 2003, p. 242-243).

¹⁵ Ver Duarte (1986 e 1994), Silveira (2004), Rabelo, Alves e Souza (1999), Figueira (1985, 1988), Ropa e Duarte (1985), entre outros.

¹⁶ Sendo exceção o trabalho de Maria Lúcia Silveira, 2000, com a qual publicamos uma entrevista nesta coletânea. Ainda sobre gênero e nervos, ver também Rabelo & Souza (2000).

¹⁷ Não entram nesta referência os estudos especificamente nas áreas de psicologia ou de psicanálise, e das correntes críticas, como as teorias feministas, cujo diálogo tenso com a psicanálise tem trazido à uma reflexão crítica questões como a “subjetividade feminina”, o conceito de histeria, as concepções em torno da sexualidade. Para um mapa inicial dessa discussão e dessa crítica, ver a coletânea *Para além do falo: uma crítica a Lacan do ponto de vista da mulher*, organizada por Tereza Brennan.

¹⁸ Na maioria dos textos sobre a eclosão da chamada “segunda onda”

do feminismo nos anos 70, a pílula anticoncepcional é tratada como um dos agentes centrais. Teria sido graças à invenção da pílula que mulheres puderam “se liberar” das gravidezes compulsórias e finalmente desvincular sexo de procriação. Além de estabelecer uma relação de causalidade entre um fenômeno e outro (a invenção da pílula e a emergência do feminismo), esse argumento dá um estatuto de agência à tecnologia, aderindo a uma concepção de progresso científico linear. Talvez seja interessante pensar no inverso: o quanto a “invenção” da pílula não veio preencher um conjunto de questões colocadas já pelos diferentes discursos sociais quanto à liberação das mulheres e à liberdade sexual. Além disso, tanto no caso das sociedades ocidentais modernas antes do advento da pílula, quanto em outras sociedades, outros métodos anticonceptivos já eram e ainda são conhecidos e usados.

¹⁹ Ver, para esse enfoque, os estudos de Duarte (1986; 1998; 2003) e sua apreensão dos diferentes modelos de Pessoa a partir da discussão de Dumont sobre o individualismo moderno e a oposição entre ideologias holistas e individualistas.

²⁰ Ver Duarte (1986); Cardoso (1999); Silveira (2004), Freire Costa (1989) entre outros.

²¹ Ver Figueira, 1985 e 1988.

²² Figueira (1985, 1988), Salem (1992), entre outros.

²³ Tania Salem (1992) questiona essa redução da psicanálise a uma das vertentes da configuração psicológica do indivíduo moderno. Para ela, a concepção de sujeito da psicanálise, a partir da ideia de inconsciente e de uma “desposseção subjetiva”, estabeleceria uma distância entre esta e a noção central de indivíduo moderno a partir do individualismo possessivo. Stuart Hall (2000), ao discutir as

formas de descentramento do sujeito moderno, estabelece a psicanálise (ao lado do marxismo, de Foucault, do feminismo e da filosofia da linguagem) como um desses descentramentos. Para outra crítica da abordagem antropológica da psicanálise, ver Tenório, 2000.

²⁴ Essa questão tem sido objeto de estudos antropológicos e historiográficos sobre as classes populares. É possível detectar nesses estudos, três tipos de abordagem: das classes populares como portadoras de valores opostos aos das classes médias e de elite e aos valores hegemônicos do individualismo moderno; das classes populares como permeadas pelos valores individualistas, seja como vulneráveis a estes, seja como demandantes de processos de modernização também no sentido simbólico e cultural; e uma terceira vertente que, ao mesmo tempo em que considera as especificidades dos diferentes grupos sociais e particularmente das classes populares urbanas brasileiras, busca evitar uma dicotomização entre “nós e eles”, levando em consideração as dinâmicas complexas da circulação dos valores e símbolos culturais e as transformações históricas e cotidianas pelas quais esses grupos e camadas sociais têm passado.

²⁵ Foucault (1979) já havia descrito esse processo de surgimento da medicina social como adoção pelo Estado de práticas de esquadramento e racionalização do conhecimento sobre a população e seus mal-estares, doenças, etc., constituindo uma das facetas do que ele denominou de biopoder, um dos regimes centrais de subjetivação na modernidade.

²⁶ Ver o artigo de Ana Paula Muller de Andrade, nesta coletânea.

²⁷ É dessa forma que pacientes, frequentadores e consumidores dos

serviços públicos de saúde são denominados nos textos que definem as políticas públicas e nos estudos sobre o tema também.

²⁸ Ver o Trabalho de Conclusão de Curso de Rosana Schmidt, 2007, que dedica uma parte da monografia a essa leitura.

²⁹ Tendo sido convidadas para participar dessa reunião, fomos representadas por uma integrante da equipe de pesquisa, Ana Paula Müller de Andrade.

³⁰ Ver a pesquisa de Schmidt, 2007 junto a profissionais da rede de atenção básica à saúde em Florianópolis.

³¹ Ver o artigo de Diehl, Mazzini & Becker nesta coletânea.

³² Questão a ser examinada com maior detalhamento em outro momento.

³³ Um projeto de maior fôlego sobre o tema foi desenvolvido pela ONG Papai (Recife), junto com o Núcleo de Pesquisas Margens (do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC), sobre gênero e violência com foco na pesquisa com homens agentes de violência.

³⁴ Ver, para uma perspectiva crítica, Boaventura de Sousa Santos, 2004.

³⁵ Ver Fausto-Sterling, 2000; Laqueur, 2001; Rohden, 2001; entre outros.

³⁶ Como descrevem Tornquist, Andrade e Monteiro em artigo nesta coletânea.

³⁷ *idem*.

³⁸ Ver Maluf, 1993; Silveira; 2002, reforçando o que Motta (2002) já havia identificado em seu estudo sobre gênero e reciprocidade em um bairro do município.

³⁹ Maluf, 1993.

⁴⁰ Ver Motta, 2002.

⁴¹ É possível, ainda, constatar o quanto a lógica racionalizadora da relação entre causa e efeito, presente no uso do medicamento, por exemplo, está presente e se dissemina por outras práticas, como a busca de alívio ou cura espiritual, muitas vezes frustrada pela impossibilidade de resolução imediata ou alívio instantâneo do sofrimento, da dor ou da aflição (que um medicamento pode proporcionar, ao menos temporariamente).

⁴² No caso do bairro Monte Cristo.

⁴³ Ver Foucault, 1979; 1990.

⁴⁴ Conforme comentamos em Maluf, 2009, esse fenômeno é comparável ao relatado por Rohden (2001) em relação a como, no século XIX, muitas mulheres se referiam a si mesmas como insanas, nervosas, histéricas e ninfomaníacas e buscavam os consultórios médicos a partir dessa autopercepção.

⁴⁵ Ver Diehl, Manzini e Becker nesta coletânea. Os exemplos que apareceram em campo são numerosos e algumas vezes chegam a atingir um tom quase anedótico, como o diálogo que observei em uma clínica pediátrica entre duas mães comentando sobre as maravilhas da Ritalina (utilizado, entre outros, em crianças, para o chamado “Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade”). Uma delas comentava que só estava esperando seu filho completar sete anos para começar a tomar o medicamento, não entendendo porque o médico não havia autorizado o seu uso antes.

⁴⁶ Sobre os usos e sentidos sociais dos medicamentos, ver Pignarré (1999); Lefevre (1991); Azize (2002), entre outros.

⁴⁷ Uma lógica semelhante aos discursos em torno da pílula anticoncepcional como “liberadora” das mulheres, conforme exposto acima na nota 18.

⁴⁸ O que significa que nem sempre o medicamento recebido no posto de saúde será utilizado, muitas vezes ele é armazenado em casa, esperando o momento mais adequado para seu uso pelo paciente ou por algum outro destinatário – vizinho, parente - por este escolhido. Langdon, *idem* e Silveira, 2004. Essas estratégias e manipulações em relação aos medicamentos sugerem que a aceitação e mesmo a expectativa que assimila tratamento médico à ingestão de medicamentos não significa automaticamente a incorporação de uma ideologia racionalizadora da experiência de aflição ou mesmo de adoecimento.

⁴⁹ Ver Silveira (2000) e minha discussão sobre a questão em Maluf (2009).

⁵⁰ As expressões utilizadas no discurso farmacológico para descrever como agem alguns desses medicamentos dão o que pensar nesse campo. Descritos como “moduladores”, eles agiriam retirando os excessos e introduzindo uma visão da felicidade e do bem-estar como eliminação dos excessos emocionais e conseqüentemente um maior controle das emoções. É como se o comportamento blasé, ao qual se refere Georg Simmel, como dispositivo necessário para a sobrevivência do sujeito na metrópole, fosse agora induzido quimicamente. Uma comparação, ainda, com os tratamentos dados às “históricas” no final do século XIX e início do XX é instigante, pois estes também são focados em uma redução dos “estímulos externos”, através do isolamento social destas, evitação de espaços públicos e situações de aglomeração humana e mesmo de convívio social excessivo.

⁵¹ A questão da “subnotificação” (expressão utilizada pelos gestores de políticas públicas em saúde para se referir à falta de dados efetivos

sobre transtornos e enfermidades de todo tipo) é o outro lado da hipermedicalização. Estudos já apontaram as diferenças de tratamento por parte de profissionais de saúde em relação às queixas de homens e de mulheres. O tempo de diagnóstico de uma mulher vítima de um enfarto por exemplo é maior do que o que se leva para diagnosticar um homem com a mesma afecção. Essa diferença deve-se provavelmente à falta de acolhimento da queixa feminina como sintoma de um problema “real” e à demora no reconhecimento por parte do corpo médico de que se trata mesmo de um sintoma.

⁵² Sobre o uso popular do jargão médico pelas classes populares, ver o instigante artigo de Porter (1993).

⁵³ Birman, 2007.

⁵⁴ Canguilhem, 2000.

⁵⁵ Aquilo que a OMS passou a chamar de medicinas complementares, denominação que deve ser utilizada com cuidado, pois nem sempre aquilo que é chamado de complementar é apenas o complemento do tratamento médico convencional.

⁵⁶ Essa última questão se articula com outra constatação, a de que a aceitação do diagnóstico e do tratamento médico não necessariamente exclui outros diagnósticos e tratamentos, a busca por cura espiritual, por tratamentos alternativos (na base de fitoterápicos, exercícios corporais e outros), que será melhor desenvolvida em outro momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Adriano Amaral de, *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2004.

- AGUIAR, Adriano Amaral de, *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2004.
- AMARANTE, Paulo (org.) *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994
- AMARANTE, Paulo. (org.) *Ensaio. Subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2000.
- AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1996.
- AZIZE, Rogerio Lopes. *A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.
- BIRMAN, Joel. *A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v, 4 n.2, 529-542, abr./jun 2007.
- CANESQUI, Ana Maria. *Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80*. in: Alves, P.C.; Minayo, M.C.S. (org.) *Saúde Doença, um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994, 13-32.
- CANESQUI, Ana Maria. *Antropologia da Saúde e Doença no Brasil na década de 1990*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 109-124, 2003.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2000.
- CARDOSO, Marina. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*, São Carlos, FAPESP/Ed. UFSCar, 1999.

- COSTA, Jurandir Freire. *Psicanálise e contexto social: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*, Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1989.
- COSTA, Jurandir Freire. *Psicanálise e contexto social: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*, Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1989.
- DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias, Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença, *Ciências & Saúde Coletiva*, 8 (1): 173-183, 2003.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo Cesar & MINAYO, Maria Cecília de S. *Saúde e doença: um olhar antropológico*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras*, Rio de Janeiro: JZE/CNPq, 1986.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras*, Rio de Janeiro: JZE/CNPq, 1986.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Três ensaios sobre pessoa e modernidade: Parte 1: O culto do Eu no templo da Razão. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro, n.41, (N. Série Antropologia), 1983.
- FAUSTO-STERLING, Anne. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books. 2000.
- FIGUEIRA, Sêrvulo A. Introdução: psicologismo, psicanálise e ciências sociais in FIGUEIRA, S.A. (org.) *A cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985, 7-13.
- FIGUEIRA, Sêrvulo A. Psicanalistas e pacientes na cultura

- psicanalítica, in Figueira, S.A. (org.) *Efeito Psi. A influência da psicanálise*, Rio de Janeiro: Campus, 1988, 131-149.
- FONSECA, Tânia Galli; ENGELMAN, Selda & PERRONE, Cláudia Maria (orgs.). *Rizomas da Reforma Psiquiátrica*, Porto Alegre, Ed. UFRGS, 2007.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. *Tecnologias del Yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, 1990.
- HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*, Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde & doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- LANGDON, Esther-Jean. *A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica*, mimeog., s/d.
- LAQUEUR, Thomas W. *Inventando o sexo: corpo e gênero, dos gregos a Freud*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.
- LEFEVRE, Fernando. *A função simbólica dos medicamentos*. São Paulo: Cortez Editora, 1991.
- MALUF, Sônia Weidner. *Encontros noturnos: bruxas e bruxarias da Lagoa da Conceição*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.
- MALUF, Sônia Weidner, Sofrimento, “saúde mental” e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero. In: TORNQUIST, Carmen Susana; COELHO; Clair Castilhos; LAGO, Mara Coelho de Souza; LISBOA, Teresa Kleba (Orgs.) *Leituras de resistência: corpo, violência e poder*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2009, vol. II, 145-161.

- MARX, Karl. *Sobre o suicídio*. São paulo, Boitempo Editorial, 2006.
- MOTTA, Flavia de Matos. *Gênero e Reciprocidade: uma Ilha ao Sul do Brasil*. Tese de Doutorado, Ciências Sociais, Unicamp, 2002.
- PIGNARRE, Philippe *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*, Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- PORTER, Roy. “Expressando sua enfermidade”: a linguagem da doença na Inglaterra georgiana. In: BURKE, Peter & PORTER, Roy (Orgs.) *Linguagem, indivíduo e sociedade*, São Paulo, Ed. Unesp, 1993, 365-394.
- RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César ; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2001.
- ROPA, Daniela & DUARTE, Luis Fernando Dias. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S.A. (org.) *A cultura da psicanálise*. Sao Paulo: Brasiliense, 1985, 178-201.
- RUBEL, Artur; O’NELL, Carl W; ARDÓN, Rolando Collado. *Susto. Una enfermedad popular*. Mexico: EFE, 1995.
- RUSSO, Jane. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena & CARRARA, Sérgio. *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*, Rio de Janeiro, Ed. Garamond, 2004, 95-114
- SALEM, Tania 1992 *A desposseção subjetiva: dos paradoxos do individualismo*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ano 7, nº 18, 62-77.

SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente: “Um discurso sobre as ciências” revisitado*. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

SILVEIRA, Maria Lúcia. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2004

SIMMEL, Georg, A metrópole e a vida mental, in Velho, Otavio G. *O fenômeno urbano*, Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

TENÓRIO, Fernando. Psicanálise, configuração individualista de valores e ética do social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 7, n.1, Rio de Janeiro, março/junho 2000, 117-134.



VELHAS HISTÓRIAS, NOVAS ESPERANÇAS



Carmen Susana Tornquist
Ana Paula Muller de Andrade
Marina Monteiro

*É uma bela loucura: falar.
Com isso o homem dança em e por cima de todas as coisas*
Nietzsche

Este artigo busca desenvolver algumas análises em torno da pesquisa de campo realizada em um bairro de camadas populares da cidade de Florianópolis, cujo objetivo foi o de buscar compreender como (e se) a disseminação de diagnóstico de depressão, acompanhado de tratamento e medicalização, se fazia presente entre os grupos sociais mais pobres e considerados “vulneráveis”¹ da cidade, quais os sentidos que os sujeitos davam a estas situações e como buscavam resolver ou mitigar as perturbações e aflições pelas quais passavam. De uma perspectiva inicial de buscar compreender uma dimensão das experiências sociais ligadas ao diagnóstico de depressão, seu tratamento e como os próprios sujeitos dão significado a essa experiência em suas vidas cotidianas, nos deparamos com outros discursos sociais sobre a experiência de sofrimento e

aflição, que articulavam vivências pessoais singulares com a vivência política coletiva de um histórico de ocupação e conquista de um “teto para morar”.

A abordagem das “experiências sociais” era um dos objetivos do projeto de pesquisa *Gênero, subjetividade e saúde mental*, a ser desenvolvida a partir do contato com sujeitos que se dispusessem a contar suas trajetórias de vida, considerando as formas peculiares com que vivenciavam dificuldades, sofrimentos e aflições, que nas últimas décadas têm sido tratados com medicamentos e que acabam integrando esse quadro mais geral de disseminação do diagnóstico de depressão. Observamos também na pesquisa desenvolvida em outras frentes, que, nos serviços públicos de saúde e na atenção básica, as mulheres estão entre as principais pacientes atendidas por problemas desta ordem, bem como são as principais consumidoras desse tipo de medicamentos². As mulheres são também a grande maioria das participantes de sessões coletivas de psicoterapia, oferecidas crescentemente nos postos de saúde de Florianópolis.

Iniciamos o trabalho no bairro Monte Cristo tendo em vista a busca de narrativas individuais, a partir da noção de itinerários terapêuticos³, centradas que estávamos, em um primeiro momento, em uma abordagem da perturbação, do sofrimento e dos tratamentos utilizados. No entanto, ao longo do trabalho, adotamos a perspectiva de deixar que o próprio “campo” fizesse emergir as questões e, desta forma,

modificamos os caminhos inicialmente planejados. A partir da insistência de nossas principais interlocutoras, secundarizamos esta perspectiva e nos rendemos às formas coletivas de narração, das quais se destacaram muito mais do que narrativas centradas em processos de saúde e de doença, as narrativas coletivas que falavam dos modos de subjetivação das mulheres e de formas particulares de dar sentido a suas trajetórias, no que elas têm em comum. Em campo, observamos alguns tipos de relatos orais com características diferenciadas: conversas informais, itinerários terapêuticos coletados em entrevistas individuais (narrativas individuais), narrativas coletivas ritualizadas e, ainda, entrevistas com profissionais de saúde⁴.

Percebemos que as narrativas produzidas nos momentos coletivos de narração enfocavam não apenas as histórias de vida pessoais, mas também os contextos em que tais histórias foram experimentadas. A articulação dos domínios da vida pública (o contexto) e da vida privada (a casa) estava evidente, talvez por se tratarem de narrativas que tinham como contexto uma experiência social coletiva e marcante, extremamente politizada, que foi a participação das interlocutoras no Movimento dos Sem Teto, no início da década de 90, em Florianópolis, apesar de viverem atualmente um contexto mais marcado pela despolitização e privatização das ações coletivas, conforme analisa Francisco Canella⁵. Assim, nosso foco esteve voltado para os diferentes discursos produzidos pelas mulheres,

nossas principais interlocutoras e, em função disto, dedicamos uma boa parte deste texto à descrição do bairro e dos sentidos que as pessoas atribuem aos processos que vivenciam, como observamos em suas falas cotidianas, que chamamos de crônicas (orais) do dia a dia.

Além de ser um bairro popular, o Monte Cristo tem outras características que justificam sua escolha: trata-se de um bairro periférico da cidade, situado fora da parte insular da capital catarinense e marcado por uma situação sócio-econômica mais precária do que os outros bairros populares situados no interior da ilha, outrora vilarejos de pescadores-lavradores - nos quais a heterogeneidade social é muito maior e os moradores mais pobres são, em geral, nativos do local e não padecem do problema do acesso a terra (entre outras especificidades)⁶. No Monte Cristo, além de uma maior homogeneidade sócio-econômica, o acesso a serviços e equipamentos coletivos e à moradia é muito mais grave, associado à presença ostensiva de redes de tráfico e ao estigma que pesa sobre a região.

Ao iniciarmos o trabalho de campo nos deparamos com a necessidade de delimitar nosso trabalho à dimensão da pesquisa propriamente dita, diferenciado dos projetos sócio-educativos comuns em todo o bairro Monte Cristo, desafio bastante comum à antropologia desenvolvida em nosso país em função das urgências e desigualdades de direitos sociais⁷ e da forma com que os pesquisadores costumam ser vistos pelos grupos populares, mais especificamente, como aponta Alba Zaluar,

em seu clássico estudo sobre Cidade de Deus⁸. Como evitar que fôssemos vistas como psicólogas que poderiam ajudar as pessoas a aliviar suas dores, uma vez que a pesquisa tratava de temática comumente associada à psicologia, profissão conhecida e prestigiada também neste contexto popular, ainda mais levando em conta que uma de nós era psicóloga? A propósito, como veremos adiante, os sentidos que o ofício da psicologia adquire no grupo são curiosos e apareceram em várias situações. E mais, como manter-nos no papel de pesquisadoras sem confundir as atividades de pesquisa com as de assessoria ou de filantropia, mais corriqueiras e valorizadas na comunidade?⁹ Nos sentimos sempre no fio do equilibrista, entre os limites da atividade de pesquisa, com sua dinâmica e compromissos intrínsecos, e o desejo de participar de forma mais efetiva – e afetiva – dos dilemas e crises que envolviam as pessoas, particularmente quando uma espécie de crise abalou, em nosso entender, o grupo de mulheres da Santo Expedito¹⁰.

As entrevistas formais¹¹, com os devidos termos de consentimentos informados aprovados pelo Comitê de Ética da UFSC (no qual a pesquisa foi aprovada), pareciam nos proteger da impressão de que o grupo nos desviava dos nossos objetivos; no entanto, nem sempre foram bem sucedidas, seja pelo formalismo introduzido pelo termo “entrevista”, pelo constrangimento gerado pelo gravador, ou ainda pela dinâmica particular deste universo.

Diante da receptividade e do interesse do grupo da Santo Expedito quando do primeiro contato e apresentação da pesquisa, optou-se por priorizar a realização da observação participante nas reuniões, encontros das mulheres e visitas a comunidade, realizando entrevistas apenas em alguns casos. Dos diversos dados que pudemos obter ao longo de nosso trabalho, destacaremos o contexto em que tais narrativas são constituídas e seus conteúdos propriamente ditos, compondo uma interpretação com a qual pretendemos contribuir para o refinamento do debate acerca dos processos de subjetivação de grupos populares na contemporaneidade.

ACERCA DO ACERCAMENTO: O CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS

Nossa entrada na Santo Expedito se deu através de professores da UDESC que desenvolviam projetos na comunidade e possibilitaram certa confiança e simpatia já no primeiro contato, etapa em geral tão demorada do trabalho etnográfico clássico, solitário e laborioso, com olhares e conversas milimetricamente conquistados. Esta porta de acesso facilitada, no entanto, não apenas marcou decisivamente o material etnográfico que conseguimos acessar durante os quase 18 meses em que ficamos no bairro, mas impôs, obviamente, algumas limitações: o limite de certo tipo de rede social muito marcada pelos tempos da ocupação e pelo viés “igrejeiro”, como chamaremos aqui, de onde surge inclusive, a noção de “comunidade”¹², bastante comum entre moradores de bairros

populares e que, em geral, denota a presença de mediadores sociais ligados a(s) igreja(s), ao Estado, à universidade ou a partidos políticos. Essa noção de comunidade não é necessariamente compartilhada por todos, não apenas porque alguns dos moradores originais venderam ou alugaram suas casas e foram viver em outro local, mas também porque muitos teriam se afastado daquele espírito de grupo e de luta que marcara os anos 90, quando o Movimento dos Sem Teto era forte na cidade e quando esta população, migrante em sua maioria, participou da luta pelo acesso a moradia que deu origem a esta comunidade. Portanto, partilhamos estes fragmentos do cotidiano com uma das várias redes que atravessam o que hoje sobreviveu dos tempos da ocupação, quando o direito à moradia foi adquirido pelas quase cinquenta famílias que participaram do movimento¹³.

Paralelamente a esta, outra entrada em campo foi realizada através da unidade de saúde do bairro, onde foram realizadas entrevistas com algumas profissionais e usuárias dos serviços de saúde, de forma mais sistemática. Lisanda, agente comunitária de saúde da unidade se propôs a acompanhar a andança pelo bairro e casas, principalmente pela comunidade Santa Cecília, permitindo assim, o trânsito por algumas regiões - uma vez que a maior parte das residências visitadas estavam localizadas em áreas onde os traficantes locais controlam a entrada. Estar com Lisanda significava também estar acompanhada de alguém da comunidade, investido da

legitimidade que o jaleco branco confere a quem o usa e ter mais facilidade para obter permissão para circular pela comunidade. Permissão que no nosso caso tinha um porém: a cada ida era necessário que Lisanda avisasse antecipadamente os “comércios”¹⁴ sobre a presença de uma pessoa externa. A partir deste acesso, marcadamente ligado à unidade de saúde, foram feitas cinco entrevistas individuais com usuárias da unidade de saúde.

Assim, não apenas as narrativas das duas comunidades se deram de formas diferentes como trouxeram conteúdos muito diversos. Se na Santo Expedito havia uma grande valorização da dimensão coletiva, comunitária, enquanto forma de se organizar e narrar os eventos ligados ao processo de ocupação da terra, na Santa Cecília as entrevistas estiveram focadas nos itinerários terapêuticos e centradas no que as interlocutoras denominavam, em geral, como *depressão*. Duas comunidades, duas abordagens diferentes, interações diversas, mas com um mesmo eixo que, além de conectá-las de alguma maneira, surgia como central em suas histórias: o bairro. Seja por sua “violência”, tantas vezes ressaltada, quanto pelos aspectos cotidianos que remetiam a idéia de familiaridade e comunidade através da percepção do bairro como uma extensão da casa, para onde a vida pública se dirige, com aspectos familiares e através do qual as redes sociais se consolidam.

No entanto, se é verdade que várias entrevistas puderam ser analisadas a partir desta concepção na Santa Cecília, já no

universo específico da Santo Expedito, e pela forma como o campo foi se desenhando para nós, o que se impôs foi a emergência de um espaço de narração compartilhada. Uma verdadeira “comunidade de ouvintes”¹⁵ se impôs à nossa volta, a partir da proposta inicial de Miranda e com a presença de narradoras reconhecidas enquanto tais pelo grupo de mulheres.

Atualmente o bairro conta com várias associações de moradores nas comunidades, organizadas em um conselho de todo o bairro e vários projetos sociais, sendo alguns ligados a universidades¹⁶, ongs, e grupos de tipo assistencialista mais clássico, desenvolvendo trabalhos, pesquisas e estágios¹⁷. Também são evidentes as relações de lideranças ou moradores locais com os vários partidos políticos que atuam na cidade e que, sobretudo nos períodos eleitorais, mas não só, se fazem presentes através de eventos, festas ou atividades de cunho social como, por exemplo, os cursos mantidos por uma deputada da bancada evangélica, que compõe uma espécie de lista de apoiadores que, em determinadas situações, é acionada pelas lideranças.

Muito embora o cotidiano dos bairros populares esteja absolutamente vinculado à cidade formal¹⁸, de cuja dinâmica faz parte (pelo trabalho, pelo consumo, pelos meios de comunicação, pela mobilidade), não conformando de modo algum uma espécie de gueto, as fronteiras territoriais e simbólicas estão presentes no discurso dos “de fora” e dos “da comunidade”. Por outro lado, há fronteiras internas criadas

por um sistema de classificação, que não conseguimos senão vislumbrar, entre as nove comunidades que compõem o bairro Monte Cristo. A comunidade Santo Agostinho é considerada a mais “temida” e, muitas vezes, obscurecida pelos moradores que situam seus endereços no bairro Monte Cristo; por outro lado, a mesma pode ser referida em situações nas quais, ao contrário de se invisibilizarem, os moradores querem proteger-se ou ameaçar alguém recorrendo ao próprio estigma que recai sobre eles. Mario conta que um menino da Santo Expedito foi ameaçado em outro bairro, ao que teria respondido: “não te mete comigo que eu sou da Santo Agostinho”. Este tipo de situação não é incomum, e parece revelar o quanto a questão do território (no caso, o local de moradia) é fundamental na conformação das identidades dos sujeitos, e como estes lidam com estas identidades de formas diferenciadas. Se para abrir um crediário numa loja comercial do centro da cidade ou obter um emprego, os moradores/as costumam dizer que o bairro a que pertencem é Capoeiras (bairro vizinho, de classe média), para resistir a provocações de que são alvo na rua ou na escola, a referência ao Santa Cecília, a Santo Agostinho ou a Santo Expedito pode ser acionada, mesmo que não corresponda aos fatos.

É comum os moradores sublinharem os perigos existentes no local: os meninos envolvidos com drogas, as balas perdidas, as investidas súbitas e sempre violentas da polícia, os mortos e feridos desta guerra que povoa sites da internet¹⁹, falas de

motoristas, comentários de professores, queixas de profissionais, fotos e chamadas diárias nos jornais. Os moradores também enfatizam o fato de ralharem e xingarem os meninos que passavam “a fazer o que não deviam e a andar com quem não presta”, embora cientes do pouco efeito destas preleções diante desta irresistível “escolha” pelo dito mundo da criminalidade por jovens pobres urbanos. Neste contexto, a via sedutora do tráfico e da criminalidade parece se apresentar como uma opção possível e viável, que permite acesso a lugares de poder e de reconhecimento, embora marcada pela fugacidade. Cabe destacar que também aqui as relações entre criminalidade e masculinidade são muito fortes²⁰, embora as conseqüências e as marcas da violência sejam “democráticas”: elas parecem envolver a todos, sejam os que têm algum tipo de relação mais direta com o tráfico, seja os que não compartilham senão o mesmo espaço de moradia; uma memória de experiências vividas como ameaça permanente, seja ela a perpetrada pela polícia, seja a praticada pelos próprios traficantes. Também são referidas as “batidas” e “correrias” provocadas pela polícia e a luta demorada pela conquista de (pedaços) de uma área de lazer há anos prometida pela prefeitura. Nestas crônicas ordinárias que destacam a violência policial e aquela promovida pelos traficantes, também são referidas as grandes dificuldades de obtenção de trabalho, de permanência nas escolas e em programas educacionais, de acesso aos equipamentos coletivos, dos percalços da mobilidade

urbana, de escassez de recursos, entre outras expressões da condição de subalternidade que os pobres ocupam na sociedade e na cidade de Florianópolis, em particular.

Percebemos mais tarde que nós também partilhávamos de certa dose de temor ao adentrar pelas ruelas da Santo Expedito. Íamos para o Monte Cristo em grupo, às vezes em três, às vezes em duas, imbuídas de certa cautela que o imaginário local suscita em torno da região. Nossos familiares preocupavam-se com nossas saídas diurnas e noturnas à Santo Agostinho, cuja fama de perigosa e violenta é diariamente alimentada pela mídia local. A propósito desta experiência, Alba Zaluar, se pergunta: “pode um antropólogo, vivendo em cidades tomadas pelo medo de uma criminalidade violenta que afeta a todos, mas particularmente ao segmento social ao qual pertence, estudar aqueles que são a razão do medo?”²¹ Mesmo que temas como tráfico, violência e criminalidade não fossem alvos de nossa pesquisa, nos foi impossível analisar as narrativas acerca de sofrimento e aflição entre estes grupos sem atentar para o contexto social fortemente marcado por estes temas.

Neste sentido, destacamos a mágoa e a raiva que os moradores sentiam por terem seu espaço transformado em depósito de lixo por pessoas de classe média alta, que costumavam descartar, em terreno em frente à comunidade, coisas que não queriam mais em suas casas, desde móveis e aparelhos estragados sem nenhuma serventia, até restos de comidas, coisas deterioradas e animais domésticos mortos, de

dentro de seus automóveis novos, com vidros fumês e alta velocidade, provavelmente por considerarem aquelas pessoas como abjetos²² de uma sociedade que de seu trabalho (e de seus votos) depende.

A maioria dos moradores do Monte Cristo são migrantes do interior do estado de Santa Catarina, mas há quem tenha vindo do Maranhão (como uma das lideranças comunitárias da Santo Agostinho), da Paraíba (como a moça que revende produtos de beleza a domicílio), do Rio de Janeiro mas, sobretudo, do Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo, regiões que nas últimas décadas têm provocado a vinda de toda uma população migrante para a região metropolitana de Florianópolis²³.

Dentre as cinco interlocutoras da comunidade Santo Expedito a maior parte é migrante, oriundas do interior do estado de Santa Catarina, e cujas trajetórias revelam a recorrência de uma trajetória comum às classes populares no Brasil²⁴, marcada pela migração constante de um lugar a outro em busca de trabalho e de moradia, em geral através de redes sociais e sempre envolvidos em situações familiares. Este é o caso de Antônia que relata ter vindo para Florianópolis após ter se separado do marido que era alcoólatra e que a ameaçava, numa trajetória de migração que já começara antes: gaúcha, veio com a família para o oeste do estado, tendo vivido em Blumenau quando casada. Já Miranda conta que veio de Lages para a capital quando tinha dezessete anos, diante do pedido

de sua irmã biológica, por ocasião da morte do pai (biológico), uma vez que vivia com uma família que até então a criara. Anita veio de um município vizinho da Grande Florianópolis ao qual ainda retorna em visita de vez em quando; Maria Dite veio sozinha de interior do estado para morar com parentes que já residiam na cidade, em busca de um trabalho melhor. Tereza era a única do grupo que “era daqui mesmo”, tendo sido criada em outro bairro, situado na ilha.

A grande maioria dos moradores vive esta instabilidade também no mundo do trabalho, e as mulheres de forma particular: muitas já trabalharam em vários locais, desde empresas até casas particulares, na qualidade de empregadas, babás, faxineiras ou “cuidadoras” em geral, como Neusa, cuja casa abriga uma espécie de creche comunitária²⁵, necessária para as mulheres que trabalham fora e um dos objetivos sonhados para a Casa da Comunidade, quando de sua construção. Estes trabalhos tidos como femininos, de certa forma, são uma ampliação do trabalho invisível desenvolvido, dia após dia, década após década, no espaço doméstico. O abandono de trabalhos formais, muitas vezes vistos como prazerosos, bons e até vantajosos do ponto de vista econômico, não raro deve-se à necessidade de cuidar de um neto, de um filho, de um parente consanguíneo, de um companheiro doente ou que necessite de cuidados e vigilância (caso dos adolescentes homens, que podem “cair” em atividades “ruins”). Tal abandono não parece de modo algum ser mal visto pelas pessoas da família e da comunidade; ao contrário, um forte sentimento de dever e de obrigação familiar a ser cumprido está aí presente.

Como sabemos, os trabalhos desempenhados historicamente pelas mulheres, ligados ao mundo chamado privado ou doméstico, são fundamentais na reprodução da vida social: na unidade familiar são desempenhados uma série de serviços diários, sem feriado nem fim-de-semana, necessários à reprodução da força de trabalho. Como apontam várias autoras feministas, o trabalho remunerado depende em grande medida do trabalho não-remunerado²⁶. Em geral correspondendo a uma divisão sexual do trabalho, mas, nos casos de famílias chefiadas por mulheres, como muitas das que compõem o universo social do Monte Cristo, pudemos perceber claramente a importância que estes trabalhos “não-remunerados” adquirem na vida das famílias, bem como a concomitância dos dois tipos de atividades (a famosa dupla jornada), desempenhadas por várias das nossas interlocutoras, mulheres que ocupam o papel de provedoras mais permanentes de suas famílias.

**MUITAS FORMAS DE NARRAR: RELATOS DE BASTIDORES, CRÔNICAS DO COTIDIANO,
TRAJETÓRIAS INDIVIDUAIS E NARRATIVAS COLETIVAS**

*As palavras formam os fios com os quais
tecemos nossas experiências.*

Aldous Huxley

Foi neste contexto e no momento em que se desenrolava uma assembléia da comunidade, na qual ninguém parecia estranhar a nossa presença, que falamos sobre nossa pesquisa e de nosso interesse em saber se elas/eles conheciam pessoas

que estivessem padecendo de algum tipo de sofrimento, de ordem psicológica, mental, nervosismo, depressão - ou algo deste tipo. A repercussão foi imediata: Maria Dite logo falou que era o caso da Julia e que não seria difícil uma vez que “isto tem muito por aqui”. Com seu estilo discreto, porém firme, Miranda aproximou-se de nós e falou, com certo orgulho: “Eu posso ajudar sim, porque eu sou a psicóloga da comunidade”.

Pedro, um dos poucos homens ali presentes, fez um discurso contundente e muito articulado sobre o estigma da comunidade, a dureza de ser pobre na cidade e sobre as diferenças entre as comunidades do bairro. Após a reunião e nossa apresentação, aproximou-se de uma de nós e, num depoimento em tese sobre outrem, disse que poderia ajudar, sim, a que nós encontrássemos outras pessoas que estivessem passando por problemas, já que “isso” - referência aos problemas como os que tínhamos apresentado, era, novamente, “muito comum aqui”. Inaugurando a narrativa que chamamos paralela à narrativa coletiva oficial, com que passamos a lidar diuturnamente neste universo, Pedro falou de sua falta de vontade de sair de casa, vontade de “só dormir”, das dificuldades da vida nestas condições, o fato de estar “na perícia²⁷”, desta fase difícil em que se encontrava.

Assim, a escolha das narrativas como aporte teórico e metodológico, decorrente da concepção mais geral da pesquisa, encontrou um campo fértil no contexto do Monte Cristo, tanto na sua forma mais individualizada (através das entrevistas) e

na forma coletiva e ritualizada (as narrativas coletivas) quanto nas conversas informais. As pessoas falam muito, e gostam de ser ouvidas e compreendidas- neste sentido contrariam a previsão de Walter Benjamim, acerca da decadência de arte de contar histórias na modernidade²⁸. Num universo onde o letramento não se coloca como hegemônico, a oralidade desponta como dimensão fundamental do cotidiano. Trabalhamos com três tipos de narrativas: o relato coletado em entrevistas, na forma de itinerário terapêutico; a narrativa coletiva, feita em grupo, sobre as origens da comunidade (uma espécie de narrativa oficial do grupo) e as narrativas paralelas, conversas que ocorriam antes e após o momento de narrativa coletiva, e que sempre aconteciam de forma individualizada.

Entendemos aqui narrativa como um processo de construção da linearidade histórica que compõe o indivíduo; indivíduo este que emerge enquanto tal no ato mesmo de narrar: o sujeito que narra não é o mesmo sujeito narrado a não ser como um resultado temporário deste. “É esse “trabalho” de transformação que reunirá todas as experiências e práticas narradas, que lhes dará um sentido e colocará o sujeito que conta em uma posição diferente do sujeito que é objeto de sua narrativa”²⁹. Pudemos, a partir desta noção, refletir sobre as implicações que o ato de narrar tem na vida dos sujeitos, bem como analisar os conteúdos destas narrativas e perceber as especificidades dos sofrimentos e perturbações neste contexto social.

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: AS NARRATIVAS INDIVIDUAIS

Na comunidade Santa Cecília, como dito anteriormente, os contatos ocorreram de maneira diferente: utilizando-se de uma espécie de escolta- a agente comunitária residente do local, foram realizadas as ditas entrevistas formais onde as trajetórias terapêuticas individuais formaram o centro das narrativas. Aqui a narrativa enquanto possibilitadora de reatribuição de significados e propiciadora de compreensão a partir do tempo-espaço em que as pessoas se encontram aparece como pano de fundo e suas narrativas, por vezes emocionadas, são vistas à luz de um sentido dado no momento em que se encontravam e de onde seria impossível desvincular suas trajetórias terapêuticas com suas histórias, surgindo possíveis causas e explicações de fatos do passado que lhes eram imperceptíveis na época em que viviam tais experiências, conforme as próprias interlocutoras afirmaram.

Nos relatos acerca das experiência de adoecimento, apareceram com frequência alguns temas que destacamos, como a experiência com médicos, remédios e algumas situações de internação psiquiátrica, a experiência com a violência, que se estende como pano de fundo do bairro, e os problemas envolvendo casa, trabalho e gênero, nos quais aparecem alguns impasses entre as esferas pública e privada³⁰.

Entre trocas constantes de remédios controlados e buscas por religiões diferentes encontram-se a maior parte dos relatos sobre as trajetórias terapêuticas narradas individualmente pelas

interlocutoras. Se em alguns casos uma *conversa* resolve, em outros casos, a ida à igreja pode ser uma outra opção de alívio ou cura; neste sentido, Miranda enfatiza a dimensão da sociabilidade presente no espaço religioso. Idas recorrentes a médicos também são relatadas e, em quase todos os casos, a figura do médico é criticada: no geral eles são associados ao ato de prescrever receitas e vistos como pessoas inacessíveis, que não escutam e, portanto, não entendem – imaginário muito diferente daquele que é construído em relação ao psicólogo.

Os remédios são relatados ora como propiciadores de amenização dos males sentidos e ora como causadores de efeitos colaterais. Falta de memória, dor do estômago, dor de cabeça, insônia, micções involuntárias levam a trocas constantes dos remédios ora por não fazerem mais efeitos, ora pelos efeitos colaterais serem maiores que os supostos benefícios, um campo de experimentação onde o remédio aparece como uma salvação, um suporte ou um (des)caminho. Joana às vezes os deixa de lado, mas logo o médico a convence de voltar a tomá-los:

Fiquei bem ruim, daí não queria mais tomar os remédios... Porque pra mim isso aí... Eu não acredito, eu não acredito nos remédios, pra mim eu não acredito, é a mesma coisa, eu não sei tudo o mesmo, eu sinto... Eu sinto um monte de coisa ruim... Como é que os remédios vão fazer... Vão fazer efeito? (Joana, 31 anos, afastada do trabalho)

Amanda diz que houve época que tomava treze tipos de remédio: “parecia uma galinha comendo milho”, diz.

Entretanto, teve que voltar a usá-los:

Até um tempo atrás eu tentei, fui parando, aos poucos, o médico me ensinou a ir parando, eu tentei mas não consegui, daí o corpo começou a pedir de novo, enfrentei suadouros, enfrentei assim, dores horríveis, pra tentar ficar sem, que daí começou o psicológico a pedir muito, a pensar muito só em morrer, morrer, morrer, a ter crise de choro, de choro, daí...(Amanda, 29 anos, afastada do trabalho)

Três das interlocutoras passaram pela experiência de internação psiquiátrica, das quais duas foram internadas por passarem a ter atitudes consideradas nocivas e agressivas por seus familiares. Joana foi internada duas vezes por “surtos psicóticos”, Vivian (31 anos, não trabalha) foi internada durante um mês por “ficar agressiva”. Joana dá detalhes sobre os tempos em que ficou internada, conta que deixou de tomar o remédio após a sugestão de um amigo para sair do regime de internação, já que os remédios a deixavam “dopada”, ao ponto de não conseguir conversar coerentemente com o médico. Narra também os momentos de “loucura”, dos quais lembra vagamente, quando tentou envenenar seu marido com água sanitária e punha-se a rir na janela enquanto ele tomava a sopa. Se em tempos “normais” ela geralmente teme a tudo e a todos, em seus “surtos” ela passa a representar a ameaça.

Internadas, longe do olhar da família, longe dos perigos e, principalmente, longe de causar perigos: a narrativa de Joana, que em seus surtos torna-se violenta, assemelha-se nos relatos

sobre a reação agressiva de Vivian ao ser confrontada com uma situação de grande impacto, fúria essa que entra em contraste com a costumeira calma. A “violência” dos atos das narradoras é considerada patológica, anormal e perturbadora da ordem do lar e através da internação essa ordem é reestabelecida.

Sobre esta questão da internação, um episódio vivenciado na Santo Expedito se mostrou ilustrativo: em uma conversa descontraída sobre dietas, Antônia, diante de uma proposta que lhe parecia absurda, replica, em tom de brincadeira: “Está louca?” “Se estiver, não há mais o que fazer, não aceitam mais ninguém na Colônia Santana³”. Diante da surpresa das demais, Anita reafirma que atualmente “a Colônia Santana não aceita mais loucos” revelando o conhecimento que tem do processo de desinstitucionalização trazido pela Reforma Psiquiátrica. “Sério?”, diz Miranda, “Nossa, mas como fica então?”, ao que Anita responde: “Ah, tem que ficar em casa mesmo!”, reiterando a ideia apontada pelos familiares de Vivian acerca dos benefícios do recurso ao internamento em caso de crise.

Joana apresenta um discurso duplo sobre os remédios: se por um lado afirma por vezes só ter conseguido sair do hospital psiquiátrico quando deixou de tomar os remédios e conseguiu ter uma conversa lúcida com o médico, o “convencendo” a lhe dar alta médica, por outro lado, no decorrer de sua narrativa, atribui seu estado atual às negligências passadas com os remédios, ao mesmo tempo em que duvida da capacidade destes para solucionar seus problemas:

Daí foi indo, foi indo, se agravando, e daí se agravou mais porque eu não tomava os remédios do jeito que era pra ter tomado (Joana).

Interessante notar que nos casos considerados, o medicamento não apareceu como propiciador de uma suposta cura: entre suprimir sintomas e fazer sentir-se melhor por um lado, e trazer inúmeros efeitos colaterais por outro, o recurso aos remédios parece simbolizar que a pessoa está vivendo um processo indesejado, do qual pretende sair. Além disso, Joana, assim como muitas outras usuárias das unidades de saúde, mostram um agenciamento próprio quanto ao uso dos medicamentos, diminuindo ou aumentando doses, recorrendo a auto-percepção acerca dos efeitos destes sobre si mesmas e compartilhando estas experiências com outras pessoas. Esta apropriação do uso dos remédios envolve o costume de recomendar e aceitar sugestões de pessoas (amigos, vizinhos, parentes) que padecem de males similares.

Se por um lado a família aparece por vezes no lugar de acolhimento quando em casos de adoecimento por outro aparece como desencadeadora de alguns processos dessas “doenças”, principalmente no que se refere a problemas com o marido e “sobrecarga” de cuidados com a casa e os filhos. É em relação ao segundo argumento que se baseiam algumas das justificativas para a afirmação quase unânime de ser a mulher mais comumente afetada por casos de “depressões”.

Acho que na verdade nós mulheres..., que a gente quis ter as mesmas igualdades que o homem só que a gente esqueceu que a gente além de trabalhar e tudo (...) A gente quer ter a igualdade só que a gente esqueceu que tem filhos... (Amanda)

Aqui se percebe a idéia de que uma das “causas” apontadas por elas como fonte de sua aflição seria a entrada das mulheres em um universo que seria mais propriamente masculino – no caso, o trabalho remunerado, acarretando o que descrevem como uma certa negligência com os afazeres ligados à maternidade, percebida como um fator importante de diferença em relação aos homens. Os profissionais da unidade de saúde quando interrogados sobre qual seria a parcela mais atingida pela depressão e seus correlatos, apontam em sua maioria para o público feminino, resposta essa que segue ao lado da argumentação de que as mulheres buscam ajuda quando começam a sentir os primeiros sintomas, enquanto os homens a procurariam quando o sofrimento está muito grave. Também aparece nos seus discursos relações entre o fato de serem “mulheres” e as doenças em função de certas características que as tornariam mais passíveis de serem acometidas por “sofrimentos psíquicos”. Esta ideia parece cara também a Miranda, uma das interlocutoras, para quem as mulheres são mais propensas a esse tipo de sofrimento devido às preocupações com a casa, filhos e trabalho, associando o fato de que a esfera doméstica é, segundo ela, um espaço “estressante”:

É a mulher. A mulher sempre fica mais deprimida, sabe. Porque é a casa, é filho, então, o trabalho, né. E o homem não, sabe que o homem, né, não... Ele não demonstra, pode estar mesmo lá, e eles não...né. (...). E a mulher não, a mulher é muito... É por isso que tem que ter.. ter cabeça, porque senão...³²

Se Amanda por vezes atribui sua “doença” ao trabalho, também a relaciona ao marido, pois trabalhava por ambos e é comum em sua fala definir o trabalho como uma esfera masculina, como se sua “doença” lhe tivesse acontecido por ter ultrapassado uma barreira que não lhe era possível atravessar:

Mas acho que é isso, a gente querer... *Querer e ter que*, mesmo que não queira, a mulher está assumindo, todas as situações. Os maridos, os homens, na grande maioria, eles estão bem... Não tem mais aquela cultura de antes, de ter o alicerce da família, isso mudou muito, eu vejo assim. (...) Faltou ter a proteção, que eu precisava e ainda quero. Eu não desisti de ter a minha família, mesmo tendo dois filhos, de achar um companheiro que cuide de mim. E não querer ser tão... sabe? Tão independente. Porque *eu acho que a mulher não tá preparada, assim, pra essa independência, porque a gente querendo ou não a gente é muito mais sensível, então a gente tá indo por um lado, assim, que querendo ou não a sociedade tá fazendo a gente ir mas que eu acho que a gente não tem capacidade psicológica pra isso* (Amanda) [grifos nossos].

Lisanda, a agente comunitária de saúde, que afirma que em sua “micro-área”³³ não há nenhum caso de depressão em homens; associando os casos mais frequentes às mulheres, acaba novamente construindo explicações para isso a partir de um entendimento da esfera pública como masculina:

Geralmente é mais com mulheres que acontecem, *elas começam a ficar agressivas com as crianças*, e acaba que as que perdem mais com isso, né? Porque infelizmente *os maridos saem de casa, né, a mulher tá nervosa por qualquer motivo, eles simplesmente saem, ou brigam com a mulher*, faz qualquer coisa, e as crianças ficam ali, né, todos os dias... Eu acho que quem perde mais com isso são as crianças, infelizmente são. Porque a mãe se torna mais agressiva, ou mais desleixada. (Lisanda) [grifos nossos].

Joana, uma das interlocutoras, conta um pouco de sua trajetória depressiva, seus dribles ao excesso de medicamentos, suas questões acerca do sentido da vida e da existência:

Tomei tantos remédios, tanto... Porque daí eu sou tão *neurótica* que pra mim nada, nada é... Mas não é que faz bem, é que eu sou tão neurótica que nada é bom pra mim. Nada. Tomava paroxetina³⁴, tomava fluoxetina³⁵, tomava tudo... Haldol³⁶... *Tomei tudo quanto foi remédio, acho, pra depressão* eu já tomei. Porque eu ... eu não tomava também, eles trocavam e não adiantava, porque daí eu não tomava. Eu via, tomava dois dias e aí dava dor no estômago: “ai, não quero mais porque dá dor no estômago”, dor de cabeça: “ai, não quero mais porque dá dor de cabeça”. *Daí agora não quero mais viver. Pra*

mim não tem mais, né? Não tem mais graça pra mim. Não quero mais viver. Porque não tenho... Não tenho mais, não tenho mais o que fazer. Daqui a pouco a gente vai morrer mesmo. Aí a gente tava até em pensando em arrumar a casa, tava pensando: "Ai, meu Deus", que a gente... vai construir, né? (...)Pra que? Pra que construir? Sabe? A minha vida... Eu vivo assim, eu não tenho, sabe, tu não tem esperança, tu não tem... sabe? Não tem assim, um... Vejo um futuro assim pra mim, sabe? Que eu soffro muito. Muito mesmo. E não tem, na minha cabeça, não tem nada, assim, nada de positivo, assim. Não tem nada de positivo, não vem nada, assim. Nada.

*Que, tipo assim, os médicos não me dizem do que é ao certo, né? Não sei assim do quê que é. Pra mim só pode ser assim, porque meu marido é muito bom pra mim, ele tem muita paciência comigo... Porque já vai fazer 3 anos que eu tô doente assim, e ele tem muita paciência comigo, sabe? Porque eu soffro demais, assim, é muito ruim, é uma coisa assim, eu... É um sentimento, assim, muito ruim. Porque no começo eu tinha muita, assim: eu chorava muito, era mais de chorar e de ficar triste. Aí como eu não me tratava, eu achava que não... Que não ia melhorar, tipo: *um dia eu ia na igreja, outro dia eu ia no centro espírita... Outro dia eu ia... sabe? Tudo lugar eu ia e daí nunca... E parava com os remédios.* _Nesses, tipo, uns 2 anos eu fiquei nesse... nesse... *Eu tomava remédio, parava, eu tomava remédio, parava...* [grifos nossos]*

Vemos aqui a busca de várias formas de alívio por parte de Joana, que procura uma explicação acerca das causas de sua

“doença” e, insatisfeita com a falta de respostas, pretende ela mesmo avaliar os efeitos dos remédios.

Das cinco entrevistadas, três contam casos parecidos - de mulheres que se dedicavam muito ao trabalho e que, passado um tempo, passaram a desenvolver algum tipo de “sintoma”, como “fobia” do local de trabalho, muitas delas estando inclusive afastadas destes. Observa-se aqui uma contraposição do que observou Maria Lúcia da Silveira com as mulheres “nervosas”, entre as quais a esfera de sua perturbação estaria relacionada muito mais à casa, ao âmbito privado, do que à esfera do trabalho, ao passo que os homens adoeceriam por problemas relativos à esfera pública³⁷.

Eu sempre lutei, eu nunca quis ficar aqui no bairro, sabe? Daí por isso que eu trabalhava tanto, guerreava tanto, tanto, tanto. Tinha dias que ia trabalhar as sete e meia da manhã e voltava... Passava a madrugada trabalhando, voltava só no outro dia duas horas pra casa, porque tinha que mudar a loja, tinha que...sabe? Mas eu ia, trabalhava, sabe? Pensava “não, *eu tenho que tirar meus filhos daqui, meus filhos não podem viver no meio do tiroteio*”, *essa era a minha luta*. Então agora, com tudo isso, eu tive que voltar a morar aqui na comunidade”.
(Amanda)

Trabalhava, sempre... desde os 15 anos, eu trabalhei... Sempre, desde os quinze anos, sempre trabalhei. No super, sempre trabalhei ótimo, ótimo, foi muito bom, assim, sabe? Mas foi depois que eu fui lá pra esse lugar

ali que começou. Porque daí deu o estresse do... o estresse do serviço, que eu trabalhava o dia todo...saía de lá cinco... *Entrava lá às sete e saía de lá às cinco, seis horas, tem vez que dez horas da noite, mas aí eu já chegava em casa já o estresse de ver tiroteio, ver morte, ver um monte de coisa, aquilo ali foi... Foi vindo, foi vindo, aí depois... eu comecei a ficar assim* (Joana). [grifos nossos]

Mirian Cristina Rabelo *et all* (1999) aponta que, conforme sua pesquisa de campo, os signos de normalidade são basicamente três: desempenho de papéis sociais, aparência e relação com os outros. Sendo o primeiro associado frequentemente ao trabalho, este aparece como a força, em oposição a fraqueza, estado de doença. Na família, como relação de reciprocidade, relação essa que a doença acaba quebrando. Amanda lamenta que, antes da sua “doença”, era ela a propiciadora de favores familiares e, atualmente, é ela quem depende de ajuda. O fato de não trabalhar, a incapacidade de prover seu sustento, para ela, também parecem ser sinônimo de fraqueza. Ela relata que sempre almejava deixar o bairro, por considerá-lo ruim para educar seus filhos. Tendo desenvolvido “fobia de trabalho”, viu seus esforços se desfazerem e, por motivos de ordem financeira, teve que voltar a morar na comunidade em que a mãe e o irmão moravam.

No caso aqui relatado, as doenças aparecem não apenas como opositoras do trabalho, como também acarretadas por esse, mesmo quando ele é referido como fonte de prazer ou símbolo de independência. Impossibilitadas de trabalharem por

estarem “doentes”, desenvolvendo as doenças por trabalharem muito - a doença se mostra como uma opositora mas também como uma evasão do mundo do trabalho.

ANALISANDO ALGUMAS CATEGORIAS

Diante da complexidade dos dados que foram observados em campo, julgamos apropriado fragmentar os itinerários para fins de comparação e de análise; buscamos, a partir dos itinerários e das demais narrativas e observações, compreender como a experiência social em torno do gênero e da “saúde mental” se estabelece.

BALAS DE CHUMBO, NERVOS DE AÇO

Um primeiro aspecto que parece ser elucidativo é a relação da “violência” com experiências de *sofrimento*. Foi comum já nos primeiros contatos com a rede de pessoas indicadas por Miranda, nos defrontarmos com relatos acerca da “violência” que atravessa o bairro e as próprias casas das pessoas que nele vivem. Nos relatos das moradoras e/ou das profissionais da unidade de saúde que atende a região, as histórias de doenças de tipo “depressivo” (como “ficar na cama o tempo todo, não sair na rua, não conseguir dormir, ter pesadelos”) estão ligadas diretamente as cenas dantescas vividas pelos moradores, em função do envolvimento dos filhos e parentes com a violência, com o tráfico ou com o uso de drogas.

Ao elaborar uma explicação sobre sua “depressão”, Joana encontra três causas: sua negligência com o uso dos remédios,

excesso da rotina de trabalho e, principalmente, a violência presente na comunidade em que foi morar depois de casada:

Não sei, [a causa da depressão]de repente *pode ser do lugar que eu morei...* Eu, tipo assim, eu morava com a minha mãe e nunca tinha visto morte, nunca tinha visto assalto, nunca tinha visto briga... E depois que eu fui morar lá eu vi muito disso, né? *Eu vi muito tiroteio, muita morte... Eu achei que... Daí a minha doença pode ter sido disso.* Daí ... eu fiquei assim, né? Sentia muita coisa ruim, muita coisa de ruindade Fiquei no super; tá, 4 anos, aí comecei a sentir essas coisas, daí achei que era do super [supermercado] aí... mas aí não, não acho... Fui pro médico, perguntei pro médico e o doutor disse: “ai, não Silvana, não... tens que ver do que é que é” . [grifos nossos]

Não apenas as moradoras como também as profissionais de saúde fazem uma referência, uma associação quanto ao fato do bairro ter um contexto violento que parece permear algumas experiências de sofrimento, como narrado a seguir:

Então, assim, a questão da violência é uma questão importante aqui. Presente, sem dúvida. Eu atendi uma vez uma mulher aqui na frente... O filho dela morreu, aqui na frente do Posto. *Uma dessas casas, aqui, às quatro da tarde, quatro e meia, com três tiros, na frente dela, na sala dela.* O cara entrou e matou o filho...De 18 anos. Ela estava ... *Estava tomando café na mesa com o filho, o cara entrou e matou.* (Lili, médica residente da unidade de saúde do Monte Cristo). [grifos nossos]

Embora os moradores demonstrem certo incômodo com a presença tão constante dos traficantes, as maiores críticas locais se referem à polícia. Aos policiais é atribuída a “desordem”, a exposição das crianças ao perigo, a tirar a comunidade de seu cotidiano pacífico. Cláudia Fonseca³⁸ aponta para essa mudança de perspectiva entre “bem” e “mal” onde o elemento policial é o elemento estranho, aquele que traz o perigo e a desordem. Vemos aqui, como em vários outros contextos brasileiros, uma situação na qual o Estado, a quem caberia o dever de promover a ordem- inclusive através do monopólio da violência³⁹ – assume outro significado: percebe-se haver uma dissociação entre a polícia e a ordem, havendo também, uma tentativa de deslegitimar as atividades policiais, uma vez que os policiais são aqueles que já chegam com as armas em punho ao lado das crianças brincando na rua, enquanto os traficantes, mesmo invasivos, acabam por adotar uma postura mais respeitosa com os moradores (garantindo certa “ordem”) do que a polícia; uma inversão, pois, do que se entenderia costumeiramente por ordem.

O relato de outra moradora ilustra um pouco mais a influência do cotidiano marcado pela polícia nas experiências dos moradores. Segundo conta, é constante a invasão da sua casa e a ameaça com armas pela polícia em várias ocasiões o que, diz, lhe deixava muito “nervosa” e amedrontada. Conta ainda que tem dificuldades para dormir, para comer e está sempre “ansiosa”, pois, depois que seu filho começou a se

envolver com o tráfico, a polícia entra em sua casa sem “pedir licença”, sem “mandato” [judicial], tendo sua casa assim invadida algumas vezes. Relata que numa manhã dormia com a janela aberta em função do calor e acordou com uma pistola apontada para sua cabeça.

Parece claro que o contexto no qual as pessoas vivem interfere na constituição de suas subjetividades. Como sugere Rosária Peruzzo:

Nós nos tornamos no que somos, ou seja, constituímos nossa subjetividade, interagindo diariamente com uma heterogeneidade de processos (individuais e coletivos), os quais estão em constante movimento de construção e desconstrução. E, desta forma, passamos a constituir sempre novas composições subjetivas.⁴⁰

É neste sentido que entendemos que os processos de subjetivação se constituem mediante uma infinidade de movimentos, atravessamentos e desdobramentos que a vida cotidiana, situada no espaço-tempo de seu desenvolvimento, apresenta.

CORPO E ESTÉTICA

Entre as mulheres do grupo da Santo Expedito, percebe-se uma forte preocupação com a aparência (peso corporal, cabelos, unhas e pele, por exemplo) e com a indumentária, muitas delas pintando os cabelos com frequência, bem como trocando informações sobre produtos de beleza. Na ocasião

de um dia das mães participamos de uma reunião na casa de Maria Dite que contou com a presença de uma representante de produtos cosméticos que, segundo ela, também apresentavam diversas funções terapêuticas, conforme demonstrava enquanto nos mostrava seus produtos, suas formas de uso e possíveis benefícios. Nesta reunião também pudemos perceber o compartilhamento, por parte das mulheres, de saberes que fazem parte deste universo da cosmética/estética feminina e a importância em deter estes conhecimentos e adquirir os produtos, muitas delas fazendo pequenas prestações para poder adquiri-los. Por outro lado, são muitas as queixas relativas ao excesso de peso, das dietas que não se cumprem, de alimentos que não devem se ingeridos e de roupas que apertam, mostrando um apreço por silhuetas mais magras. Este último aspecto foi apontado, também pelos profissionais de saúde com os quais conversamos, como uma das queixas frequentes apresentadas pelas mulheres que chegam ao posto de saúde em busca de ajuda, um detalhe que nunca deixa de ser mencionado quando as pacientes solicitam alguma medicação ou quando o médico a prescreve, revelando o peso que o mandato da beleza feminina (nos moldes contemporâneos) assume também entre mulheres de classes populares⁴¹.

É interessante notar como para estas mulheres o corpo registra a experiência de vida (e guarda ou evoca uma memória):

em um de nossos encontros, Tereza mostra a enorme cicatriz que atravessa seu abdômen, e que carrega a lembrança de uma cirurgia feita somente após seu marido consentir, pois, conforme nos conta, “ele não queria que eu fizesse pois não tinha quem fizesse as coisas em casa”, diz ela. Antônio também conta em detalhes o processo de implante de um rim, doado por sua filha, descrevendo com riqueza de detalhes os processos pelos quais o mesmo fora retirado do corpo da filha e colocado em seu corpo, numa narrativa que acentua a importância da consangüinidade e da relação mãe e filha: “ela(a filha) dizia: se tu me deste a vida, como eu, que posso te ajudar a viver, não vou fazer isto?”

Ao falar da sociedade disciplinar, Foucault vê o corpo enquanto materialidade do poder, poder esse que se exerce sobre o corpo de muitas maneiras. No caso em questão, gostaríamos de enfatizar as estratégias de poder que por um lado constitui o corpo enquanto órgão de trabalho e, por outro, impõe um corpo-modelo a ser seguido, ou seja, aquilo que Foucault entende como controle-estimulação, surgido historicamente em uma espécie de oposição às investidas por uma liberação do corpo⁴². O corpo ideal, o corpo que trabalha, o corpo que consome aparecem enquanto corpos que permeiam as práticas e as relações cotidianas propiciando formas de subjetivação próprias⁴³.

O SEGREDO DO PSICÓLOGO

*É cada vez mais freqüente espalhar-se em volta o
embaraço quando se anuncia o desejo de ouvir uma história.*

Walter Benjamin

Chamou-nos atenção o uso corrente de termos como “depressão”, “estresse” e “neurótico”, que fazem parte do vocabulário cotidiano dos moradores, de forma heterogênea e articulada as categorias de “nervos”, “estar ruim” e “não estar boa”, como vimos anteriormente, e também o reconhecimento da psicologia como uma profissão dedicada a atuar nos casos de sofrimento e aflição.

Encontramos várias referências ao trabalho do/a psicólogo/a no Monte Cristo: profissão conhecida das mulheres da Santo Expedito e dos/as usuários/as da unidade de saúde local, que oferece serviço de atendimento psicológico; reconhecida por Miranda que se orgulha de seu papel de “psicóloga da comunidade”; buscada como apoio a um momento difícil, como o caso de Maria Dite, recomendado e custeado pelos seus atuais patrões. O/a psicólogo/a aparece como um personagem dedicado a ajudar as pessoas que estão passando por momentos difíceis, escutando o que o sujeito tem a dizer e buscando razões para o sofrimento, aspecto no qual se diferenciaria dos médicos, cujo trabalho - também valorizado - se resumiria à prescrição de remédios.

Marília, moradora do bairro, nos conta ter atravessado vários períodos depressivos, e que buscou ajuda nos remédios,

na terapia e nas conversas com amigas/vizinhas. Segundo ela, tais depressões tiveram início após ela ter presenciado seu filho ter sido vítima de uma bala, em uma briga que envolveu seu ex-marido. Ela conta que conversa muito com suas amigas, a quem ajuda e com quem também compartilha suas angústias. Na sua reflexão acerca deste processo, Marília cita o trabalho do psicólogo que consultou, refletindo acerca da particularidade de sua escuta: ela conta que “já fez tratamento com um psicólogo” e diz “ter entendido qual era o segredo dele [de sua profissão] quando ele a fez contar a cena do filho por umas quatro horas”. O segredo desta conversa seria que o/a psicólogo/a “escutava a história inteira”, permitindo que a narrativa se desenvolvesse até o final pela narradora, ao contrário das conversas com suas amigas, as quais, apesar de a escutarem, interrompiam-na muitas vezes, interceptando sua fala com outras perguntas, opiniões, demandas e, sobretudo, “aligeirando” sua narrativa. Se por um lado a experiência compartilhada pelas amigas permite a conversa e esta é importante no alívio da angústia, por outro lado, esta se coloca em geral como truncada, diferenciando-se da escuta psicológica.

Pode-se perceber neste sentido que, ao lado da capacidade de narrar/contar/compartilhar com outras pessoas as próprias angústias está a capacidade de ouvir e acolher a angústia alheia, por parte das mulheres. O desejo de contar/narrar/compartilhar parece relacionar-se com a “plurificação da capacidade do

sujeito de ordenação de práticas sociais e psíquicas”, ambas permeadas pelas noções e teorias sobre a angústia e suas terapêuticas por parte da comunidade⁴⁴.

Neste sentido, Miranda conta como diversas mulheres vêm lhe procurar para conversar quando estão tristes, “deprimidas” ou quando têm algum problema:

Ah, Miranda, preciso falar contigo, preciso.” Aí começamos a conversar assim... “Foi Deus que mandou aqui porque tô indo me jogar debaixo do trânsito da Via Expressa agora”. Aí eu disse: “*não, não, tu não vai fazer isso, é uma mulher nova, é bonita, não tens como fazer isso*”. Aí eu saí e conversei com ela, larguei a louça, tudo, né, e *fomos dar voltas daí*, porque fiquei das 2:00 até as 6:00 horas, foi sincromático[sic], mesmo... Dando volta, né, conversando, conversando... Aí depois ela assim: “ai, foi bem melhor”. Aí ela foi pra casa, né, foi pra casa, foi... aí eu disse assim: “ó, quando tu quiser me procura que né... Ela assim: “ai, não quero nem imaginar, se não fosse tu hoje mesmo eu... eu me/ eu ia morrer. Eu ia morrer hoje”, né. Aí eu assim: “*quando tu quiser tu me procura, tu pode vim, voltar, que eu vou estar sempre disponível pra te ajudar*”. E assim, ó, essa semana também, veio um... Às vezes eu preciso mais do que elas também... [grifos nossos]

É importante observar que Miranda recorre a tal terapêutica ela mesma, nos momentos em que atravessa períodos em que está “mais pra baixo, mais triste”, fato esse que pôde ser observado durante nosso campo quando sua

sobrinha foi alvo de uma bala perdida no bairro. Observamos que esta interpretação que chamamos de terapêutica local aparece em outros relatos, como o de Marília, que acentua a importância da conversa com as amigas. Os lugares de fala e de escuta, que configuram a conversa, são circulares e compartilhados, referindo-se a experiências sociais comuns, nas quais um dia o sujeito pode estar mal (precisando ser escutado) e no outro, pode assumir a função do escutador. A conversa, tão cara a quem dela necessita, pode possibilitar o alívio da angústia, tendo, assim, um valor terapêutico.

Esta dinâmica, que denominamos de terapêutica, está presente na fala de um educador da Santo Agostinho: ele afirma que muitas das participantes do grupo de mulheres da sua comunidade, auto-designadas como “depressivas” e medicalizadas via unidade de saúde, encontraram suporte e alívio nas rodas de conversa, encorajando muitas delas a abandonar os remédios.

CAPTURADAS PELAS INTERLOCUTORAS: AS NARRATIVAS COLETIVAS

*O mérito da informação reduz-se ao instante em que era nova.
Com a narrativa é diferente: ela não se exaure.
Conserva sua força e é capaz de desdobramento,
mesmo depois de passado muito tempo.*

Walter Benjamin

Chegamos ao espaço público que a Casa da Comunidade representa na Santo Expedito em função da veemência de nossa principal interlocutora, Miranda, que desde o início de nossas conversas (incluindo as telefônicas) reiterava seu desejo de

organizar um chá da tarde, no qual pudessem participar várias pessoas que estariam, segundo ela, precisando de apoio. Ela reiterava sempre a importância da fala e da conversa nos seus trabalhos como “psicóloga da comunidade”, frisando que a conversa com as pessoas com aflições que a procuram tinha efeitos terapêuticos, e se queixava da falta de conversas desse tipo dentre as pessoas da comunidade:

A gente devia fazer um tipo de um chá e convidar essas pessoas que a gente vê assim, né. Aí faz uma roda e fica conversando. Que é que a pessoa, cada um na sua casa, assim, elas não tem aquele, sabe... Eu acho que tinha que ter, assim, pelo menos um encontro, uma vez por mês. Eu acho que tinha que ter um encontro, assim, de mulher, né? Eu acho legal. Que muitas pessoas precisam, muitas, né... Que trabalham a semana toda e precisa daquilo. Só. Muitas não trabalham e aí[depois] ficam só ali na casa, é aquela coisa, né. Esse negócio de casa estressa muito, né. Então é bom, pelo menos ter um encontro, alguma coisa, né, assim uma vez por mês... Eu acho legal. (...) Aí a gente... [faz] um encontro, daí começa a conversar... É bom, pra pessoa. Começa a rir um monte, né, ri, conversa e...E a pessoa já sai bem diferente daí também, né, já é outra pessoa quando sai dali. (...) Vai ser bom para vocês também. (Miranda)

Para Miranda, um encontro para conversa ou desabafo entre amigas aparece como uma maneira potencial de auxílio nos problemas enfrentados, ou seja, a conversa aparece como

um fim terapêutico, ideia que é compartilhada por outras pessoas do bairro. A sua interpretação acerca de como resolver problemas psicológicos envolve uma dimensão religiosa e social: postulava que quando ela mesma estava mal, tinha que “dar uma volta”, ir a igreja, sair de casa, encontrar pessoas e conversar. “Muita gente tem problemas que podem ser auxiliados com a conversa”, referindo-se a problemas como desemprego, trabalho, família, marido, saúde. Miranda ocupava um lugar peculiar no grupo de mulheres: não era uma das lideranças do grupo de mulheres organizados na comunidade, e sua relação com o processo de ocupação parecia um tanto obscuro. Observamos que, ao contrário das demais mulheres, ela era a única que não possuía casa própria, e que mudanças de endereço e de telefone eram bem mais frequentes com ela do que com as demais.

Assim, deixamos de lado nossa busca de itinerários terapêuticos individuais, e passamos a marcar novos encontros, conversas ritualizadas, mediadas por comidas e bebidas preparadas por todas. Estes encontros permitiram a vivência de um tempo a parte, fora das experiências cotidianas. Nestas conversas, o passado surgia como mediador de um tempo *out*, por diversas vezes como o tempo da glória vivida (tempos da ocupação), da felicidade agora perdida com o distanciamento das relações de outrora, vistas como muito estreitas, próximas, permeadas pela dimensão do prazer de viver – que hoje parece distante – e marcadas por muitas esperanças. Entendemos isso

não como um desvio ao assunto proposto, mas que narrar a ocupação era também uma forma de falar de si, e que através das narrativas das experiências passadas, muito do que elas vivem hoje também estava sendo revelado. A roda de conversas passou a ter um lugar privilegiado na nossa pesquisa, por entender que se tratava da forma como estas mulheres haviam optado para falar de si, e que tínhamos, de fato, levado a sério a proposta de ouvir o que queriam dizer. Antônia sempre era chamada para estas ocasiões, parecendo depender dela e de Miranda o início das conversas, embora Anita ocupasse também um lugar fundamental e legítimo no momento de relatar os vários e complexos eventos que compuseram o processo da ocupação⁴⁵.

Tanto Antônia quanto Miranda partilhavam da idéia de que os encontros seriam produtivos para todas as mulheres- sublinhando que nós estávamos incluídas nestes benefícios. Antônia lembrava que nós também teríamos que contar alguma coisa, já que queríamos ouvi-las com tanto afinco. Tratava-se, a nosso ver, de um convite para participar daquilo que Benjamin chama de comunidade de ouvintes e que parece fazer parte da terapêutica local

Assim, passamos a freqüentar a casa comunitária, local onde as mulheres se reúnem para realizar as atividades de trabalho, espaço próprio do lazer-labor, e as sessões de trabalho manual nas máquinas de costura e teares foram substituídas diversas vezes por uma roda na frente de comes e bebes.

A comida apareceu, aqui, como também observou Soraia Simões⁴⁶ em seu trabalho, como uma mediadora importante para a conversa, talvez apontando para uma situação de maior igualdade ou de cumplicidade, condições que nos faz mulheres, com uma provável atribuição de gênero nestas “artes do cozinhar” que se manifestam nas conversas suscitadas pelas diferentes comidas. Neste momento éramos iguais, apesar das diferenças sociais marcadas pelo papel que forçosamente ocupamos como pesquisadoras, professoras e/ou psicólogas⁴⁷.

Muitas vezes concorrendo com outras atividades pré-agendadas, supostamente mais importantes, os nossos chás da tarde pareciam ter certa popularidade: as mulheres nos cobravam, inclusive, porque havíamos “sumido” no período das férias. Nesse espaço-tempo à parte, nossos encontros foram focados nos relatos coletivos, havendo “narradoras” oficiais do grupo; no entanto, houve espaço também para as conversas individuais. Quando em grupo, de certa maneira, todos os assuntos podiam ser discutidos, mas não de maneira pessoal: as referências à sexualidade de Maria Dite, por exemplo, costumava aparecer com frequência, mas sempre com tom jocoso. Quando em conversa paralela, o clima mudava: o momento de uma conversa particular se mostrava como abertura para confidências acerca dos “nervos”, de “estar mal”, “de não estar boa” ou “estar ruim” naquele momento, de estar “estressada” ou de “precisar de uma psicóloga”.

Porém, se estes relatos mais confidenciais ocupavam os bastidores, as narrativas que acabaram ocupando o lugar central destas rodas de conversa de modo algum podiam ser confundidas com “desabafos” previstos inicialmente. Eram relatos dos tempos da ocupação, os tempos em que, como anunciou Maria Dite, sob a aquiescência de todas, “*elas eram felizes e não sabiam*”.

Através da fala de Antônia, que compartilha com Anita o lugar de narradora no grupo, ficamos sabendo, então, de como a comunidade se formou a partir da ocupação, no dia que antecedeu o Dia das Almas (Finados), em 1990. Ela conta como chegaram a ter a coragem necessária para entrar no movimento, encenando, com o apoio da mesa, de um copo e do silêncio absoluto de todas a sua volta, como se convenceram a participar da luta:

Se tem um copo de leite aqui, que ninguém vai beber e que vai estragar, e você está do outro lado da mesa, você não vai vir pegar? Se não tomar, ele vai estragar. A mesma coisa é da terra, é pra ser de todo mundo, não só de alguns. Tu vai dizer que isto é um roubo? Não é! (Antônia, encenando a fala de um dos principais assessores do movimento)

Antônia reporta-se à noção de justiça social que marcou boa parte dos movimentos sociais na época, e que foi decisiva na sua adesão à luta pela terra, naquele momento em que todas enfrentavam enormes dificuldades para pagar aluguel ou viver de favor e de forma inconstante com parentes.

A gente achava que tinha que ter habitação para baixa renda em Florianópolis. A primeira ocupação foi a Novo Horizonte, e *felizmente* a segunda foi a nossa. Nós nos conhecemos na preparação da ocupação, (...) éramos 70 famílias e ficamos em 48. Depois faltou muita gente, muitos desistiram. Mas nós fomos preparados pra ocupar bonitinho, com arquiteto medindo terreno, com cordão, com piquete, com tudo. [grifo nosso] (Anita)

Assim, contrariando parentes e patrões, escondendo seu envolvimento com o Movimento, usando nomes clandestinos e desafiando autoridades e leis, as mulheres emergem como heroínas deste tempo em parte já olvidado, que, de certa forma, nossa busca parecia revivificar. Anita reitera a importância que elas tiveram na vinda das demais famílias que iriam participar da ocupação, num complexo e silencioso processo de organização, que não podia ser visibilizado sob pena de prejudicar a luta. Também destacam a importância de manterem-se firmes na ocupação; mesmo assim, muitos haviam desistido diante do medo que a luta evocava:

Na noite da ocupação, quando eu vi, tinha oito carros da polícia... E o Moisés estava lá, na frente de mãos abertas, na frente da polícia, que veio para bater, e o pessoal falou: agora vocês vão pro terreno, agora, ou esquece a ocupação. Uns [lotes] estavam marcados, outros não, era um salve-se quem puder... Aí a gente descobriu mesmo o que era uma ocupação!(Anita)

Os homens aparecem nas narrativas ora como coadjuvantes, ora como irresponsáveis: são maridos de algumas, namorados e filhos, que apoiavam a decisão das mulheres em participar e, depois, em permanecer na ocupação; outras vezes, a eles eram atribuídas falhas como a de Mário, que teria “dado bolo” já no momento da vinda dos caminhões para o local: “Marcamos um encontro e ele não veio, depois ligou de outro lugar e tivemos que ir atrás dele de novo!”. Já naquele momento, segunda estas narrativas, são as mulheres que aparecem coordenando o tráfego dos caminhões que traziam as mudanças dos ocupantes: “O meu caminhão teve que dar uma volta e ir buscar a mudança do Mário, que tinha se perdido por aí!” (Maria Dite). Relatam o caso de um incêndio que ocorreu num barraco, durante os primeiros meses de ocupação, em que um dos homens, alcoolizado, nem percebera que o local estava incendiando. Elas o teriam salvado - salvando também o seu filho, ainda bebê, de um berço quase em chamas.

Os homens aparecem também como objetos de desejo, como o caso de alguns policiais que, apesar de seu papel repressivo no acampamento, teriam sido facilmente seduzidos pela conversa e pelo café quentinho oferecido pelas mulheres, ficando assim amigos da ocupação e interessados por algumas delas. “Esta aí quase que arrumou um marido”, contam entre risos e relatos detalhados, sobre Maria Dite, que não nega seu papel naqueles fatos, nem esconde sua satisfação em ter sido “simpática e atenciosa” com aqueles homens (policiais), que “coitados, passavam a noite sozinhos na ocupação”.

Os relatos detalhados do processo de ocupação destacam a atuação das mulheres, a coragem necessária para ocupar, a persistência fundamental para permanecer na ocupação, em função das condições precárias, do esforço e do jogo de cintura que o acampamento exigia, seja para acessar a água, proteger-se de intempéries como para negociar com os vizinhos geralmente hostis às suas presenças, aprender a participar das reuniões, aprender a falar com as autoridades e com a imprensa. Sublinham também as dificuldades de conciliar estas atividades com as atividades costumeiras, como cuidar de crianças, da casa, trabalhar fora. Quando da obtenção da área da comunidade, foi necessário trabalhar nos mutirões e acompanhar a construção das casas.

“Éramos muito unidas!” foi uma expressão que escutamos várias vezes: nos tempos iniciais da ocupação, onde todos se ajudavam, onde exerciam mais o papel de “comunidade” do que de famílias: depois que mudaram, enfim, para as casas novas, as vidas se distanciaram, afirmando que tal união acabou se desfazendo com o passar dos anos. A ocupação aparece assim, não apenas como um processo político, mas também como uma época onde o coletivo foi prioritariamente vivenciado, uma época não apenas heróica, mas de vivências compartilhadas, significando não apenas a luta pelas casas enquanto materialidade, mas da construção de lares interconectados, ou seja, de redes sociais. Este parece ser o significado maior da ocupação e da criação da *comunidade*. Na

narrativa de Anita, destaca-se não apenas a presença das “assessorias” (desde irmãs, padres e pastores, até militantes ligados a partidos de esquerda e sindicatos), mas o desafio que as conversas com as autoridades lançavam e que implicava num aprendizado em termos de fala e de representação:

O que foi dito de besteira naquela reunião, falava todo mundo junto, foi aqui que o (sub-prefeito) disse: “nós vamos mandar colocar a polícia em cima de tudo, pois são tudo bandidos, gente que tá num ginásio é tudo de fora, bandido que tava ali, nem nome têm” (porque a gente não podia dizer o nome). Eu disse um nome de uma prima, que me veio na cabeça na hora do nervoso, não podíamos revelar nosso verdadeiro nome, e ele pediu para soletrar direitinho. Eu disse: “como o senhor viu, nos somos organizados e vamos nos reunir e depois a gente vai pra comunidade fazer uma reunião e conversar com o pessoal”. Ele disse: “então vão e voltem em dez minutos”. Pois nós fomos lá e só voltamos quatro horas mais tarde! Ele tava bufando! E disse: “eu não falei pra voltarem logo? Agora são quatro da manhã!” Eu olhei e disse: “a gente não gostaria de falar (eu tava chorando!), mas escolhemos um representante [o advogado do MST] que vai falar em nosso nome”.

Anita destaca a importância dos “assessores” neste processo e de como uma narrativa que fosse compreendida pelas autoridades se mostrava muito importante para a conquista da terra e a construção de um sujeito político, o que

reitera a idéia de que a constituição do sujeito (seja ele individual, seja ele coletivo, como aqui apresentado) passa necessariamente pelo uso da palavra e pelo plano discursivo e narrativo.

SENTIDOS DA NARRATIVA, SENTIDOS DA OCUPAÇÃO

A narrativa da ocupação voltou à tona diversas vezes, inclusive durante uma das crises que envolvia o grupo nas suas tentativas de dar conta dos trabalhos coletivos desenvolvidos pelo mesmo. A propósito do desejo incansável de contar a mesma história, acreditamos que o desejo de narrar os tempos da ocupação justamente no momento desta “crise” nos trabalhos comunitários mais importantes, bem como a violência, cruel e desorganizadora, está relacionado com o lugar que ocupa na dramaticidade da vida (da qual fazem parte os momentos de crise e desânimo) e o papel das narrativas neste processo. As narrativas podem ser entendidas como ordenadoras da experiência e como processo que lhe concede um sentido, mas também fazem parte do processo de situar o sujeito no mundo, nesse duplo de construir e ser construído por determinadas experiências. Assim, escolher e narrar um determinado evento, já pressupõe que a narradora o faça sobre os significados que isso tem para ela. Não que a importância desta narrativa esteja em representar o que aconteceu ou o que foi experimentado, mas em ressignificá-lo através de uma ação - o narrar. Também não trata apenas de uma interpretação,

mas também de sua constituição. Como observou Langdon, entre o povo Siona, a narrativa com um papel análogo ao rito: “Nas narrações de sua literatura oral ou em suas narrativas pessoais, os siona criam e recriam seus modelos de realidade e também fornecem modelos para a ação”⁴⁸.

Se a história da ocupação tomou conta por um tempo da “agenda” já apertada das mulheres, os encontros não aconteceram para falar de assuntos tradicionalmente tidos como femininos, como família, saúde, gravidez e partos, nos quais se observam processos de aprendizagem, troca de segredos e compartilhamento de experiências, como observam estudos feitos por Cláudia Fonseca, Sônia Maluf, entre outras⁴⁹, mas sim para contar da ocupação, narrativa central que versava sobre política, poder, justiça e lutas coletivas, incorporando dimensões ligadas à família, aos trabalhos domésticos, à sexualidade, ao corpo. O esforço de comparar os tempos de hoje com os tempos da ocupação parece corresponder ao que observou Francisco Canella⁵⁰: de um momento altamente politizado, dinâmico e rico em expectativas, que marcou os primeiros anos que se seguiram à ocupação, seguiu-se um processo de desmobilização generalizada, no qual a privatização da vida e o refluxo dos projetos coletivos passaram a predominar. Certa nostalgia também se relaciona com um tempo em que todas eram jovens, tinham filhos pequenos ou ainda eram solteiras. A memória, cerne das narrativas de outrora, é uma reconstrução fortemente seletiva, desde o

presente, de um tempo passado e, nos trabalhos da memória, a tendência à nostalgia se coloca como quase inevitável.⁵¹

A possibilidade de contar suas histórias de vida, neste caso uma história de vida coletiva e politizada, lhes confere um lugar de protagonismo, um estatuto de sujeitos políticos, sujeitos coletivos que atuaram no espaço público de forma corajosa e ousada. A expressão “éramos felizes e não sabíamos” sinaliza para a percepção que as mulheres parecem ter deste sujeito coletivo, que se diluiu ou enfraqueceu, tanto por suas peculiaridades comuns às ações coletivas, que tendem a ser fluidas e instáveis, quanto em função do contexto social contemporâneo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas das mulheres do Monte Cristo sobre suas experiências de aflição e sofrimento localizam essas vivências muito mais nas suas experiências individuais e sociais do que em explicações de tipo essencialista presentes em várias políticas públicas (como relacionadas ao ciclo de vida biológico, ou ainda, com heranças genéticas ou predisposições naturais para os sofrimentos)⁵². Nas explicações dadas por essas mulheres para suas depressões, angústias, desejo de “dormir o tempo todo” ou “morrer logo”, destacam-se aquelas que apontam para o contexto social em que estão inseridas.

Embora a categoria “depressão” seja conhecida e usada eventualmente pelas mulheres, cabe destacar que ela aparece

junto de outras expressões como: “nervos”, “não estar bem da cabeça”; “estar ruim”, “estar passando por dificuldades”, esta última parecendo indicar um estado comum que qualquer pessoa pode atravessar em algum momento da vida, pois deve-se a situações de difícil solução, e para cuja mitigação a “conversa” e o “desabafo” com uma vizinha ou amiga podem contribuir. Observou-se a valorização dos espaços de conversa coletiva por parte das mulheres, que são a ampla maioria nos trabalhos de tipo comunitário, mas também a valorização da presença dos profissionais ou mediadores externos, em espaços coletivos, sejam eles profissionais de saúde ou educadores/as, que atuam em vários projetos nesta região, que parece contrastar com a medicalização mais volumosa nos bairros do interior da ilha, onde grupos comunitários parecem não ter tanta centralidade na vida cotidiana das pessoas.

É visível que os processos de subjetivação dos e das moradoras/moradores do Monte Cristo estão marcados por circunstâncias drásticas e trágicas, e parece que a tentativa de falar destas situações, que se repetem nos relatos individuais e coletivos, expressam a importância do falar e de colocar em palavras o que – apesar de corriqueiro – não se configura como normal. Não nos parece normal ver o filho sendo baleado na mesa da cozinha, nem é normal ser acordado com um revólver na cabeça. Acreditamos que, neste caso, a forma repetida e recorrente com que as dimensões mais sórdidas da contemporaneidade são narradas pelas pessoas é, além de uma

história que merece ser recontada, também uma tentativa de ordenar uma realidade trágica e fortemente desorganizadora com que um cotidiano já marcado pela precariedade se depara, na medida em que é alvo de suspeita, escárnio e estigma.

Por outro lado, as narrativas coletivas, que versam sobre “o tempo da ocupação” são narrativas heróicas, que falam dos poderes das mulheres e de sua constituição enquanto sujeitos coletivos e políticos, algo que, nos últimos anos, parece ter se perdido no emaranhado da vida cotidiana e no contexto mais geral de despolitização e refluxo das lutas populares urbanas. Talvez, por isso, o desejo de contar esta história tenha se sobrepujado as outras atividades comunitárias, pois a partir deste presente talvez mais dificultoso, re-contar esta história era uma forma de falar do tempo em que elas “eram felizes e não sabiam” .

NOTAS

¹ Expressão que tem se popularizado entre profissionais de saúde e de educação, observáveis em documentos e programas sociais, mas que aqui não será problematizado.

² O que não significa que todas consumam esses medicamentos, pois tal como observou Maria Lúcia da Silveira em sua pesquisa, em muitas situações observa-se o costume do “estocamento domiciliar” de medicamentos. Silveira observou um fenômeno similar ao que vimos em vários contextos etnográficos desta pesquisa: o fato de que as pessoas guardam em casa várias caixas de remédios controlados, cuja aquisição só pode ser feita através de

prescrição médica. Estes pequenos estoques parecem ora ter um efeito tranqüilizador para os sujeitos, em vista da dificuldade de obtê-los, ora como objeto de troca entre vizinhas e pessoas que padeceriam do mesmo mal-identificado pelo consumo do mesmo medicamento. (Silveira, 2000)

³ Itinerário terapêutico entendido como o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição (Rabelo, 1999)

⁴ Os itinerários terapêuticos e as entrevistas foram gravados individualmente, ao passo que as narrativas coletivas e as conversas informais foram anotadas em diário de campo e, num segundo momento, as narrativas coletivas sobre a ocupação também foram gravadas.

⁵ Canella (2007). Essa questão será retomada adiante.

⁶ A cidade de Florianópolis situa-se fundamentalmente em uma ilha, mas tem uma parte continental. O acesso atualmente, se dá via aérea e via terrestre, nas duas pontes de concreto que ligam o continente (e a Grande Florianópolis) a parte insular, na qual se situam as famosas 42 “belas e paradisíacas” praias, bem como o núcleo urbano da cidade.

⁷ Tornquist (2003)

⁸ No primeiro capítulo de *A máquina e a Revolta*, Alba Zaluar relata detalhadamente como lidou com as demandas de cunho mais clientelista e pessoal dos grupos com que se envolveu, com uma consciência muito clara (e atual), a nosso ver, dos limites de seu trabalho naquele contexto (2001).

⁹ Não entraremos aqui na discussão acerca das relações entre pesquisa e ativismo que se colocaram ao longo do trabalho de campo, dada a complexidade que tal tema envolve; porém, salientamos que nos parecia fundamental não confundir as dimensões da pesquisa - mesmo com seus elementos intrínsecos de reciprocidade - com outras formas de apoio à comunidade, num sentido mais local ou no sentido político mais amplo. Uma reflexão instigante sobre os desafios destas atividades na região pode ser ver em Canella (2007).

¹⁰ Adotamos nomes fictícios para as pessoas e também para as nove comunidades que compõem o bairro Monte Cristo, por razões éticas.

¹¹ Entendemos que a dimensão ética não se restringe a interlocução formalizada entre pesquisador/a entrevistado/as, que pode servir como um “cheque em branco”, como diz Luiz Roberto Cardoso de Oliveira, que liberaria o pesquisador/a de uma vigilância permanente em termos da dimensão ética. (Langdon, Maluf e Tornquist, 2008)

¹² Utilizamos aqui o termo comunidade no sentido êmico, mas sabendo da polissemia do mesmo, conforme analisou Canella: “os sentidos locais desta categoria em geral pretendem indicar uma diferença com o termo “favela”- pelo qual, vistos de fora, costumam ser designados, chamando atenção para o sentido mais corrente, que implicaria na idéia de “coabitação de um mesmo espaço e em vivenciar um cotidiano comum marcado por problemas e dificuldades”, embora também possa indicar noção de comunidade presente entre as lideranças e assessores, ressalta-se a idéia de união, o sentido político (a união em torno de um objetivo) e a negação

do Estado, em um primeiro momento, marcado pela forte presença de setores da Igreja Católica” (Canella, 2007).

¹³ O movimento dos sem-teto surgiu em Florianópolis, no final dos anos 80 e início dos 90, a partir de uma onda migratória de pessoas de baixa renda que se depararam com dificuldades ligadas à moradia. Em torno desta situação se articularam vários setores da sociedade, entre eles, facções da igreja católica, que passaram a organizar entre outras coisas, algumas ocupações urbanas. Ver Franzoni (1993) e Canella (2007).

¹⁴ Sinônimo de traficante de drogas, termo retirado de uma novela da Globo e utilizado pela interlocutora em tom jocoso.

¹⁵ Benjamin (1986).

¹⁶ Miguel e Fortes (2007)

¹⁷ Esta situação, não raro, leva a um “congestionamento” de mediadores ou pesquisadores no bairro, sendo comum, portanto, que em muitas reuniões e grupos estes estejam presentes em maior número do que os próprios moradores/as, situação que merece uma reflexão a parte.

¹⁸ Chamamos aqui cidade formal no sentido daquela parte do território urbano que é visibilizada, urbanizada, contando com equipamentos coletivos em melhor estado do que os que encontramos nas áreas ditas periféricas e empobrecidas.

¹⁹ “Monte Cristo é um bairro periférico localizado na região continental de Florianópolis. Os índices de violência são considerados os maiores de Santa Catarina”. Ou ainda: “Bairro que abriga diversos grupos de Pagode e Rap como: Código Negro, Sistema Urbano entre outros” (Wikipedia, acesso em 26/11/2008) ou “É uma realidade caracterizada por sinais de degradação da condição humana” (Portal Social, acesso em 26/11/2008) .

²⁰ Zaluar, 2004.

²¹ Zaluar, 1993, p. 137.

²² Abjeto é um processo discursivo que “relaciona-se a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como ‘não importante’” (Butler, 1996), ou seja, corpos aos quais não são conferidas importância ontológica ou política.

²³ Baeninger, Rosana (2007).

²⁴ Durham, Eunice (1984).

²⁵ Creches que funcionam em bairros nos quais “o poder público não chegou” e que funcionam na casa de mulheres que se propõem a cuidar das crianças, com certo subsídio do Estado, e que caracteriza as políticas neo - liberais de des-responsabilização com direitos sociais universais relativos a educação infantil nas últimas décadas no Brasil. (Campos, 2007)

²⁶ Mathieu , 1991; Sorj, 2004; Paulilo, 1984, entre outras.

²⁷ “Estar na perícia” (e/ou “estar encostado”) significa estar afastado do trabalho por motivos de saúde e recebendo benefício do INSS.

²⁸ “A arte de narrar caminha para o fim. Torna-se cada vez mais raro o encontro com pessoas que sabem narrar alguma coisa direito. É cada vez mais freqüente espalhar-se em volta o embaraço quando se anuncia o desejo de ouvir uma história. É como se uma faculdade que nos parecia inalienável, a mais garantida entre as coisas seguras, nos fosse retirada. Ou seja, a arte de trocar experiências”. Benjamin, 1983, p. 57.

²⁹ Maluf, 1999, p.8.

³⁰ Cf. também relatório de PIBIC de Monteiro, 2009.

³¹ Colônia Santana é uma das principais instituições psiquiátricas de Santa Catarina, situada próxima de Florianópolis e muito conhecida da população como uma “casa de loucos”.

³² Este aspecto aparece também em Silveira (2000) quando argumenta que na visão das próprias pacientes, o *nervoso* aparece indistintamente entre homens e mulheres e que, no entanto, as mulheres têm mais facilidade para exteriorizar seu sofrimento, por ser socialmente aceita/legitimada para isso, enquanto os homens tem a sua disposição um arsenal maior de válvulas de escape para as suas tensões cotidianas.

³³ Segundo o Programa de Saúde da Família (PSF), as equipes de saúde da família organizam seu trabalho tendo como base o distrito sanitário, compreendido por micro-áreas que o compõem.

³⁴ Antidepressivo inibidor seletivo da recaptção de serotonina. (Kaplan et al, 1997).

³⁵ Antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (IDEM).

³⁶ Nome comercial. O princípio ativo é o haloperidol, um antipsicótico (IBIDEM).

³⁷ Silveira (2000)

³⁸ Fonseca (1993) procura discutir as concepções de violência em classes populares ao mostrar como esta é uma noção que acaba sendo flexível, assim como as de “bem” e “mal” e atribui à classe média a tentativa de fazer valer um discurso moral que negligencia, como fruto de ignorância, as experiências e simbolismos das classes populares.

³⁹ De acordo com Max Weber, o Estado reclama para si o monopólio legítimo do uso da violência física, ou seja, cabe ao Estado tanto o exercício exclusivo da violência quanto o monopólio da prescrição e interdição desta. Mas isso não significa que toda e qualquer violência cometida pelo Estado seja legítima, estando o Estado,

nas sociedades modernas, vinculado nos preceitos do sistema legal. A violência é empregada pelo Estado visando promover a ordem (Weber, 1997): “Aqueles que estão autorizados ao uso da violência o fazem em circunstâncias determinadas em obediência ao império da lei” (Adorno, 2002, p.274).

⁴⁰ Peruzzo, 1999, p.56.

⁴¹ Este aspecto, aliás, aparece nas entrevistas com profissionais e conversas com usuárias em outros bairros e unidades de saúde nos quais a pesquisa “Gênero, saúde mental e subjetividades” foi desenvolvida.

⁴² Convém enfatizar que o *poder*, entendido como relação de forças, não é aceito passivamente mas incorporado pelos indivíduos (Foucault, 1986).

⁴³ Para Foucault, “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. (Foucault, 1986, p.80) e, enquanto tal, passível às normatizações que a medicina passou a imputar-lhe, “a medicina é uma estratégia bio-política” (*idem*).

⁴⁴ Como sugere Bezerra (2001).

⁴⁵ A ocupação, que chamamos aqui de processo, ocorreu em algumas etapas: preparação e organização dos interessados em participar; a ocupação propriamente dita (que iniciou no feriado de Finados de 1990 e se estendeu por cerca de um ano) e mudança para as residências próprias, numa área próxima. Durante o período de assentamento, as pessoas moraram em *barracos* (moradias provisórias), erguidos na área conhecida como Coloninha, e foi

neste período que se deram as negociações relativas a terra e moradia, e o período dos mutirões, no qual as casas foram construídas.

⁴⁶ Simões. 2008.

⁴⁷ Uma tarde, a “psicóloga do grupo de pesquisadoras” foi alvo de várias chacotas e risadas, logo ela, que sempre suscitara curiosidade e certa reverência da parte do grupo: diante de um prato de canjica (gentil e improvisadamente trazido por Miranda, na única vez em que nosso chá da tarde fora olímpicamente esquecido), a psicóloga serviu-se de um porção muito pequena, com cautela e cuidado tão grandes que todas as mulheres da cooperativa ficaram a olhar cada detalhe do gesto, e puseram-se a rir e comentar sua ignorância diante de uma “simples canjica”.

⁴⁸ Langdon, 1999, p.242.

⁴⁹ Fonseca, 2000, Maluf, 1993; Törnquist, 2007.

⁵⁰ Canella, 2007.

⁵¹ Bosi, 1996.

⁵² Conforme artigo de Sônia W. Maluf neste livro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sérgio. Monopólio Estatal da Violência na Sociedade Brasileira Contemporânea. In: Miceli, S. e outros. (Org.). O que ler na ciência social brasileira 1970-2002. São Paulo: Sumaré, 2002, v. IV, p. 267-307.

BAENINGER, Rosana e ALVES, Pedro. Região Metropolitana de Florianópolis: migração e dinâmica da expansão urbana. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, 2008.

- HORKHEIMER/ADORNO. São Paulo:Abril Cultural.Coleção Os pensadores, 1983.
- BEZERRA JR., Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. Reabilitação psicossocial no Brasil. Hucitec: São Paulo, 2001. p. 137- 142.
- BOSI, Eclea. Memória e sociedade: lembranças de velhos. Cia das Letras, São Paulo, 1996.
- BUTLER, Judith. Como os corpos se tornam matéria. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11634.pdf>>. Acesso em 27 de junho de 2008.
- CANELLA, F. . Disputas simbólicas e sentidos de comunidade: a memória de moradores da periferia urbana de Florianópolis (1989-2005). In: V Encontro Regional Sul de História Oral: Culturas, Identidades e Memórias, 2007, Florianópolis. IV Encontro Regional Sul de História Oral - anais eletrônicos - Nº 01 / 2007. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- _____.A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. C. e MINAYO, M. C. (org.). Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 83- 90.
- _____. Indivíduo e pessoa na experiência da doença. Ciência e Saúde Coletiva. v. 8, n. 1,Rio de Janeiro- RJ, 2003.
- DURHAM, Eunice. A caminho da cidade. São Paulo, Perspectiva, 1984.
- FONSECA, Claudia.Família, fofoca e honra. Editora da UFRGS: Porto Alegre, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FRANZONI, Tereza Mara; BASTOS, Rafael Jose de Menezes. *As “perigosas” relações entre movimento popular/comunitario e administração pública municipal na Ilha de Santa Catarina*. 252f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1993.

GOLDMAN, Marcio. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. *Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia*. *Revista de Antropologia*. São Paulo - USP, v. 46, n.2, p. 423-444, 2003.

KAPLAN, Harold et all. *Compêndio de psiquiatria:ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LANGDON, Esther Jean; MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen Susana. *Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados*. In: GUERREIRO, Iara; SCHMIDT, Maria Luisa S. & ZICKER, Fabio. *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008. 128-147.

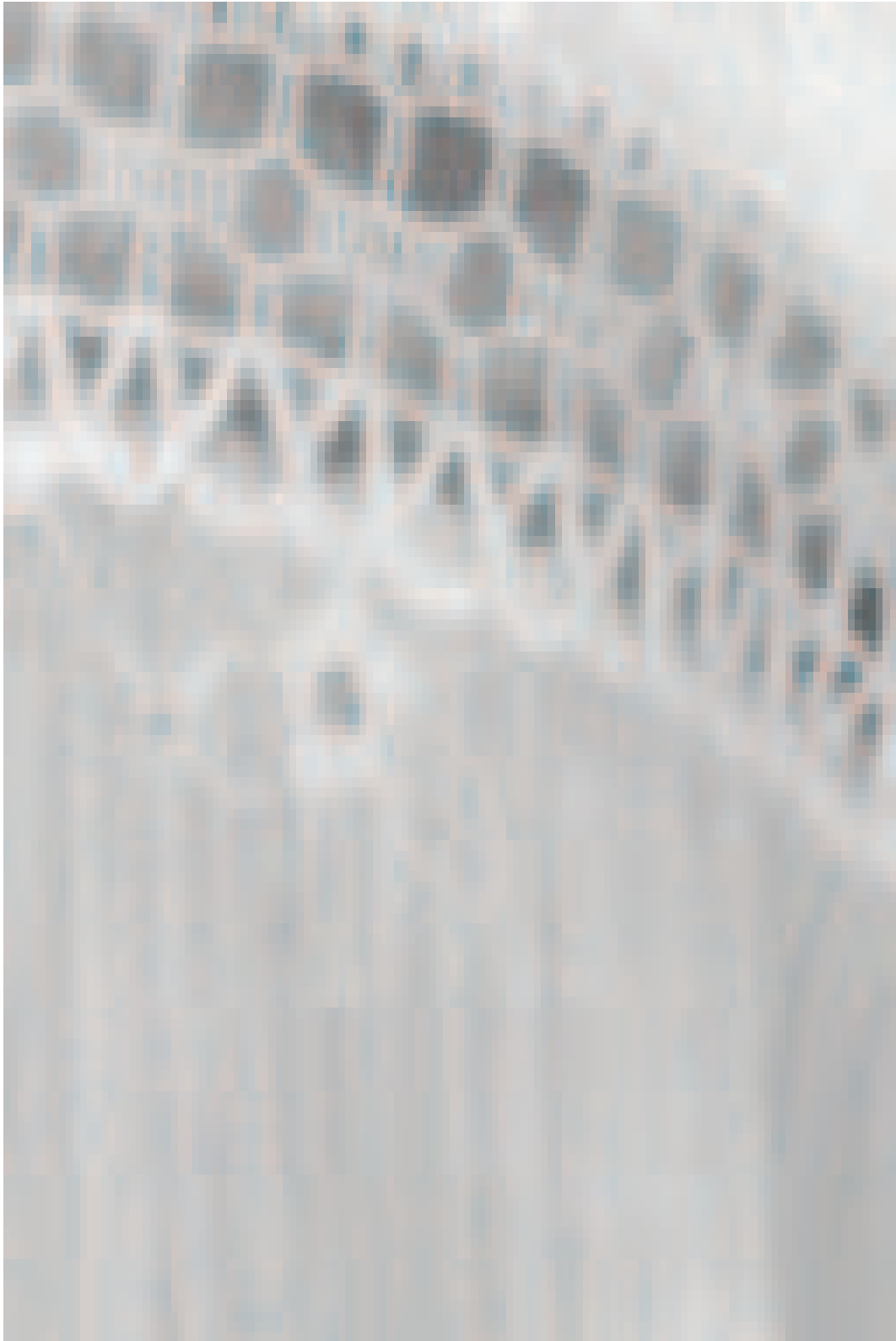
LANGDON, Esther Jean *A fixação da narrativa: do mito para a poética de literatura oral*. *Revista Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 5, n.12, p.13-35, 1999.

MALUF, Sônia. *Encontros noturnos: bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2000.

_____. *Antropologia, narrativas e a busca de sentido*. *Revista Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 5, n.12, p. 69- 82, 1999.

- _____. Mitos Coletivos, Narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da «Nova Era». *Mana*, Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 499- 528, 2005.
- MANZINI, Fernanda e BECKER, Marina. A mulher e a «pílula da felicidade»: uma abordagem sobre o uso de fluoxetina. Trabalho de Conclusão de Estágio, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.
- MATHIEU, Nicole-Claude. Anatomie politique: catégorisations et idéologies du sexe. Paris: Côté-Femmes, 1991.
- MIGUEL, Denise Soares e FORTES, Priscila Rodrigues. Tecnologia e Educação: transformando informação em conhecimento. *Revista Udesc em Ação*. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1- 9, 2007.
- PAULILO, Maria Ignez. O peso do trabalho leve. São Paulo:SBPC, *Ciência Hoje* 5(8), 1986. (64-70). V.5,n.8, p.64-70, 1986.
- PERUZZO, Rosária. Metamorfoses na constituição de Si. *Expressão Psi*. Pelotas, v.3,n.2, p.55-64, 1999.
- RABELO, Miriam et all. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ROHDEN, Fabiola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- SILVEIRA, Maria Lúcia. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- SIMÕES, Soraia. *Conversas na cozinha: sociabilidade feminina e hermenêutica em um conjunto habitacional da Zona Sul do Rio de Janeiro*. Lille/ Rio de Janeiro, 2008. (mimeo)

- SINGER, Paul. Economia Política da urbanização. São Paulo: Contexto, 2002.
- SORJ, Bila. Trabalho remunerado e não-remunerado. In: VENTURI, Gustavo e RECAMÁN, Marisol(org). A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- TORNQUIST, Carmen Susana. Salvar o dito, honrar a dádiva. Revista Impulso. Piracicaba, v.14 n. 35, p.63-74, 2003.
- _____. Gerar, parir, narrar: narrativas de parto e o poder (relativo) das mulheres. In: HARTMANN, Luciana e FISCHMAN, Fernando (orgs). Donos da Palavra: autoria, experiência e performance em narrativas orais na América do Sul. Santa Maria: Editora da UFSM, 2007.
- WEBER, Max; COHN, Gabriel. Sociologia. 6. ed. São Paulo: Atica, 1997. (Grandes cientistas sociais: 13).
- ZALUAR, Alba. Relativismo cultural na cidade? Rio de Janeiro/ Brasília: Tempo Brasileiro/UNB Anuário Antropológico n. 90, 1993.
- _____. Introdução afetiva e metodológica. In: A Máquina e a Revolta. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- _____. Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.



**A CONSTRUÇÃO DA PESSOA NA EXPERIÊNCIA DA
DEFICIÊNCIA: CORPO, GÊNERO, SEXUALIDADE,
SUBJETIVIDADE E SAÚDE MENTAL**

Anahi Guedes de Mello

O objetivo deste trabalho¹ é abordar algumas questões relativas à constituição social da experiência da *deficiência*², a partir da análise de narrativas de pessoas com deficiência. Essa abordagem tem como foco de análise as questões de construção da pessoa, do corpo, do gênero, da sexualidade, da subjetividade e da saúde mental, no sentido de compreender como essas categorias se articulam na manifestação da deficiência como identidade política. Para este propósito, foi feita uma pesquisa de campo, baseada na observação participante, entrevistas e conversas com pessoas com deficiência com histórico de ativismo, inspirando-me nas orientações de Cardoso de Oliveira (2006), para quem as entrevistas mescladas com observação participante complementam-se dialogicamente, permitindo o verdadeiro *encontro etnográfico*, na Antropologia Interpretativa de Geertz (1989), quando sustenta que a cultura ou realidade social do grupo a ser estudado deve ser interpretada como um texto, “um manuscrito estranho,

desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos [...]” (idem, ibidem, p. 7), onde constrói-se uma leitura através de uma descrição densa de uma “hierarquia estratificada de estruturas significantes em termos dos quais gestos são produzidos, percebidos e interpretados” (idem, ibidem, p. 5), atribuindo-lhes significados; e no conceito crítico de autoridade etnográfica de Clifford (2002), quando propõe um modelo dialógico ou polifônico de etnografia, aquela que represente distintas vozes e perspectivas. Para esse autor, a cultura é algo relacional, formada por processos comunicativos e de empatia em que etnógrafo e nativo estão em relações de poder.

Os sujeitos envolvidos nesta pesquisa³ são pessoas com deficiência, compondo um total de cinco, sendo três com deficiência física e dois com deficiência visual: Vinícius, 23 anos, homem com amputação das duas pernas; Marisa, 38 anos, mulher com baixa visão; Débora, 43 anos, mulher com cegueira; Laura, 69 anos, mulher com deficiência física em consequência de poliomielite; e Rita, 50 anos, mulher com deficiência física (tetraplegia) em decorrência de acidente automobilístico aos 29 anos. Todos os sujeitos vivem uma *vida independente*⁴, pertencem à classe média de Florianópolis (Vinícius, Marisa e Débora) e Rio de Janeiro (Laura e Rita). Apenas os que residem na primeira são casados(as) e têm filhos(as). Com exceção de Vinícius e Rita, todos têm deficiência congênita⁵ ou a adquiriram em tenra idade.

Ocasionalmente, utilizarei alguns relatos de uma colega do Movimento de Vida Independente⁶ - MVI (um deles Sabrina, mulher com deficiência física devido à poliomielite), autorizados e extraídos de uma lista de discussão.

A pesquisa iniciou-se no segundo semestre de 2007 e foi parcialmente concluída no segundo semestre de 2009. Durante a primeira etapa, foi feito um extenso levantamento bibliográfico e leituras sobre a produção intelectual acerca do tema da deficiência, tanto em Antropologia quanto em outras áreas do conhecimento que o perpassam, como a Educação, a Medicina e a Psicologia. Na segunda etapa, o do trabalho de campo propriamente dito, contatei sujeitos que tivessem um histórico de ativismo na área da deficiência, com atuação em Organizações Não-Governamentais (ONGs) de pessoas com deficiência⁷.

Os contatos e entrevistas se deram primeiro com os sujeitos de Florianópolis, entre abril e maio de 2008, na sede de duas entidades, a Associação dos Deficientes Físicos de Florianópolis (Aflodef) e a Associação Catarinense para a Integração do Cego (ACIC). A primeira se localiza no centro da cidade; a segunda, no bairro Saco Grande. As duas têm como missão principal promover, respectivamente, a inclusão e reintegração de pessoas com deficiência física e visual em vários setores da sociedade⁸, porquanto parecem assumir dois papéis distintos, que frequentemente se confundem entre si: a de prestadoras de serviços⁹ e de defesa de direitos humanos¹⁰.

Para desenvolverem a maioria de seus projetos, as duas entidades mantêm várias parcerias e/ou convênios com órgãos governamentais, tanto os da esfera municipal quanto os da estadual, e outras organizações não-governamentais. Essas entidades têm a característica de serem espaços de marcante sociabilidade entre seus membros, o que remonta àquilo que Magnani (1998) definiu como *pedaço*, ou seja, uma categoria que

[...] designa aquele espaço intermediário entre o privado (a casa) e o público, onde se desenvolve uma sociabilidade básica, mais ampla que a fundada nos laços familiares, porém mais densa, significativa e estável que as relações formais e individualizadas impostas pela sociedade. (Magnani, 1998, p. 116)

Em relação às duas pessoas do Rio de Janeiro, os contatos iniciais foram feitos através de trocas de e-mails, onde combinamos um encontro, aproveitando a oportunidade de minha estada naquela cidade por uma semana, em julho de 2008. As entrevistas se deram em seus respectivos apartamentos. Importante esclarecer aqui que, ao contrário dos entrevistados de Florianópolis, tanto Laura quanto Rita me conheciam de outra época, por militarmos no mesmo movimento, o MVI¹¹.

As entrevistas, gravadas sem objeções em todos os casos, foram baseadas em técnicas narrativas, ou seja, métodos que

“[...] pretenden describir la experiencia subjetiva de las personas de una forma que sea fiel al sentido que éstas dan a sus propias vidas. (Booth, 1998, p. 253). O foco da análise das narrativas sobre as experiências com a deficiência é o de como esta se constitui em um modo de subjetivação, ou seja, de constituição de sujeitos. A escolha desta perspectiva teórica deve-se ao fato de que a configuração sócio-cultural da deficiência como fenômeno com frequência se dá na presença de um “eixo onde práticas eminentemente medicalizadas, individualizadas e de cariz marcadamente assistencialista se ligam à “narrativa da tragédia pessoal” [...]” (Martins, 2004, p. 2)¹². Por isso, faz-se necessária a crítica a esse dito discurso, através da incorporação das vozes de quem entende, melhor que ninguém, e a partir de sua experiência vital e de sua concreta capacidade de sentido, o que é a deficiência. Em outras palavras, “[...] em vez da perpetuada reiteração de *narrativas de tragédia pessoal* teríamos *narrativas de transformação social* [sem itálico no original]” (idem, ibidem, p. 17), onde a experiência da deficiência passa a ser bastante reveladora em termos de mudança ou transformação pessoal. As “narrativas autobiográficas” são também narrativas de transformação e mudança pessoal (Maluf, 1999), perspectiva que vai ao encontro da abordagem de “busca de sentido, ou seja, a necessidade de [o antropólogo] ir além da literalidade” (idem, ibidem, p. 70).

**A TRÍADE PESSOA, CORPO E SUBJETIVIDADE: INTERFACES ENTRE DEFICIÊNCIA E SAÚDE/
DOENÇA**

O recorte teórico de minha análise se baseia no pressuposto de que a deficiência atua como um *regime de subjetivação* (Foucault, 1984) no contemporâneo, articulando-se também com o campo da reflexão antropológica sobre a *pessoa* (Mauss, 2003; Dumont, 1985)¹³. *Regimes* ou *modos de subjetivação* são os “diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos se tornaram sujeitos.” (Foucault, 1995). Neste sentido,

[...] pode-se dizer que o corpo seria um arcabouço para os processos de subjetivação, a trajetória para se chegar ao “ser” e também prisioneiro deste. A constituição do ser humano, como um tipo específico de sujeito, ou seja, subjetivado de determinada maneira, só é possível pelo “caminho” do corpo. (Mendes, 2006, p. 168).

Em seu artigo *Uma Categoria do Espírito Humano: a noção de pessoa, a de “eu”*, Mauss demonstra que a noção de pessoa é uma categoria construída histórica e socialmente ao longo dos séculos: de uma “simples mascarada à máscara” até “uma forma fundamental do pensamento e da ação” (Mauss, 2003, p. 397). Para os propósitos deste trabalho, interessa-me especificamente dois tipos de pessoa definidos por Mauss: a *pessoa moral* e a *pessoa, ser psicológico*. Segundo Mauss, o cristianismo retomou o conceito de *pessoa moral* e a converteu em *entidade metafísica*: a pessoa é “consciente, independente, autônoma, livre,

responsável” (*idem, ibidem*, p. 390-391). Em seguida, a definição de pessoa como ser psicológico trouxe sua importância quando apareceu a *categoria do eu*, com a qual o homem tem *consciência psicológica* de si mesmo e é capaz de se transformar.

Para Foucault (2004) não há um sujeito soberano, universal. O sujeito se constrói sempre em relação aos *jogos de verdade* presentes na cultura da sociedade em que vive. Normas, disciplinas e práticas históricas de sujeição se aplicam sobre o indivíduo com a pretensão de dizer verdades, normalizar atos, comportamentos, costumes e desejos. O sujeito não está confinado a uma única forma de subjetividade. Nisso radica precisamente a dimensão política dos processos de subjetivação, entendidos como a possibilidade de que a relação consigo mesmo se constitua em uma prática de resistência contra o saber-poder estabelecido, buscando produzir novos modos de existência a partir de outras experiências de assujeitamento:

É a experiência, que é a racionalização de um processo ele mesmo provisório, que redundando em um sujeito, ou melhor, em sujeitos. Eu chamaria de subjetivação o processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, mais precisamente de uma subjetividade, que não é evidentemente mais que uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si [sem *itálico* no original]. (Foucault, 2004, p. 262)

Interessei-me por essa concepção foucaultiana influenciada pela leitura, em setembro de 2004, de uma

reportagem ampla no jornal *Diário Catarinense* sobre as paraolímpias. Nada relevante se não fosse o estranhamento que me causou a leitura de um pequeno trecho do artigo do jornalista Mauricio Xavier¹⁴. Tratava-se da entrevista da atleta Roseane dos Santos, vencedora de duas medalhas de ouro nas Paraolímpias de 2000, uma em arremesso de peso e outra em lançamento de disco, afirmando: “a melhor coisa que aconteceu na minha vida foi perder a perna em um acidente”. Minha primeira reação ao lê-la foi um misto de incredulidade e repugnância.

No prólogo do livro de Carolyn Vash (1988), George W. Hohmann, seu orientador, afirma que a mais valiosa contribuição dessa autora é a noção de “acolhida da deficiência” e de sua transcendência:

[...] Não era a primeira vez que eu ouvia falar disso. Trinta anos antes, um amigo meu paraplégico, antigo estivador e de pouca instrução, me dissera: “Por nada no mundo eu perderia a chance de ser um desgraçado de paraplégico”. Na época, pensei que ele estava completamente louco. Levei muitos anos para compreender o que esse homem simples e sábio tinha descoberto em dois anos: que uma deficiência pode ser um aspecto especial da própria pessoa que oferece novas oportunidades para experiência, crescimento, maturação e auto-realização. Eu havia sido totalmente treinado, pelo processo de reabilitação, na idéia de que minha deficiência era o inimigo a ser derrotado, controlado, minimizado, compensado e, sim, negado. Não era nunca, nunca certo gostar de ser o que eu era (entre outras coisas): deficiente. (Vash, 1988, p. XIII)

Enaltecer uma condição intrinsecamente adversa – a experiência da deficiência – fazendo dela motivo de orgulho era novidade para mim não só como pessoa com deficiência e ativista da deficiência, mas também como pesquisadora. Tinha experimentado anos atrás um movimento semelhante, porém mais fortemente demarcado, entre as pessoas surdas, o Deaf Pride¹⁵ (Mello, 2006). Que alteridade é esta que faz da deficiência um poderoso artifício de subjetividade? Qual seria o limite entre ser uma pessoa e ter uma deficiência? Qual é o seu lugar no mundo, ou melhor, como as pessoas com deficiência se colocam no mundo?

Nos primeiros tempos do movimento de reabilitação, existia muita conversa sobre a importância de “aceitar-se a deficiência de alguém”. Isso algumas vezes significava a ausência do mecanismo de defesa da “negação”. Outras vezes significava simplesmente reconhecer uma perda sem se sentir péssimo por causa disso. A aceitação era boa. Não se esperava, entretanto, que as pessoas *gostassem* de suas deficiências; isso era considerado pior que a negação. [...] Isso exigia que a pessoa deficiente soubesse exatamente onde estava a linha demarcatória entre a aceitação e o regozijo, e ficasse eternamente vigilante para não cruzá-la. Aceitação era morder o projétil e sorrir ao mesmo tempo, e com a mesma facilidade. (Vash, 1988, p. XXIV)

Partindo dessa reflexão, percebi que a deficiência poderia ser “a investigação da *razão* do investimento” (Goldman, 1999,

p. 36), ou seja, o *modo de subjetivação*¹⁶. Assim, a deficiência pode ser também pensada na perspectiva da genealogia do sujeito moderno-contemporâneo, da centralidade do corpo deficiente como idioma simbólico e político, da identidade e seu impacto na subjetividade da pessoa, contrapondo-se às ideias hegemônicas de tratá-la tão somente como um fardo, desvio, aberração, perturbação ou anormalidade:

A existência do corpo parece estar sujeita a um peso assustador que os rituais devem conjurar, tornar imperceptível sob a familiaridade das ações. Prova disso é a discrição normal nos elevadores, nos transportes em comum ou nas salas de espera, quando os atores, face a face, esforçam-se para, mutuamente e com certo desconforto, tornar-se transparentes uns para os outros. [...] a simbólica corporal perde momentaneamente o poder de conjuração. O corpo torna-se um incômodo, um peso. As esperas respectivas dos atores não são mais simétricas e deixam, ao contrário, transparecer falhas. Os corpos deixam de corresponder-se na imagem fiel do outro, nessa espécie de bloco mágico onde os atores apagam sua corporeidade na familiaridade dos sinais e símbolos, ao mesmo tempo em que a colocam adequadamente em cena. Um desconforto emerge a cada ruptura das convenções de apagamento. A esse respeito, pode-se chamar a atenção para as dificuldades relacionadas com as pessoas que possuem alguma deficiência física ou sensorial, ou catalogadas como trissômicas, “débeis” ou doentes mentais. Nesses atores o corpo não passa despercebido como manda a norma

de discrição; e quando esses limites de identificação somáticos com o outro não mais ocorrem, o desconforto se instala. O corpo estranho se torna corpo estrangeiro e o estigma social funciona então com maior ou menor evidência conforme o grau de visibilidade da deficiência. O corpo deve ser apagado, diluído na familiaridade dos sinais funcionais. Mas, com a simples presença física, o “deficiente” físico ou o “louco” perturbam a regularidade fluida da comunicação. Proibindo o próprio corpo, eles suscitam o afastamento bastante revelador da atitude de nossas sociedades para com a corporeidade. (Le Breton, 2006, p. 49-50)

O culto ao belo inibe as pessoas com deficiência e constrange os “normais”. Assim, devido à promoção da beleza harmônica que herdamos dos gregos até nossos dias, a manifestação da deficiência lesiona o conceito e a idealização de corporeidade grega que eugenicamente temos tão enraizados dentro de nós (Silva, 1986; Amaral, 1995; Carvalho, 2001; Bianchetti, 2001). A imagem corporal *desviante* afeta a relação com o outro e com o próprio corpo naquele que se sente diferente, adquirindo um protagonismo superlativo que se soma à exigência de encaixar o outro dentro de padrões inalcançáveis.

O desvio é criado pela sociedade; isto é, tal pessoa é desviante porque o rótulo do desvio foi a ela sobreposto com êxito. O desvio não é uma característica que seja encontrada no indivíduo, mas um veredicto enunciado acerca desse indivíduo por um grupo social. (Schneider, 1999, p. 60)

Aliás, foi em nome desse rótulo que os estudos e movimentos eugênicos na História foram responsáveis por grandes genocídios, atentando contra os direitos humanos, sobretudo, contra todos aqueles que fossem diferentes dos padrões antropométricos, fisiométricos e psicométricos, sendo eles exterminados ou segregados.

[...] a modernidade inaugurou para as pessoas portadoras de deficiência novas formas de exclusão e dominação. Em primeiro lugar, trouxe o poder regulador e por vezes mesmo fascizante da biomedicina (apoiado pela instauração da ciência) que os estudos sobre a deficiência questionam em toda a linha [...]. Basta lembrar neste contexto o movimento da eugenia e a institucionalização das pessoas portadoras de deficiências no Ocidente. (Pereira, 2006, p. 6-7)

Neste sentido, as pessoas com deficiência também eram um prato cheio (Silva, 1986), ao lado dos negros, índios, homossexuais, judeus, ciganos, dentre outros, instaurando-se as artimanhas do biopoder sobre elas, conforme prenuncia Foucault (1982):

[...] é o corpo da sociedade que se torna, no decorrer do século XIX, o novo princípio. É este corpo que será preciso proteger, de um modo quase médico: em lugar dos rituais através dos quais se restaurava a integridade do corpo do monarca, serão aplicadas receitas, terapêuticas como a eliminação dos doentes, o controle

dos contagiosos, a exclusão dos delinqüentes. A eliminação pelo suplício é, assim, substituída por métodos de assepsia: a criminologia, a eugenia, a exclusão dos “degenerados”... (Foucault, 1982, p. 145)

Estes ideais eugênicos persistem até os dias atuais, sob a roupagem da *Nova Genética* ou *Novagenia*, termos estes cunhados por Black (2003) para se referir às novas formas ou práticas eugênicas¹⁷ que têm surgido no mundo contemporâneo, e nas chocantes declarações de alguns de nossos políticos divulgadas pela mídia, provocando uma onda de protestos, inclusive dos próprios movimentos pelos direitos das pessoas com deficiência¹⁸:

Sociedades de enfermos físicos, morais ou mentais, além de, por natureza, serem infelizes e viverem em constantes tragédias decorrentes da ação negativa e danosa desses componentes infelizes, não acompanham o progresso dos povos mais sadios, melhor dotados, e em conseqüência, cada vez mais deles se tornam dependentes. (Wilson Passos, então vereador do Rio de Janeiro, ao justificar um projeto de sua autoria, o PL n° 1044/2007, que visa a beneficiar família saudável que tenha filho sadio)¹⁹.

As pessoas poderão se valer da ciência, para evitar que seus filhos nasçam feios, deformados, deficientes ou idiotas. (Luiz Henrique Silveira, governador do Estado de Santa Catarina, em O DNA Espartano, artigo de sua autoria publicado no jornal A Notícia, em 28 de agosto de 2005)²⁰.

A repulsa à doença é instintiva no ser humano. Poucas pessoas sentem prazer em apertar a mão de uma pessoa portadora de lepra ou de AIDS [...]. De um modo geral, as pessoas não se sentem confortáveis na companhia de pessoas doentes, ainda mais, quando se trata de doença letal ou deformadora. A discriminação é válida quando se trata de doença contagiosa ou de epidemia que coloca em risco a vida e a saúde da comunidade. A deformidade física fere o senso estético do ser humano. A exposição em público de chagas e aleijões produz asco no espírito dos outros, uma rejeição natural ao que é disforme e repugnante, ainda que o suporte seja uma criatura humana. Portadores de doenças e deformidades costumam freqüentar locais públicos exibindo as partes afetadas do corpo, não só com o intuito de provocar comiseração, como também, com o propósito de afrontar a sensibilidade dos outros para o que é normal, saudável e simétrico. (Denise Frossard, juíza e até então deputada federal, ao justificar, como relatora, os motivos de sua rejeição ao PL nº 5.488 de 2001, que previa a criminalização de ato discriminatório em razão de doença ou deficiência de qualquer natureza)²¹.

Em Foucault (2001a) podemos perceber que os conceitos de anomalia e anormal começam a tomar forma no século XIX com a influência da Medicina e do Direito no Ocidente, a partir de três figuras: o monstro humano, o indivíduo a ser corrigido e a criança masturbadora, dos quais me interessa definir as duas primeiras, posto que as pessoas com deficiência se encaixam nessas. O monstro se define “em sua existência

mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza. [...] o que combina o impossível com o proibido” (*idem, ibidem*, p. 69-70). O indivíduo a ser corrigido se refere a todo aquele que apresentam dificuldades para seguir as regras sociais. Esse indivíduo está sob o domínio da “família mesma, no exercício de seu poder interno ou na gestão de sua economia; ou, no máximo, é a família em relação com as instituições que lhe são vizinhas ou que a apóiam” (*idem, ibidem*, p. 72). O monstro e o indivíduo a ser corrigido representam, pois, o veredicto final do corpo deficiente que fere a ordem social e demarca a linha proibida entre o sagrado e o profano. A possessão do demônio relaciona à deficiência o resultado do pecado e da “condição impura”, a própria idéia da “sujeira [que] ofende a ordem” (Douglas, 1976, p. 11-12). Barnes (1998, p. 65), por sua vez, critica a “visão essencialmente fenomenológica de Douglas”, assentada na idéia de que o preconceito contra as pessoas com deficiência “é, de uma forma ou de outra, inevitável e universal”, porquanto sempre negativas:

Esta teoria tiene al menos dos problemas. Primero, [...] existen muchas probas antropológicas de que todas las sociedades no responden a la insuficiencia exactamente de la misma forma [...]. Segundo, reduce las explicaciones de fenómenos culturales como las percepciones de la diferencia física, sensorial e intelectual al nivel de procesos de pensamiento, con lo que desatende las consideraciones económicas y sociales.

[...] Desde la era de Neanderthal en adelante, al menos, los arqueólogos han documentado la aparición regular de individuos que en actualidad serían considerados discapacitados. [...] existen pruebas sustanciales en América del Norte, Europa, Egipto, China y Perú que abarcan miles de años de historia y que demuestran que la incidencia de la insuficiencia era algo común entre nuestros antepasados. [...] existen muchos ejemplos de comunidades en donde a supervivencia económica es extremadamente inestable y a pesar de ello las personas con insuficiencias siguen siendo miembros valorados de la comunidad. Dos ejemplos son los dalegura, una tribu de aborígenes australianos [...], y los palute, una tribu de indígenas americanos [...]. En ambas sociedades el infanticidio estaba prohibido, se consideraba la edad como signo de autoridad y de respeto, y los individuos con insuficiencias no eran abandonados. (Barnes, 1998, p. 65-66)

A discussão sobre os modelos médico e social da deficiência²² muito se assemelha aos debates, potencialmente presentes na Antropologia, sobre os modelos racionais de saúde e doença²³, uma vez que a deficiência muitas vezes é confundida com doença, conforme sugere Pereira (2006) ao se referir à forma como a Sociologia tem estudado a questão da deficiência²⁴:

A tendência da Sociologia tem sido de facto em centrar-se muito mais na questão do corpo e da doença, o que constitui outro motivo para uma certa ala dos estudos

da deficiência, particularmente a que é influenciada pelo modelo social, se distanciar desta perspectiva pois não considera que seja produtivo a associação da doença com a deficiência e o enfoque na experiencição da “incapacidade”. (Pereira, 2006, p. 22)

Essa mesma autora, ao apoiar-se nas argumentações de Wendell (1996) sobre o caso das pessoas com doenças crônicas, considera pertinente o argumento da associação da deficiência à doença, mas também alerta que os estudos sobre deficiência deixam de fora as doenças crônicas, que também podem gerar deficiências:

[...] Para eles²⁵, esta associação é perigosa pois toda a mudança de perspectiva que os estudos sobre a deficiência têm vindo a propor passa exactamente pela viragem do olhar em relação à “Deficiência”, da “tragédia pessoal” e da pena e vitimização trazida pela modernidade para uma perspectiva outra. Por outro lado, sempre foi objectivo dos estudos sobre a deficiência e do modelo social em particular questionar e colocar em causa a associação que o “senso comum” e a biomedicina fazem da “Deficiência” com doença. Na realidade, isto é importante, pois nem todas as pessoas que têm incapacidades são doentes ou necessitam de cuidados médicos, pelo contrário, as pessoas podem ter uma “incapacidade” específica (serem invisuais, não terem um membro) mas podem ser perfeitamente saudáveis. Outras, no entanto, podem ter doenças que causaram a incapacidade (como é o caso das doenças

crónicas) e outras ainda podem ter conseqüências graves de saúde devido à sua incapacidade embora esta não tenha sido causada por uma doença. [...] Todas estas cargas negativas da doença, a possível associação ao modelo médico e a resistência dos activistas e dos estudos sobre a deficiência não tornam fácil a discussão da doença crónica dentro da questão da “Deficiência”. A verdade, no entanto, é que ela é pertinente. [...] Wendell coloca na outra categoria as pessoas com doenças crónicas. Esta divisão é, na minha opinião, útil para esta discussão pois permite desmistificar vários aspectos. [...] a doença PODE e é, em alguns casos, incapacitante, no entanto, como já foi referido, nem todas as incapacidades estão relacionadas com a doença ou são causadas por ela. (Pereira, 2006, p. 34-36)

Por outro lado, “as noções de doença e de deficiência, assim como os modos de se lidar com elas, mudam não só de acordo com os tempos e as culturas, mas também de acordo com os saberes que se propõem a estudá-las [...]” (Berger, 1999, p. 19). Assim, na perspectiva antropológica a manifestação de deficiências e doenças deve ser interpretada no contexto sociocultural.

Um debate que corrobora com a ideia dos processos de patologização da deficiência se refere ao uso, em diferentes épocas e culturas, de diversas terminologias para se referir às pessoas com deficiência (Sasaki, 2003)²⁶, mostrando como os discursos e práticas sociais atribuem significados ao conceito de deficiência. O discurso sobre a deficiência é, pois, um

discurso sobre a pessoa, porquanto o uso de distintos termos para um mesmo segmento também reflete toda uma discussão teórica sobre as “noções de pessoa enquanto categorias de pensamento nativas – explícitas ou implícitas – enquanto, portanto, construções culturalmente variáveis.” (Seeger, DaMatta e Viveiros de Castro *apud* Goldman, 1999, p. 24), e mesmo sobre as questões em torno do conceito de *experiência* de saúde/doença (Rodrigues & Caroso, 1998; Caroso, Rodrigues & Almeida-Filho, 2004; Alves & Rabelo, 1999; Langdon, 2001; Duarte 2003).

Outro exemplo dessa abordagem entre deficiência e doença parte do entendimento de que é possível se fazer articulações entre a experiência da deficiência com a questão denominada pelo sistema bio-psico-médico de saúde mental²⁷ (Duarte, 1994), isso porque ambas primeiro estiveram sob o domínio do paradigma biomédico, historicamente ligado ao surgimento de uma concepção de “normalização do corpo”, proposta esta que Foucault (2001b) chamou de biopolítica, que transforma o saber-poder em um agente de transformação da vida humana, por meio da administração e controle de corpos:

Creio que é fazendo a história das relações entre o corpo e os mecanismos de poder que o investem que podemos chegar a compreender como e por que, nessa época, esses novos fenômenos da possessão apareceram, tomando o lugar dos fenômenos um pouco anteriores da feitiçaria. A possessão faz parte, em seu aparecimento, em seu desenvolvimento e nos mecanismos que a suportam, da história política do corpo. (Foucault, 2001b, p. 271)

Em relação à presença de uma deficiência, conforme apontado por Vash (1988), as reações emocionais em relação à deficiência são diversificadas e variam de pessoa para pessoa. Para algumas a manifestação de uma deficiência pode ser potencialmente fragilizadora à sua saúde mental²⁸, uma vez que a experiência do corpo deficiente, e muitas vezes rejeitado, pode chegar a privar a pessoa de usufruir de muitas atividades, dependendo da severidade da sua deficiência e, portanto, pode contribuir decisiva e subjetivamente para o processo de terapeutização²⁹ da pessoa frente à sua deficiência, em diferentes etapas da vida. Por isso, estou particularmente interessada nos processos de negociação do sujeito com os limites corporais que experimenta em função de viver com uma deficiência. A noção de limite, descrita por Sontag (1984) como “uma cidadania mais onerosa”, é particularmente útil para se pensar esse processo de (re)transformação da identidade devido à presença ou manifestação de uma deficiência. Neste sentido, perguntei à Paula se a falta de próteses influenciaria no aspecto psicológico das pessoas que dela necessitam:

Com certeza. É o seu meio de locomoção, então imagina uma pessoa que fica totalmente digamos, voltada só para aquele mundo da família, e também sempre visando só a questão da deficiência porque se a pessoa não tem condição, se ela não tem uma prótese ela não sai de dentro de casa, ela não tem condição de caminhar, e isso gera uma série de dificuldades, seja em qualquer área da vida, educação, trabalho, a pessoa quer voltar a

uma vida ativa, geralmente ela, o objetivo é esse. Então a questão, digamos, do acesso é importantíssimo, tanto não só ao equipamento, mas como também as barreiras arquitetônicas, que é por isso que a gente briga tanto com essa questão. (Paula)

Todavia, as pessoas não são apenas receptoras passivas dos valores culturais. Ocorre uma negociação, onde há um poder opressivo normativo de controle social e um contrapoder, que são as resistências a esse poder. Eis o que afirma Foucault (1982):

Mas, a partir do momento em que o poder produziu este efeito, como consequência direta de suas conquistas, emerge inevitavelmente a reivindicação de seu próprio corpo contra o poder [...]. E, assim, o que tornava forte o poder passa a ser aquilo por que ele é atacado... (Foucault, 1982, p. 146)

No caso das pessoas com deficiência, observa-se que as resistências a esse poder estimulam a formação de “bioidentidades sociais, construídas a partir de uma doença [e deficiência] determinada” (Ortega, 2004, p. 16), conforme expresso na fala de Sílvia ao se referir a Vinícius:

[...] o Vinícius é uma pessoa que se assume muito, ele usa bermuda mesmo com a prótese dele, ele não tem vergonha. É diferente de outras pessoas que tentam esconder. Sabes que eu atendo pessoas com deficiência aqui, né? Às vezes as pessoas vêm pra mim e eu não consigo ver a deficiência, eu sou obrigada a perguntar

para a pessoa, porque eu fico atendendo, eu tenho que anotar tudo ali, eles escondem a mão, escondem a perna, eles dão um jeito eu acho de...tá, mas qual é a tua deficiência, porque eu não estou vendo? E muita gente que trabalha e esconde mesmo, para não mostrar, botam a mão para dentro da blusa quando não tem o braço... [...] Que eles se assumam enquanto deficiente e não tenham vergonha disso. Porque muitas pessoas, a gente sabe, eu trabalho aqui, faço visita, sei de quanto existe deficientes que ficam em casa trancados, chorando porque ficou deficiente [...] e não se assume. E o Vinícius é um exemplo de tudo isso que a gente prega. O Vinícius é uma pessoa que ele está sempre correndo atrás, ele não se acomoda, ele viaja sozinho, ele vai para todos os lugares sozinho. [...]Ele é independente, ele é o nosso atleta. E ele está sempre aqui conosco ajudando a gente. Então assim, ele é uma pessoa que ele serve de exemplo para os outros, por isso que ele está sempre aqui conosco, porque a gente sabe que as pessoas reclamam muito da vida. Ah, porque depois que aconteceu isso, isso, isso, só que ele é um exemplo para mostrar que tudo é possível na vida da gente, quando a pessoa quer, que tem força de vontade, quando a pessoa decidiu que vai mudar, que vai aceitar. Porque eu digo que é difícil, é, eu digo que é difícil você aceitar a sua deficiência. (Sílvia)

Há uma série de questões que essa fala levanta que estão relacionadas às discussões sobre a forma como pessoa e deficiência são articuladas no discurso dos sujeitos: vergonha, visibilidade, independência, autonomia, capacidade de ação, entre outras.

Vinícius adquiriu a deficiência física aos 18 anos, vítima de um choque elétrico de alta tensão que lhe custou a amputação das duas pernas. Ficou internado no hospital por cerca de 2 meses, sendo que 1 mês e 12 dias esteve em coma. Perguntei-lhe como se sentiu quando recebeu a primeira notícia de sua nova condição corporal:

A primeira foi que eu fiquei em coma, na verdade. A primeira foi meio constrangedora. [...] quando eu deixei de correr risco de vida. [...] 72 horas eles me deram de vida depois que eu me acidentei. (Vinícius)

A resposta de Vinícius foi bastante direta e curta. O importante foi sobreviver ao acidente, quiçá também à deficiência. Sempre que eu lhe insistia sobre a primeira reação perante a amputação de seu corpo, percebi em seus gestos que talvez não fosse de seu interesse tocar no assunto. A experiência do corpo deficiente nesse caso parece se deslocar para a esfera do privado:

As narrativas sobre a experiência de viver em um corpo lesado ou doente reservavam-se à vida privada, pois eram indícios contrários à negociação pública de que a deficiência estava na sociedade e não no indivíduo. Reconhecer que o corpo lesado impunha dor ou sofrimento era abrir uma porta perigosa para a essencialização da deficiência, um receio que não foi atenuado nem mesmo pelo fato de os primeiros teóricos [do modelo social da deficiência] experimentarem a deficiência. Ser deficiente era antes o passaporte de

entrada na comunidade de teóricos do modelo social – um argumento de autoridade – que uma estratégia de considerar o privado também político, como viam as feministas. (Diniz, 2007, p. 64).

Já o relato de Rita se aproxima da dor e do sofrimento, logo que percebeu a gravidade da lesão de seu corpo:

Bom, a primeira impressão, meu Deus... Bom, eu fiquei quase seis meses no hospital depois do meu acidente, de início eu não tava entendendo o que estava acontecendo, eu demorei dois meses... não, eu fiquei três meses no hospital, no primeiro mês eu tinha muita visita, muita visita, eu não consegui me dar conta que não consegui mexer a perna. Aí de repente eu comecei [...], nesse dia eu expulsei todo mundo do quarto, tinha muita gente, não parava de entrar gente, eu não consegui ficar sozinha comigo mesmo, aí teve um momento que eu falei assim “saí todo mundo”, expulsei todo mundo [...]. Eu chorei quase uma hora, chorando direto, aí depois disso o meu médico foi a única pessoa que, ele entrou no meu quarto, a gente ficou mais de uma hora conversando e me contando tudo o que aconteceu comigo, daí que caiu a ficha né [...]. Aí a primeira impressão foi assim, aí que eu me dei conta. (Rita)

Aqui é possível se falar em ruptura em relação a um momento anterior, a narrativa de alguma forma enuncia sobre o momento em que ela percebe a sua nova “condição”, a partir da autopercepção em relação ao corpo e à impossibilidade de “mexer a perna”.

Em relação à Laura, as lembranças “são esparsas”, como ela mesma define, em função de ter adquirido a deficiência em tenra idade, aos dois anos:

Bom, no meu caso, como foi uma coisa muito remota, muito precoce na minha história de vida, eu não tenho lembrança nítida, só que fatos que cercaram a época em que eu tive a pólio, só que são lembranças muito esparsas. [...] Olha, mesmo nessa idade, eu me lembro do dia que eu comecei a sentir sintomas da pólio e lembro também de fato mais recente, por exemplo, quando eu comecei a fazer tratamento de reabilitação... Quando fui pra São Paulo fazer um programa cirúrgico, isso eu tinha três anos. Eu me lembro nitidamente dessa parte. [...] Era muito impactante, porque têm pessoas que não se lembram nada da infância, são muitos fatos assim que eu guardo. (Laura)

Para Laura, essa ruptura não aparece em seu relato (talvez se o entrevistado tivesse sido um parente próximo, essa percepção fosse outra). A forma de narrar a deficiência, sua aceitação ou negação depende de quando e como aconteceu a deficiência. Nas palavras de Berger (1999):

São profundas as diferenças na percepção de si e da deficiência no que diz respeito à deficiência ser congênita ou adquirida só posteriormente. No caso de pessoas que já nascem com algum tipo de deficiência ou a adquirem enquanto ainda são crianças, toda a experiência do mundo e de si mesmo terá a deficiência como um referencial a mais, o que não acontece se a pessoa cresce

e se relaciona com um mundo segundo estratégias formadas desde a tenra idade e depois tem que reelaborar sua percepção de si e do mundo por ocasião da aquisição de uma deficiência. (Berger, 1999, p. 07)

Débora e Marisa me relataram sobre o processo de aceitação da deficiência, seus aspectos positivos e negativos:

Ah eu assim, quando era criança? Não tem, para mim não foi muito ruim porque a criança não tem muita noção de perda, para mim eu acho que eu não sofri não, eu acho que não. Eu não lembro assim de sofrimento, nada. Quem sofre mais é quando perde em adulto, adolescente, adulto, mas criança não tem muita noção. [...] quando era criança eu não tinha aquela noção, se enxergava pouco, se não enxergava, depois que eu fiquei cega, no começo é claro foi meio difícil, mas depois disso ali passou, e agora assim eu, como é que eu vou dizer pra ti, eu encaro de maneira normal eu sei que eu não enxergo mas eu consigo fazer bastante coisa então, não é que eu aceite, eu convivo com ela. Sei conviver bem. Tem que conviver né, ficar parada não dá. [...] como é que eu vou te falar? Não é assim um peso para mim ser cega, e também não é assim uma coisa boa, mas também não é uma coisa ruim, é uma coisa assim que ficou natural, até minha família, todo mundo que convive comigo... [...] a nossa experiência é assim, a pessoa fica sabendo da ACIC, ela perdeu a visão, ela vem aqui pra conhecer e às vezes ela não retorna, depois de um ano, dois anos, ela faz outro contato e retorna, porque ela teve que ter aquele tempo pra ela digerir aquilo, ela não

consegue aceitar que está sendo atendida por uma associação de cegos, ela ainda está chorando a perda, daí a gente faz a visita domiciliar, conversa, e dá um tempo pra ela, não fica em cima, a gente dá um tempo. (Débora)

Aqui também o fato de ter adquirido a deficiência em tenra idade determina uma forma de narrar sua experiência com a cegueira. A comparação é feita com pessoas que adquiriram a deficiência já adultas, identificada por elas como uma “perda”, e que estas sim teriam dificuldades em “aceitar” ou incorporar essa situação.

Quando eu era pequena, eu não sentia diferença nenhuma, até porque eu não me dava conta dessa deficiência. A partir do momento em que eu fui crescendo e me deparando com essa deficiência, até os 12 anos de idade foi muito tranquilo, até 12 anos. Quando eu entrei na adolescência, e aí, eu mudei de colégio, de um colégio pequeno para um colégio muito grande, (interrompe). Quando eu entrei na adolescência eu mudei de colégio, na 7ª série, de um colégio muito pequeno para o Instituto Estadual de Educação. Aí é que eu me deparei com a discriminação, eu me coloquei numa concha, eu tentava me esconder, eu não me relacionava bem com os meus amigos, na verdade eu acho que eu fugia muito deles, às vezes eles até tentavam conversar comigo, queriam me fazer participar das mesmas atividades que eles, mas naquela época eu acho que eu me excluía, em função da vergonha da deficiência

mesmo, pelo fato de ser diferente, enfim, e eu passei de 12 vamos dizer, até uns 20 anos, até uns 18 anos, quando eu terminei o meu segundo grau, muito excluída, excluída por mim mesma, e quando eu fiz o vestibular e eu passei para fazer faculdade, foi aonde eu comecei a me relacionar um pouco melhor com as pessoas, porque daí eu já era adulta, embora eu ainda não falasse muito sobre a minha deficiência, eu só comecei a aceitar e a me dar muito bem com essa deficiência em 96, quando eu já tinha terminado a faculdade, e aí eu procurei uma oftalmologista especialista em baixa visão que foi [quem] me encaminhou para a ACIC, aí eu entrei como aluna, me identifiquei, percebi que tinham outras pessoas também com a mesma deficiência, e dali pra frente eu comecei a me relacionar muito bem com essa deficiência, não só aqui dentro mas também lá fora. Quando eu tenho que falar sobre essa deficiência, quando eu tenho que fazer algum curso, hoje é muito tranquilo. Olha, eu acho que a deficiência ela é positiva quando eu falo em relação a amadurecimento, tu és obrigada a amadurecer e a conviver com aquilo ali, mas não dá para dizer que ela em si traga alguma coisa de muito positiva. Eu acho que querendo ou não a deficiência é uma coisa muito negativa sim, que atrapalha muito a sua vida sim, e que tu tem que conviver com ela. Então eu considero ela muito mais negativa, muito mais negativa do que positiva. Traz alguns aprendizados sim, a gente até aprende pelo fato de ter essa deficiência, a lidar talvez um pouco melhor com as pessoas, a talvez até ser um pouco mais humana nesse sentido, mas não é bom para ninguém. (Marisa)

Nessa longa narrativa, é apenas no final que ela se refere ao tipo de deficiência (visual). Questões como “vergonha” e dificuldades de construir uma rede de sociabilidade na escola marcam esse segundo momento da experiência com a deficiência, a partir da saída do espaço familiar e um contato cotidiano mais sistemático com redes sociais mais amplas. Muitas vezes é nesse momento que experiências ligadas a questões de estigma e preconceito são vividas. Outra questão interessante nessa fala é a apreensão da experiência da deficiência como experiência de crescimento, amadurecimento – apreensão que aproxima a deficiência de algumas experiências de adoecimento relatadas pela literatura específica do campo da Antropologia da Saúde³⁰.

Por outro lado, essas narrativas revelam também que há uma linha tênue que separa a deficiência da doença, ou seja, não são experiências de mesmo teor ou sentido. Percebe-se que, em sua totalidade, talvez pela tenra idade em que a deficiência se manifestou, inexistente para esses sujeitos a experiência do sofrimento, da perda e da tragédia, enfim, de uma *ruptura fenomenológica* associada à cegueira (Martins, 2005):

[...] esta evasão ao idealismo não se oferece a uma reinstauração da narrativa da tragédia pessoal, longe disso. Na verdade, em muitas histórias de vida com que tomei contacto, os sofrimentos mais directamente associados à dimensão física da cegueira estão ausentes. Assim é, numa primeira instância, porque na vida de

peças que nascerem cegas não existe uma experiência de perda, não há um mundo empobrecido naquilo que nele se pode apreender, não há um constrangimento em relação aos modos de realizar, nem tão pouco [sic] um confronto com as coisas que se tornaram impossíveis de fazer. Não há, portanto, a experiência de uma ruptura fenomenológica, nem a submissão a uma imperativa metamorfose no *modus vivendi*. É óbvio que as pessoas que já nasceram cegas têm uma noção do lapso que as separa de quem vê, um lapso que é actualizado quotidianamente na comparação com os outros, e na percepção das facilidades que a visão permite na apreensão de elementos da realidade e na execução de algumas tarefas. (idem, ibidem, p. 06-07)

Justamente por isso que os significados atribuídos à *experiência da deficiência* não se assemelham à *experiência de doença* encontrados na literatura antropológica. No entanto, considero que a inexistência dessa ruptura é relacional, uma vez que depende também do contexto social em que se vive e das características pessoais da pessoa. Pinheiro (2004, p. 70) se baseia no conceito de resiliência para explicar por que “pessoas com trajetórias semelhantes diferenciam-se pelo fato de algumas conseguirem superar as crises e outras não”. Entendo por resiliência (Barlach, 2005) como a capacidade do ser humano em se superar, adaptar-se e construir atitudes positivas a partir das adversidades da vida. Mas para desenvolver atitudes resilientes, a pessoa com deficiência precisa estar inserida num ambiente propício ao desenvolvimento de sua autoestima,

adquirindo a habilidade necessária para enfrentar de forma aberta e construtiva os seus conflitos existenciais, de maneira que não a impeça de construir um projeto de vida:

[...] a capacidade de amar, trabalhar, ter expectativas e projeto de vida – conseqüentemente, de dar um sentido a nossa existência humana – denota ser a base onde as habilidades humanas se apóiam para serem utilizadas diante das adversidades da vida – que certamente todos, em menor ou maior intensidade, teremos que enfrentar enquanto estivermos vivos. (Pinheiro, 2004, p. 75)

Assim, todas as pessoas experimentam as expectativas de um projeto de vida, no sentido de uma abertura a algo além que transcende e consegue romper as barreiras da dor e do sofrimento. No caso das pessoas com deficiência, a resiliência demandada pelo corpo deficiente pode abrir espaço para o assujeitamento.

Ainda sobre a experiência da deficiência, é Vinícius quem traz o relato mais surpreendente:

ENTREVISTADORA: Se você pudesse tirar a sua deficiência, você a tiraria?

VINÍCIUS: Agora eu gosto de ser com deficiência. [...] porque eu viajo muito, conheci muita coisa depois da deficiência. Fiz muita viagem. Na viagem muitas coisas boas aconteceram, porque a minha vida também era muito ruim. [...] e não teria a cabeça que eu tenho hoje também [...] eu fazia muita coisa errada quando eu era sem deficiência.

ENTREVISTADORA: Você ficou mais consciente da sua responsabilidade, é isso?

VINÍCIUS: Isso, dos limites né.

ENTREVISTADORA: Você tem orgulho de ter a deficiência?

VINÍCIUS: Orgulho não, viu? Tenho uma satisfação do jeito que eu sou, tenho uma lesão leve.

Mais importante que a *leve* lesão, isto é, a *falta* das duas pernas, é estar vivo. Nesse processo de consciência de si, ao negociar com seus limites corporais impostos, a deficiência vai se configurando num poderoso artifício de subjetividade, expressa inclusive em piadas e/ou apelidos relacionados à sua própria condição de deficiência:

Falo que economizo meus sapatos, que duram muito porque não ando. Quando faço depilação, agradeço por não sentir aquela dor insuportável. [...] A cadeira de rodas faz parte do meu corpo e quando ela às vezes fica um pouco afastada, fico desesperada. (Rita)

É uma catarse gostosa e sempre rimos muito de nossas próprias piadas. Por exemplo, dois amigos nossos, paraplégicos, na época jogadores de basquete, em um torneio pelo nordeste, ouviram de pessoas que estavam próximas a eles: “mas um é a mesma carinha e focinho do outro!” Como se a cadeira de ambos os iguallassem no físico. E por aí vai, temos um anedotário sobre isto. [...] Minha cadeira de rodas é algo que já me pertence e faz parte de meu espaço interno e externo. Tive dificuldades em me “sentar” definitivamente na cadeira.

Em meus sonhos, eu me via sempre caminhando. Foi preciso um trabalho interno para “sentar-me” simbolicamente na cadeira. [...] Tanto que a coisa que mais temo, numa viagem aérea, por exemplo, é que a cadeira não tenha sido embarcada no porão do avião. E já aconteceu isto de fato numa de minhas viagens... Cheguei a São Paulo e minha cadeira tinha ficado no Rio. Foi uma sensação horrível, como se eu tivesse ficado sem as pernas. A cadeira é minha perna. (Laura)

As ajudas técnicas³¹ são colaboradoras, parceiras com as quais preciso estabelecer uma relação de companheirismo: eu cuido delas [de sua manutenção] e elas de mim. [...] Minhas muletas se chamam Ana Paula e Fernandinha. É que sempre as chamei de “minhas meninas”, um dia um amigo perguntou se elas não tinham nomes. Respondi que não e ele prontamente batizou. Gostei dos nomes e deixei. Sempre que perguntam quem é quem, argumento que são gêmeas e por isso não sei. (Sabrina)

Essas narrativas apontam para o estatuto de quase pessoa dado às próteses, a ideia das próteses como fetiches, na medida em que esses objetos são “cultuados”, corporificados e nomeados como pessoas pelos sujeitos. São histórias marcadas por discursos de resistência à patologização da deficiência, em que meus interlocutores resignificam a experiência da deficiência pela incorporação desses objetos no seu corpo e pelo uso resiliente do humor, ou seja, encontrar o cômico nas suas próprias “desgraças”. Elas revelam a resignificação da

deficiência a partir do momento em que os sujeitos tomam *consciência de si*, através de um processo simbólico de auto-aceitação da realidade do corpo deficiente como um outro modo de existência corporal. Também usam como estratégias de subjetivação as piadas, os apelidos carinhosos, as próteses como extensão de seu corpo, sem as quais sentiriam angústias, e as práticas de ativismo político. Tudo isso desencadeia num “ativismo”³², denotando infinitas possibilidades de transformação e mudança pessoal. Isso significa, sobretudo, a incorporação da deficiência como parte de sua constituição de pessoa, no sentido de compreender que o corpo deficiente também tem desejos, sente dores, prazer e fome. No meu entender, é justamente esta concepção de *consciência de si* o que aproxima a noção de pessoa de Mauss à ideia de sujeito em Foucault. O sujeito pode ser assujeitado pela experiência do corpo deficiente, constituindo uma identidade política positiva que se dá pela consciência de si mesmo. Nas palavras de Ortega (2004):

[...] o conceito de deficiência releva o de doença, referindo-se à déficit a serem compensados socialmente e não a doenças a serem tratadas (Rabinow, 1999). Esse conceito, usado oficialmente pela primeira vez na Inglaterra, durante a II Guerra Mundial como uma forma de avaliação da força de trabalho disponível, com o objetivo de incorporar o maior número de pessoas, está na base da biopolítica, cujos grupos se distinguem precisamente pelas deficiências a serem compensadas

(deficiência da mulher frente ao homem, do negro frente ao branco, do gay frente ao heterossexual, do portador de deficiência frente ao indivíduo fisicamente normal, dos idosos frente aos jovens etc.). A política se dissolve em políticas particulares que aspiram compensar as deficiências de um grupo biopolítico determinado, cuja uma das conseqüências é o esquecimento de ideais sociais mais abrangentes. (Ortega, 2004, p. 16)

Mais do que auto-afirmação do sujeito, esse processo de subjetivação em torno da experiência da deficiência está intimamente relacionado com o conceito de resiliência. Assim, as respostas de meus interlocutores evidenciam essa possibilidade de transformação social, de transcendência do sujeito aos seus próprios limites corporais. Trata-se, pois, conforme prenuncia o título de um livro de Vasconcelos (2003), do “poder que brota da dor e da opressão.”³³

SOBRE O ENFOQUE DE GÊNERO E SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA: ALGUMAS NOTAS DE CAMPO

Neste tópico eu gostaria de apontar brevemente para algumas perspectivas de investigação antropológica, a partir de minhas observações de campo. O impacto causado pelos Estudos Culturais (Scheer, 1995)³⁴ e pelas teorias feministas (Diniz, 2003, 2007; Ortega, 2009), *queer* (Sherry, 2004) e pós-modernas (Corker & Shakespeare, 2002) também se refletiu nos Estudos sobre Deficiência³⁵, especialmente em relação às discussões teóricas sobre os modelos da deficiência, e à deficiência como uma condição de vulnerabilidade para a

violência de gênero³⁶ (Williams, 2003; Mays, 2006). Trabalhos de feministas como Fine & Asch (1988), Finger (1992), Ferri & Gregg (1998) e Asch (2001), dentre outras, merecem destaque tanto por problematizarem, implícita ou explicitamente, a relação entre deficiência e gênero quanto por apontarem para uma total falta de preocupação dos movimentos feministas para a questão da deficiência; e dos movimentos da deficiência em relação à importância de outras categorias identitárias, em especial a de gênero, igualmente significativas para a formação da identidade das pessoas com deficiência. No caso brasileiro, grande parte das políticas públicas transversais para a promoção das igualdades mencionam apenas a raça, o gênero, a classe, a geração e a orientação sexual, sem se incluir a deficiência nos debates e cruzamentos com todas essas categorias que convivem com a experiência da opressão e da discriminação³⁷. Essa constatação corrobora com autores como Pereira (2006) quando enfatiza que

[...] Se outras perspectivas, como questões de gênero, de “raça”, de orientação sexual já se encontram mais presentes, a questão da “Deficiência” continua ainda muito nas margens das margens. Penso, no entanto, que problematizar e tornar mais presente a questão da “Deficiência” é fulcral para pensar uma sociedade mais emancipada e livre de formas de opressão, e, nesse sentido, é de extrema relevância trazer a discussão sobre a “Deficiência” para o âmago da teoria sociológica. (Pereira, 2006, p. 01)

Especialmente em relação ao enfoque de gênero e sexualidade, gostaria de tecer algumas considerações quanto à sua pertinência, observada durante o campo, que se deu primeiro na Aflodef. Cheguei lá e minutos após me apresentar na recepção e conversado com alguns associados sobre meu objetivo de pesquisa, aguardei na sala de espera a Paula, sentada numa das cadeiras e tentando “adivinhar” as conversas por leitura labial, sem sucesso. Só consegui captar os gestos de animosidade, entre sorrisos e gargalhadas. Nesse momento notei a presença de homens com deficiência física na sala. Não havia nenhuma mulher nessa mesma condição, com exceção da secretária que ficava na mesa de recepção. Pensei que fosse mero acaso que elas não estivessem ali. Depois, soube pela Paula que a Aflodef tem (até então) cerca de dois mil e oitocentos associados, mas apenas cerca de 42 pessoas frequentam assiduamente aquele espaço e “*geralmente só aquelas que praticam esporte [exatamente homens com deficiência física em sua maioria], que é aonde a gente consegue ter um convívio maior.*” (Paula). Quanto às mulheres, poucas praticam natação, atletismo e tênis de mesa. A maior parte de seus associados procuram a entidade para demandas de reabilitação e trabalho. No entanto, a pergunta que gerou parte da narrativa de Sílvia sobre Vinícius, mostrada anteriormente, quando comenta sobre a pessoa ter vergonha de sua deficiência, foi baseada nesse contexto de gênero. Recorrendo à literatura antropológica, deparo-me novamente com Berger (1999) quando afirma que

O envolvimento afetivo é um dos momentos da vida de um portador de deficiência em que não há como “camuflar” a deficiência. O que se espera e se busca num relacionamento afetivo é a aceitação total da pessoa, e isto significa inclusive aceitar a deficiência que a pessoa porta. Ambos precisam estar inteiros na relação e o que se descobre nesta hora de nudez e de entrega total é que o corpo em seu sentido mais físico é o suporte do indivíduo, constitutivo mesmo da identidade da pessoa. Aceitar o outro significa aceitá-lo sem ressalvas, considerando-se a deficiência da pessoa, mas também indo além dela. (Berger, 1999, p. 101).

Noutros termos, se é possível camuflar a deficiência em várias situações cotidianas, mesmo durante as práticas esportivas, o mesmo não se pode esperar das relações afetivo-sexuais?

Em agosto de 2008 tive a oportunidade de participar, durante três semanas e conjuntamente com outras 24 mulheres com deficiência de diferentes nacionalidades, do *4th International Women's Institute on Leadership and Disability*, em Eugene, EUA, onde tomei conhecimento de perspectivas globais da deficiência na atualidade, inclusive no campo do feminismo. No dia 26 desse mês tivemos uma programação, ou melhor, uma “reunião íntima”, o *Women's Interest Day*, em que entre dezenove e vinte horas da noite, todas as mulheres com deficiência de cada país poderiam, se quisessem, falar dos seus problemas mais íntimos relativos à deficiência. Um dos relatos *in loco* que “escutei”, presenciando em seguida

uma comoção geral, foi o de uma mulher com deficiência física em decorrência de poliomielite, filipina e usuária de cadeira de rodas. Em seu relato, ela nos narrou que no momento das relações sexuais pedia para seu até então marido apagar as luzes, pois não queria que ele olhasse nem tocasse nessa parte de seu corpo. Relatara-nos sentir vergonha de uma de suas pernas, mais larga que a outra. A auto-imagem do corpo deficiente parece representar o limite do tabu de si mesmo, em que a deficiência é camuflada mesmo durante os atos sexuais, o que nos remete “à idéia do corpo como uma espécie de máscara que impede tais indivíduos de revelarem o seu “eu verdadeiro”³⁸.” (Antonio, 2008, p. 78). O mesmo estudo antropológico de Antonio, sobre a cirurgia plástica, demonstrou a recorrência feminina quanto às queixas e “sentimentos de vergonha em relação ao próprio corpo e devido a isso, evitar expor o corpo nas relações sexuais, mesmo com o marido ou namorado de anos de relacionamento.” (*idem, ibidem*, p. 77). Esse ocorrido me fez pensar que o estatuto de *pessoa* das pessoas com deficiência será plenamente conquistado somente quando o tema da sexualidade for contemplado nas políticas públicas³⁹, uma vez que sua condição de *pessoa comum* será assim reconhecida. Os temas que já estão bem discutidos nos movimentos e políticas sociais da deficiência (Educação, Trabalho, Acessibilidade, etc) ainda pertencem à esfera pública. São os temas da esfera privada que irão garantir a conquista desse estatuto de pessoa. Neste sentido, as pessoas com

deficiência têm muito a aprender com os movimentos feministas e de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) em suas atuais demandas em matérias de direitos sexuais e reprodutivos, que se concentram em questões do campo privado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diniz (2007) refere-se, na introdução de seu livro *O Que É Deficiência?*, à inspiração literária dada pela cegueira do renomado escritor argentino Jorge Luis Borges para justificar que ser cego é um modo de vida. Concordo plenamente que a deficiência é um dos componentes da diversidade humana. A cegueira é um modo de vida, mas penso que devemos ir mais além ao considerarmos a diversidade numa mesma deficiência (Torres, Mazzoni & Mello, 2007). Em uma mesma sociedade há vários modos de ser cego, ser surdo ou mesmo ser tetraplégico. A experiência da deficiência não é a mesma nem foi tratada de forma negativa em todas as épocas e sociedades (Barnes, 1998). Assim, compartilho com a proposta de Maluf (2001) de que o conceito de *embodiment* de Csordas (1990), ao focar nas “experiências individuais e subjetivas dos sujeitos envolvidos” (Maluf, 2001, p. 97), pode trazer uma contribuição à análise antropológica do corpo e da corporeidade (neste caso, da deficiência), para além das discussões sobre os significados da deficiência em culturas distintas.

A deficiência faz parte do rol dos *entre-lugares* que “fornecem terreno para a elaboração de estratégias de

subjetivação – singular ou coletiva – de que decorrem novos signos de identidade e postos inovadores de colaboração e contestação” (Bhabha, 1998, p. 20). Sempre inesperada, a deficiência é a demonstração de que a subjetividade nunca é aquele lugar ideal, seguro e estável. Justamente por isso que as pessoas com deficiência são também sujeitos desejan⁴⁰. A pessoa com deficiência, tenha a deficiência que tenha, sempre é diferente da deficiência em si e essa diferença se joga em sua subjetividade.

A Antropologia tem muito a ganhar ao se dedicar ao tema da deficiência, uma vez que os dispositivos e as significações sociais tem grande potencial de fazer esse campo científico avançar em seus temas mais fundamentais. Ou seja, estudar a deficiência antropológicamente é tão importante para a Antropologia quanto para os Estudos sobre Deficiência. A contribuição da Antropologia aos Estudos sobre Deficiência está presente e tem um valor inestimável. Enfoques antropológicos baseados em conceitos como cultura, estigma, desvio e liminaridade foram apropriados pelos Estudos sobre Deficiência para explicar o fenômeno da deficiência e são várias as disciplinas da Antropologia que se sobrepõem aos Estudos sobre Deficiência, ainda que o uso do método etnográfico seja relativamente recente nestes (Kasnitz & Shuttleworth, 2001; Reid-Cunningham, 2009). Conforme sustenta Gardou (2006), a experiência do corpo deficiente já vinha revelando dimensões novas para a abordagem antropológica do corpo e da

corporalidade. A corporificação da experiência da deficiência, ao subverter o estigma do corpo deficiente, releva a condição de pessoa, ou seja, a deficiência “é também uma forma de se constituir como um determinado tipo de sujeito – nesse caso é o corpo, ou mais especificamente uma determinada corporalidade, que constrói uma determinada pessoa.” (Maluf, 2001, p. 96).

NOTAS

¹ Este trabalho faz parte de uma pesquisa mais abrangente, denominada *Gênero, Subjetividade e Saúde Mental: políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e 'saúde mental'* (Maluf, 2006), coordenada pela Prof^a Dr^a Sônia Weidner Maluf, envolvendo uma equipe maior de pesquisadores.

² Concebo *deficiência* como uma condição através da qual se experimenta situações extremas de perdas ou interrupções de determinadas atividades da vida cotidiana em decorrência de restrições físicas, sensoriais, cognitivas e sociais. Esta definição está de acordo com a letra e do preâmbulo da *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, quando afirma que “a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.” (BRASIL, 2008, p. 21). Do ponto de vista antropológico, deficiência englobaria os diferentes sentidos ou modos de defini-la, percebê-la, tratá-la, etc., o que nos remonta às categorias nativas em torno da experiência da deficiência.

³ Ressalto que embora se priorize as narrativas de pessoas com deficiência, destacarei algumas falas de duas profissionais atuantes na área da deficiência, que convivem com um dos sujeitos da pesquisa. Uma é do setor de recursos humanos (Paula) e outra é assistente social (Sílvia). A fim de preservar a identidade dos informantes, esclareço que todos os nomes são fictícios.

⁴ Trata-se de uma categoria nativa, que tem origem no Movimento de Vida Independente (MVI). Porém, aqui tomo vida independente no sentido de que os sujeitos são capazes de exercer todos os atos da vida civil.

⁵ Significa que a deficiência é de nascença.

⁶ O Movimento de Vida Independente (MVI) começou oficialmente em 1972, com a fundação do Centro de Vida Independente de Berkeley (CVI-Berkeley), o primeiro CVI dos Estados Unidos e do mundo. Há mais de 600 Centros de Vida Independente (CVIs) espalhados por diversos lugares do mundo. No Brasil, em 1988 foi fundado o Centro de Vida Independente do Rio de Janeiro (CVI-Rio), o primeiro do país e da América Latina. Atualmente há 20 CVIs espalhados por todos os cantos do país. Para os ativistas desse movimento, vida independente significa que as pessoas com deficiência têm o direito de fazerem suas próprias escolhas, sem as interferências institucionais e familiares. O conceito de vida independente parte do princípio de que apenas as pessoas com deficiência sabem o que é melhor para si mesmas. Entende-se que a pessoa com deficiência, dependendo do tipo e grau ou severidade da deficiência, pode não realizar, sozinha, determinadas atividades, dependendo, por isso mesmo, de terceiros. Mas a elas deve-se ser creditado o poder de tomar decisões sobre essas atividades,

respeitando suas opiniões e desejos. Uma pessoa com tetraplegia severa pode não ser, por exemplo, capaz de se vestir sozinha (por restrição de autonomia), mas ela tem independência para decidir e escolher que tipo de roupa quer vestir. A autonomia (controle sobre o próprio corpo e sobre o ambiente mais próximo) e a independência (faculdade de decidir por si mesma) são os dois lados da mesma moeda, fundamentalmente importantes na vida das pessoas com deficiência.

⁷ É importante diferenciar ONGs **de** pessoas com deficiência das ONGs **para** pessoas com deficiência. No primeiro caso, as ONGs são geridas pelas próprias pessoas com deficiência, por exemplo, os CVIs; no segundo, pelos profissionais da deficiência e/ou os pais e mães de pessoas com deficiência. Um exemplo de ONGs para pessoas com deficiência são as conhecidas Apaes (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

⁸ Por exemplo, encaminhamento para o mercado de trabalho, prática de esportes, aulas de informática e de locomoção e mobilidade para pessoas com deficiência visual, este último parte essencial do serviço de reabilitação oferecido pela ACIC. A ACIC inclusive oferece às pessoas de outros municípios do estado a possibilidade de morarem temporariamente em sua sede, visando à sua readaptação. Neste caso, a ACIC também funciona como uma espécie de “colégio-internato”.

⁹ Em termos de infra-estrutura de espaço e de atendimento ao público, a ACIC está melhor equipada do que a Aflodef: a primeira oferece serviços emergenciais mais completos justamente por contar com uma ampla equipe de profissionais da saúde, tais como psicólogos e oftalmologistas, contrariamente à Aflodef, que não

possui em seu quadro de funcionários profissionais psicólogos e fisioterapeutas, muito embora se reconheça essa necessidade. A Aflodef prioriza as práticas esportivas entre seus associados, mas também oferece serviços de atendimento sócio-emergencial, por exemplo, doações de materiais ortopédicos, muletas, cadeiras de rodas e próteses a quem não tem condições financeiras de adquiri-las.

¹⁰ Ambas ocupam cargos e/ou posições de destaque em conselhos de direitos das pessoas com deficiência e/ou em eventos que tenham alguma relação com a área da deficiência.

¹¹ Laura faz parte de um CVI, enquanto Rita já foi.

¹² Ver a crítica de Oliver (1986) à “teoria da tragédia pessoal”.

¹³ Em Dumont (1985) encontramos uma reflexão, a partir do paradigma maussiano de pessoa, sobre o indivíduo e o individualismo moderno, articulada com a concepção iluminista de sujeito universal. Para Mauss, a forma moderna da pessoa é o indivíduo.

¹⁴ Xavier, Mauricio. Esqueça o Olhar Piedoso. *Jornal Diário Catarinense*, Florianópolis, 21 set. 2004, p. 05.

¹⁵ Tradução de Orgulho Surdo.

¹⁶ Segundo Goldman (1999, p. 35), as “formas de subjetivação” estudadas por Foucault poderiam ser chamadas, a grosso modo, de “noção de pessoa”, em referência a Mauss (2003).

¹⁷ A eugenia é a seleção das pessoas que supostamente teriam as melhores características físicas e mentais e a eliminação das doentes e as consideradas fracas. Na Nova Genética ou Nova-genia denunciada por Black (2003) o discurso eugênico tem assumido outras configurações, através de práticas de discriminação genética,

em que a liberdade de ser e ter da pessoa é violada em nome do confisco e uso indevido de seu material genético. Por exemplo, nos EUA muitas pessoas, por terem predisposição genética a determinadas doenças, têm ou tiveram seu direito ao seguro de vida negado pelas seguradoras.

¹⁸ O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (Conade), com sede em Brasília, chegou a divulgar, em 15 de dezembro de 2005, uma moção de repúdio (Moção nº 05/2005) contra o parecer de Denise Frossard. Tal moção pode ser acessada no seguinte endereço eletrônico: http://www.mj.gov.br/conade/arquivos/docs/mocoes_2005_5.doc.

¹⁹ Moreira, Gabriela. Vereador apresenta projeto para beneficiar família saudável que tenha filho sadio. O Globo On Line. Rio de Janeiro, 01 abr. 2007. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/mat/2007/04/01/295175547.asp>>. Acesso em: 26 jul. 2009.

²⁰ Ver repercussão do artigo do governador no site do Jornal da Ciência, mantido pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC): <http://www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.jsp?id=31160>.

²¹ Após a violenta reação de diversos setores da sociedade brasileira, principalmente das pessoas com deficiência e suas organizações representativas, Denise Frossard apresentou um pedido público de desculpas, disponível em: <http://www.andrei.bastos.nom.br/artigos/17.htm>.

²² Ambos os modelos são conhecidos como “os modelos clássicos da deficiência”, levando em consideração, por exemplo, que Pfeiffer (2002) distingue dez modelos ou paradigmas da deficiência. Um é o modelo do déficit, que tem três variantes, o modelo médico, o

modelo da reabilitação e o modelo da educação especial, frente ao qual distingue outros nove. Em linhas gerais, no modelo médico o foco se centraliza na deficiência da pessoa, objetivando-se a cura ou medicalização do corpo deficiente. No modelo social, a deficiência é vista como o resultado das interações pessoais, ambientais e sociais da pessoa com seu entorno. Por isso, para o modelo social da deficiência as experiências de opressão vivenciadas pelas pessoas com deficiência não estão na lesão corporal, mas na estrutura social incapaz de responder à diversidade. Entretanto, é importante ressaltar que o que se questiona no modelo social é a idéia de que a deficiência é somente uma questão médica. Ou melhor, “em um ponto os modelos social e médico coincidem: ambos concordavam que a lesão era um tema da alçada dos cuidados médicos.” (Diniz, 2007, p. 23).

²³ Há uma grande produção antropológica sobre doença e perturbação, saúde mental, cultura psicanalítica e doença dos nervos, onde autores como Duarte (1986, 1994) e Langdon (2005) têm questionado sobre o caráter biologizante desses modelos.

²⁴ Refiro-me especialmente à Sociologia americana e britânica, e isso somente quando trata da deficiência como objeto de estudo, uma vez que em muitas partes do mundo “a questão da deficiência está ainda bastante ausente da teoria sociológica.” (Pereira, 2006, p. 02).

²⁵ Ou seja, para os teóricos dos estudos sobre deficiência.

²⁶ Sasaki em mensagem endereçada ao meu e-mail em abril de 2009 escreve: “A expressão “pessoa com diversidade funcional” [...] como substituto do termo “pessoa com deficiência” traz no seu bojo um eufemismo, na mesma linha de expressões que já foram

superadas, tais como “pessoa com capacidades especiais”, “pessoa com eficiências diferentes”, “pessoa com habilidades diferenciadas”, “pessoa especial”, “pessoa d-Eficiente”, “portador de necessidades especiais”, “portador de direitos especiais”, “pessoa mentalmente diferente” e [...] “pessoa verticalmente prejudicada”. Todas as propostas eufemísticas constituem uma tentativa de se empregar expressões que substituam as palavras tidas como grosseiras ou desagradáveis. Historicamente, a primeira proposta eufemística foi feita nos EUA na década de 80 com a expressão “pessoa fisicamente desafiada” (*physically challenged person*), que logo desapareceu quando, por coerência, deveriam surgir os termos “pessoa visualmente desafiada”, “pessoa auditivamente desafiada”, “pessoa mentalmente desafiada” (na época ainda não se utilizava o termo “deficiência intelectual”) e “pessoa multiplamente desafiada”, além do termo genérico “pessoas desafiadas” (para designar pessoas com qualquer um daqueles advérbios), que acabou ficando sem sentido...” [Fonte: Berkeley Center for Independent Living. *How do you say? Guidelines on appropriate ways to describe people with disabilities*. Berkeley/CA, EUA, 1989]. No Brasil, por exemplo, o termo “pessoa verticalmente prejudicada” já constava em 2005 na cartilha intitulada “Politicamente Correto”, com um enunciado um pouco diferente: “pessoa verticalmente comprometida”. Esse termo foi recomendado em substituição às palavras “anão” e “nanismo”. A cartilha foi organizada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), da Presidência da República. A distribuição dos 5.000 exemplares começou em 30/4/05, mas já nos primeiros dias a cartilha causou tanta polêmica que Nilmário Miranda, então ministro-chefe da SEDH, mandou abortar a

distribuição e recolher os exemplares que já tinham sido distribuídos [Fonte: *Folha de S.Paulo*, 1º/5/05, 6/5/05 e 15/5/05)].

²⁷ Sobre a noção de “saúde mental”, Maluf (2006) argumenta que “[...] não se trata de uma categoria da análise antropológica e dos seus limites como categoria descritiva ou que dê conta das diferentes representações, modelos físico-morais e experiências sociais em torno da questão (ver Duarte, 1994).”

²⁸ Ver também Olkin (1999).

²⁹ Recorro novamente a Vash (1988), para quem a deficiência é uma experiência de crescimento, de transcendência e tal abordagem remonta à noção de “acolhida da deficiência”, de Vash, em que tem-se a expectativa de que muitas pessoas com deficiência podem, com o passar do tempo, “acolher a deficiência” e, ao acolhê-la, “(...) as energias do processo de reabilitação podem ser dirigidas para treinar a pessoa da forma mais eficiente de lidar com os percalços do viver com uma deficiência. A energia pode ser liberada da função de compensar a deficiência, da tentativa de ser “normal”, do ódio pela deficiência ou da negação dela e ser encaminhada para aspectos mais alegres da vida, como, por exemplo, o experimentar, o aprender, o produzir, o amar e o conhecer, transcendendo, assim, os efeitos da deficiência.”

³⁰ Por exemplo, ver a coletânea de artigos organizados por Duarte & Leal (1998).

³¹ “Ajudas técnicas são qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico utilizado por uma pessoa com limitações oriundas de deficiência, fabricado especificamente ou disponível no mercado, criado para prevenir, compensar, mitigar ou neutralizar a deficiência, incapacidade ou *minusvalia* dessa

pessoa.” (Torres *et al.*, 2002). No âmbito da legislação federal, o tema das ajudas técnicas é ampliado, recebendo tratamento mais aprofundado pelo Decreto Federal nº 5296/04. Ademais, no Brasil o termo ajudas técnicas costuma aparecer como sinônimo de tecnologia assistiva, no sentido de recursos tecnológicos que promovam a funcionalidade de pessoas com deficiência.

³² Em Santos (2005) há uma diferença entre o ativismo político geral e o “ativismo”. Segundo esse autor, o “ativismo” é uma categoria nativa que denota a “a possibilidade de resignificação da vida” (*idem, ibidem*, p. 52).

³³ Refiro-me a *empowerment*, por vezes traduzido como empoderamento. Em minha opinião, o conceito de empoderamento é o cerne da filosofia de vida independente (Cf. Charlton, 1998).

³⁴ Em Mello (2006) pode-se perceber os desdobramentos causados pelo impacto dos Estudos Culturais no movimento do Orgulho Surdo, marcado pelo campo dos Estudos Surdos, cujo referencial teórico principal é Stuart Hall. No campo dos Estudos sobre Deficiência, podemos perceber essa influência no trabalho de Scheer (1995) já citado, a partir da proposta de uma “cultura da deficiência” (*Disability Culture*).

³⁵ Os Estudos sobre Deficiência são um sólido campo acadêmico interdisciplinar que pretende refletir, em suas mais variadas vertentes, sobre o fenômeno da deficiência a partir do uso de metodologias e ferramentas analíticas próprias das Ciências Sociais. Vários são os programas de graduação e/ou pós-graduação que já esboçam esta proposta em muitos países, mas

ainda não têm significativa presença nas Ciências Sociais brasileiras, permanecendo restrita a outras áreas do conhecimento, como a Psicologia, a Educação e a Medicina. A principal referência neste campo é o Centro de Estudos sobre Deficiência da Universidade de Leeds, na Inglaterra: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies>.

³⁶ A *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* faz menção ao gênero sete vezes e ainda inclui em seu texto um artigo específico sobre as mulheres com deficiência, em razão de sua dupla condição de vulnerabilidade por gênero e deficiência.

³⁷ Diniz, Squinca e Medeiros (2007, p. 04) afirmam que “O Estado brasileiro incorporou a transversalidade de gênero e raça em grande parte das políticas sociais, mas é ainda rara à referência à deficiência.”

³⁸ A meu ver, a expressão “eu verdadeiro” tem uma conotação essencialista, o que não diminui o interesse pela discussão do autor sobre o corpo como máscara.

³⁹ Finger (1992, p. 09) fez o mesmo questionamento: “muitas vezes a sexualidade é a causa de nossa opressão mais grave; também muitas vezes é a causa de nossa mais profunda dor. Resulta-nos mais fácil falar – e formular estratégias para a mudança – sobre a discriminação no trabalho, na educação, na moradia, que falar sobre nossa exclusão da sexualidade e da reprodução.”

⁴⁰ Ou *sujeitos de desejo* (Foucault, 1984).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Paulo C., RABELO, Miriam C. Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. *In*: ALVES, Paulo C., RABELO, Miriam C. (Orgs.). *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.
- AMARAL, Lígia A. *Conhecendo a Deficiência (em Companhia de Hércules)*. São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- ANTONIO, Andrea T. *Corpo e Estética: um estudo antropológico da cirurgia plástica*. Campinas, 2008. 153 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade de Campinas, Campinas.
- ASCH, Adrienne. Critical Race Theory, Feminism, and Disability: reflections on social justice and personal identity. *In*: SMITH, Bonnie G., HUTCHISON, Beth. (Org.). *Gendering Disability*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2001.
- BARLACH, Lisete. *O Que É Resiliência Humana? – uma contribuição para a construção do conceito*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BARNES, Colin. Las Teorías de la Discapacidad y los Orígenes de la Opressão de las Personas con Discapacidad en la Sociedad Occidental. *In*: BARTON, L. (Comp.). *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: Ediciones Morata; La Coruña: Fundación Paideia, 1998.
- BHABHA, Homi K. *O Local da Cultura*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- BERGER, Mirela. *A Projeção da Deficiência*. São Paulo, 1999. 202 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade de São Paulo, São Paulo.

- BIANCHETTI, Lucídio. Os Trabalhos e os Dias dos Deuses e dos Homens: a mitologia como fonte para refletir sobre normalidade e deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v, 7, n° 1, 2001, p. 61-75.
- BLACK, Edwin. *A Guerra Contra os Fracos: a eugenia e a campanha norte-americana para criar uma raça superior*. São Paulo: A Girafa, 2003.
- BOOTH, Tim. El Sonido de las Voces Acalladas: cuestiones acerca del uso de los métodos narrativos con personas con dificultades de aprendizaje. In: BARTON, Len. (Comp.). *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: Ediciones Morata; La Coruña: Fundación Paideia, 1998.
- BRASIL. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Tradução Oficial / Brasil. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH); Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), 2008.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp, 2006.
- CAROSO, Carlos, RODRIGUES, Núbia, ALMEIDA-FILHO, Naomar. “Nem tudo tem explicação”: explorações sobre causas de doenças e seus significados. In: LEIBING, Annette (Org.). *Tecnologias do Corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.
- CARVALHO, Yara M. Corpo e História: o corpo para os gregos, pelos gregos, na Grécia Antiga. In: SOARES, Carmen L. (Org.) *Corpo e História*. Campinas: Autores Associados, 2001.
- CHARLTON, James I. *Nothing About Us Without Us: disability oppression and empowerment*. Berkeley: University of California Press, 1998.

- CLIFFORD, James. Sobre a Autoridade Etnográfica. *In*: GONÇALVES, J. R. S. (Org.). *A Experiência Etnográfica: Antropologia e Literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.
- CORKER, Mairian; SHAKESPEARE, Tom (Eds.). *Disability/Postmodernity: embodying disability theory*. London: Continuum, 2002.
- DINIZ, Debora. *O Que É Deficiência?* São Paulo: Brasiliense, 2007.
- _____. Modelo Social da Deficiência: a crítica feminista. *SérieAnis* 28, Brasília: LetrasLivres, p. 1-8, julho, 2003.
- DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva. *SérieAnis* 48, p. 1-6, maio, 2007.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976.
- DUARTE, Luiz Fernando D.; LEAL, Ondina F. (Orgs.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- DUARTE, Luiz Fernando D. Indivíduo e Pessoa na Experiência da Saúde e da Doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):173-183, 2003.
- _____. A Outra Saúde: mental, psicossocial, físico-moral? *In*: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- _____. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas Brasileiras*. Rio de Janeiro: JZE/CNPq, 1986.
- DUMONT, Louis. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

- FERRI, Beth A., GREGG, Noel. Women with Disabilities: missing voices. *Women's Studies International Forum*, v. 21, n. 4, 1998, p. 429-439.
- FINE, Michelle, ASCH, Adrienne. *Women with Disabilities: essays in Psychology, Culture and Politics*. Temple University Press: Philadelphia, 1988.
- FINGER, Anne. Forbidden Fruit. *New Internationalist*, 233, 1992, p. 8-10.
- FOUCAULT, Michel. A Ética do Cuidado de Si como Prática de Liberdade. In: _____. *Ética, Sexualidade, Política - Ditos e Escritos*, vol. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.
- _____. *Os Anormais: curso no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 2001a.
- _____. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001b.
- _____. Sobre a Genealogia da Ética: uma revisão do trabalho. In: RABINOW, D. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- _____. *História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- GARDOU, Charles. Quais São os Contributos da Antropologia para a Compreensão das Situações de Deficiência? *Rev. Lusófona de Educação*, n.8, 2006, p. 53-61.
- GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GOLDMAN, Marcio. Uma Categoria do Pensamento Antropológico: a noção de pessoa. In: *Alguma Antropologia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia da Política, 1999.

- KASNITZ, Devva.; SHUTTLEWORTH, Russell P. Anthropology in Disability Studies. *Disability Studies Quarterly*, 21(3), 2-17, 2001.
- LANGDON, Esther J. A Construção Sócio-Cultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. *In*: BARUZZI, Roberto G., JUNQUEIRA, Carmen (Orgs.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem/Unifesp, 2005, p. 115-134.
- _____. A Doença como Experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, vol. V(2), 2001, pp. 241-260.
- LE BRETON, David. *A Sociologia do Corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- MAGNANI, José Guilherme C. *Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MALUF, Sônia W. *Gênero, Subjetividade e "Saúde Mental": políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e "saúde mental"*. *In*: Projeto de pesquisa Edital CNPq Universal, 2006.
- _____. Corpo e Corporalidade nas Culturas Contemporâneas: abordagens antropológicas. *In*: Dossiê Corpo e História. *Revista Esboços*, v. 9, n. 9, 2001, p. 87-101.
- _____. Antropologia, Narrativas e a Busca de Sentido. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 5, n° 12, p. 69-82, dez. 1999.
- MARTINS, Bruno D. G. S. Políticas Sociais na Deficiência: a manutenção da exclusão. *In*: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. *Anais...* Coimbra, 2004.
- _____. A Angústia da Transgressão Corporal: a deficiência assim pensada. *In*: Congresso da Associação Europeia de Sociologia. *Anais...* Torum, 2005.

MAUSS, Marcel. Uma Categoria do Espírito Humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MAYS, Jennifer M. Feminist Disability Theory: domestic violence against women with a disability. *Disability & Society*. v. 21, n. 2, march 2006, p. 147-158.

MELLO, Anahi G. O Modelo Social da Surdez: um caminho para a surdolândia? *Mosaico Social – Revista do Curso de Graduação em Ciências Sociais da UFSC*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2006, p. 55-75.

MENDES, Cláudio L. O Corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: EDUFSC, nº 39, abr. 2006, p. 167-181.

OLKIN, Rhoda. *What Psychotherapists Should Know About Disability*. New York: The Guilford Press, 1999.

OLIVER, Mike. Social Policy and Disability: some theoretical issues. *Disability, Handicap & Society*, v.1, n.1, 1986, p. 5-17.

ORTEGA, Francisco. Deficiência, Autismo e Neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 67-77, 2009.

_____. Biopolíticas da Saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Revista Interfaces, Comunicação, Educação e Saúde*, v. 8, nº 14, p. 9-20, set 2003-fev2004.

PEREIRA, Ana. B. O Corpo(-)Sentido: reflexões sobre “deficiência” e doença crônica. In: *O Cabo dos Trabalhos - Revista Electrónica do Programa de Doutorado Pós-Colonialismos e Cidadania Global*, nº 2, 2006. Disponível em: <<http://cabodotrabalhos.ces.uc.pt/n2/ensaios.php>>. Acesso em: 26 jul. 2009.

- PFEIFFER, David. The Philosophical Foundations of Disability Studies. *In: Disability Studies Quarterly*, 2002, v. 22, n.º.2, p. 3-23.
- PINHEIRO, Débora P. N. A Resiliência em Discussão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.9, n.1, 2004, p. 67-75.
- REID-CUNNINGHAM, Allison R. Anthropological Theories of Disability. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19:1, 99-111, 2009.
- RODRIGUES, Núbia, CAROSO, Carlos A. Idéia de ‘Sofrimento’ e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. *In: DUARTE, Luiz F. D., LEAL, Ondina F. (Orgs.). Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
- SANTOS, Tiago M. *Políticas e Subjetividades: itinerários do ativismo soropositivo*. Florianópolis, 2005. 125 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- SASSAKI, Romeu K. Terminologia sobre Deficiência na Era da Inclusão. *In: Mídia e Deficiência*. Brasília: Andi; Fundação Banco do Brasil – Série Diversidade, 2003, p. 160-165.
- SCHEER, Jessica. Culture and Disability: an anthropological point of view. *In: TRICKETT, Edison. J., WATTS, Roderick J., BERMAN, Dina. (Orgs.). Human Diversity: perspectives on people in context*. San Francisco: Jossey-Bass, 1995, p. 244-260.
- SCHNEIDER, Dorith. “Alunos Excepcionais”: um estudo de caso de desvio. *In: VELHO, Gilberto. (Org.). Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1999.
- SHERRY, Mark. Overlaps and Contradictions between Queer

- Theory and Disability Studies. *Disability & Society*, v.19, n.7, december 2004. p. 669-783.
- SILVA, Otto. M. *A Epopéia Ignorada: a pessoa deficiente na História do Mundo de Ontem e Hoje*. São Paulo: CEDAS, 1986.
- SONTAG, Susan. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- TORRES, Elisabeth F.; MAZZONI, Alberto A.; ALVES, João B. M. A Acessibilidade à Informação no Espaço Digital. *Ciência da Informação*, 31: 83-91, 2002.
- TORRES, Elisabeth F.; MAZZONI, Alberto A.; MELLO, Anahi G. Nem Toda Pessoa Cega Lê em Braille nem Toda Pessoa Surda se Comunica em Língua de Sinais. *Educação e Pesquisa*, v. 33, n. 2, maio/ago. 2007, p. 369-386.
- VASCONCELOS, Eduardo M. *O Poder que Brota da Dor e da Opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.
- VASH, Carolyn L. *Enfrentando a Deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação*. São Paulo: Pioneira; Editora da Universidade de São Paulo, 1988.
- WENDELL, Susan. *The Rejected Body: feminist philosophical reflections on disability*. New York: Routledge, 1996.
- WILLIAMS, Lúcia C. A. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de reflexão na área. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v.9, n.2, 2003. p.141-154.



**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E MODELOS DE SOFRIMENTO
ENTRE VOLUNTÁRIAS DA PASTORAL DA SAÚDE DO BAIRRO
SACO GRANDE II – FLORIANÓPOLIS/SC**

Milena Argenta

Este artigo aborda os itinerários terapêuticos e os modelos de sofrimento revelados nas narrativas de voluntárias da Pastoral da Saúde diagnosticadas com depressão. No bairro Saco Grande II, localizado no município de Florianópolis/SC, a Pastoral da Saúde criou a associação Vida Verde, que mantém um horto medicinal, uma oficina de fitoterapia e uma farmácia de produtos fitoterápicos. O Saco Grande II fica entre o centro da cidade e as praias do norte da ilha, frequentadas por turistas de diversas regiões do Brasil e do exterior. Além da população de origem local, este bairro tem recebido nos últimos anos o afluxo de populações migrantes vindas tanto do interior do estado de Santa Catarina quanto de bairros submetidos a processos de ‘reurbanização’ por parte do poder público.

A Pastoral da Saúde se insere em um grupo de entidades ligadas à igreja católica que desenvolvem diversas modalidades de “ação social”¹ chamadas “Pastorais Sociais”. Estas entidades são organizadas e coordenadas pela igreja em seus diversos

níveis: mundial, continental, nacional, regional, estadual e municipal.

Além de produzirem e venderem produtos fitoterápicos, como tinturas, cremes, sabonetes, xaropes, xampus, etc., as voluntárias da Associação Vida Verde recebem pessoas que sofrem de perturbações diversas e prezam pelo que denominam um “atendimento mais humanizado” em relação à prática biomédica, o que na concepção delas significa dar atenção ao “doente” e, acima de tudo, ouvir suas queixas, ainda que não estejam diretamente relacionadas à doença em questão.

O “ouvir” dedicado e paciente encontrado na Pastoral estende-se também às próprias voluntárias, que estabelecem entre si uma rede de solidariedade e apoio mútuo. Neste sentido, o trabalho na pastoral é concebido pelas voluntárias como uma atividade de cunho terapêutico que contribui no tratamento de “doenças” de ordem emocional, psíquica ou moral². Muitas das voluntárias que atuam na associação Vida Verde inseriram-se no grupo após terem sido diagnosticadas com depressão dentro do sistema médico e receberem recomendações médicas para se envolverem com alguma atividade ocupacional.

Os dados analisados neste trabalho integram as narrativas de quatro mulheres que trabalhavam como voluntárias da Pastoral da Saúde do bairro Saco Grande II de Fevereiro a abril de 2008³. Dentre as quatro entrevistadas, três apresentam idades entre 50 e 65 anos e uma delas é mais jovem, com 30

anos. Esta é solteira, mora com a mãe, duas irmãs e um sobrinho. Trabalhava como ajudante de cozinha, mas parou de trabalhar devido à doença. As demais são trabalhadoras do lar e uma delas também interrompeu seu trabalho como empregada doméstica após a doença. Apenas uma das entrevistadas é casada e as duas outras são divorciadas. Uma, entre as quatro, terminou o ensino médio enquanto as outras possuem ensino fundamental incompleto. Todas as entrevistadas frequentam a igreja católica e duas, entre elas, frequentam também o espiritismo e a umbanda.

Cada uma das mulheres que participaram da pesquisa apresentou uma trajetória terapêutica particular vinculada às suas próprias histórias de vida, o que procurei considerar e valorizar em minhas reflexões. Entretanto, este trabalho se concentra nas recorrências presentes na fala das quatro voluntárias em questão e procura analisar a dimensão social e compartilhada do sofrimento.

A análise que pretendo desenvolver neste trabalho baseia-se em algumas abordagens recentes de antropólogos brasileiros em relação à saúde e à chamada “saúde mental”, as quais tentarei expor brevemente para em seguida partir para a análise.

Pesquisas antropológicas recentes no campo da saúde têm valorizado a abordagem de processos narrativos pelos quais os indivíduos reconstituem experiências de aflição e têm chamado a atenção para o fato de que a doença não pode ser tratada como uma associação mecânica entre signos e sintomas.

No contexto desta pesquisa, as narrativas assumem uma importância primordial, pois foi através delas que foi possível se ter acesso à forma como as voluntárias conseguiram organizar os eventos vividos e dar sentido à própria experiência,

De acordo com Rabelo e Alves (1999, p. 201), as narrativas refletem uma experiência individual, mas ao mesmo tempo revelam as imagens e metáforas de um campo intersubjetivo através do qual os indivíduos dão forma e comunicam suas experiências singulares. Ao narrar um problema caracterizando-o como doença, os indivíduos não estão apenas apontando fatos consumados, eles estão tecendo em torno de si os fios de uma realidade em que buscam habilmente envolver os outros. (Rabelo, 1999, p. 85).

Os relatos das minhas entrevistadas revelaram um entrelaçamento entre a experiência do sofrimento e uma interpretação acerca de suas causas. Ao relatarem o modo como reconheceram suas sensações de “mal-estar” como possíveis sinais de que “algo não vai bem”, elas sempre faziam referência a acontecimentos do passado ou a atributos reconhecidos por elas como característicos de sua personalidade (a separação do marido, em um caso e uma personalidade introspectiva, em outro, por exemplo).

Definir e explicar uma doença, de acordo com Souza (1998) envolve interpretação e distanciamento, o que significa que os sujeitos, ao voltarem-se para a própria experiência com o intuito de explicar o sofrimento, afastam-se de seu fluxo de

vivências, e estas, quando em retrospectiva, aparecem dotadas de sentido. Desse modo, o problema diante do qual o sujeito se encontra passa a definir o que é relevante ou não, o que merece ser revisto com maior clareza e o que pode permanecer inquestionado em sua trajetória de vida. Portanto, o “olhar” que se volta para o passado é feito à luz de um projeto (a cura) e, desse modo, comandado por uma visão de futuro (Souza, 1998, p. 151).

As narrativas acerca de uma doença revelam o itinerário percorrido pelos sujeitos na tentativa de atribuir sentido à experiência e aliviar o sofrimento⁴. O itinerário terapêutico consiste em um conjunto de processos de busca de tratamento que se inicia com a constatação de uma enfermidade e passa por diversas etapas nas quais podem se atualizar diferentes interpretações para o sofrimento e possibilidades de cura (Buchillet, 1991). Contudo, este itinerário não é necessariamente produto de um plano organizado e pré-determinado. Alves e Souza (1999) apontam que os processos de busca de tratamento e cura só constituem uma unidade quando o sujeito olha para suas próprias experiências passadas na tentativa de interpretá-las com o seu conhecimento presente, a partir das circunstâncias atuais.

Ao abordar os itinerários terapêuticos das voluntárias da Pastoral da Saúde diagnosticadas com depressão procuro apresentá-las como sujeitos que compartilham com outros sujeitos envolvidos no processo de interpretação da doença

uma gama de crenças e receitas práticas para lidar com o sofrimento e aliviá-lo. Os itinerários retratam a singularidade absoluta do percurso de cada um, o modo como os sujeitos interpretam e atribuem significado às suas escolhas, mas ao mesmo tempo em que são únicos, não falam de um indivíduo apenas, mostram as dimensões sociais da experiência (Maluf, 2003).

TRAJETÓRIAS SINGULARES — UMA PESSOA COLETIVA

As narrativas das entrevistadas sobre o sofrimento e a busca de cura ilustram muito bem o caráter amplo e processual da doença, em constante interpretação para os sujeitos que a vivenciam. Com a intervenção de outros sujeitos (parentes, amigos, médicos e outros terapeutas), de transformações ocorridas no cotidiano com o passar do tempo, com a adoção e o abandono de determinados tratamentos, a ocorrência de novas “crises” ou a percepção de melhoras, a doença ganha novos significados e o “doente” reconstitui sua trajetória e a própria experiência de sofrimento, atribuindo-lhes novos sentidos.

Nesta lógica, o modo como cada uma das entrevistadas reconstitui sua experiência de sofrimento e trajetória terapêutica é fortemente influenciado pelas condições atuais em que se encontram. Assim, o “olhar” de uma pessoa que afirma ter se curado para o próprio “sofrimento” é diferente do de outra que já seguiu diversos tratamentos e não conseguiu se curar. No primeiro caso a ênfase está na cura, no fato de ter

se livrado das “coisas ruins” que causavam a doença e retomado suas atividades cotidianas. O tratamento, o médico e o remédio, nesse caso, são vistos como positivos, já que seu percurso é revisto a partir do fato de ter atingido seu objetivo principal: a cura. No segundo, a entrevistada enfatiza o sofrimento, as sensações que ela não consegue aliviar e sua frustração por mobilizar tantos recursos terapêuticos e não atingir os resultados esperados. Sua trajetória é reconstituída a partir de um olhar orientado por essa sensação de angústia e frustração por não conseguir se curar.

Entretanto, é possível identificar diversos elementos comuns nas narrativas. Na experiência das quatro entrevistadas, o sofrimento se inicia com uma “crise”. Em alguns casos, essa “crise” consiste em um evento dramático na trajetória de vida dessas mulheres (separação, adoecimento e morte da mãe, por exemplo), entendido por elas como causador do sofrimento. Em outros, a “crise” é vivenciada no próprio corpo (“surto psicótico”, “infarto” são algumas das vivências citadas) e serve como principal indicador de uma situação de enfermidade. Em ambas as situações, a identificação de uma “crise” aparece como um “marcador narrativo de ruptura”, nos termos de Maluf (1999), ela é provocada por uma ou mais situações de aflição e, ao mesmo tempo, reveladora dessa aflição.

A doença aparece nos relatos enquanto uma disrupção na biografia, que divide suas vidas em “antes” e “depois”. Antes elas se dedicavam a diversas atividades que foram interrompidas

ou passaram a ser realizadas com menor “vontade” depois da doença. Dentre elas destacam-se as atividades domésticas como cozinhar, lavar, passar e organizar a casa, além de “sair de casa” para visitar parentes e amigos, fazer compras, freqüentar salões de beleza, etc.

Os principais “sintomas” identificados como característicos do sofrimento são tristeza, vontade de se isolar, indisposição para desempenhar as atividades cotidianas, ausência de “vontade de viver”, “sensação de morte”, “sensação de estar presa”, sono, falta de apetite, variações de humor, vontade de acabar com a própria vida, etc., além de sensações físicas como dor de cabeça, dor nas costas, falta de ar, dor no peito, agitação e nervosismo.

Uma característica marcante na experiência de sofrimento das entrevistadas é a identificação do espaço doméstico, a “casa”, com o sofrimento. Os discursos de duas das entrevistadas revelaram o “cansaço” de uma vida dedicada ao trabalho doméstico em conjunto com as preocupações com a família e os problemas de relacionamento com o marido. No caso de uma delas, o “cansaço” é acentuado com o trabalho como diarista, pois além da própria casa, ela ressalta que passou a vida toda cuidando da “casa dos outros”. Neste aspecto, a experiência de sofrimento das entrevistadas aparece como um “idioma”, nos termos de Silveira (2000:88), que permite que se destaquem da vida social alguns papéis que dele se utilizam com freqüência, sobretudo aos ligados ao que é esperado

tradicionalmente como atribuição “feminina”. Esse “idioma”, de acordo com a autora, tem usos e finalidades e pode demonstrar opressão na ou da vida diária, questões ligadas à sexualidade, dificuldades de relacionamento social, etc.

Outra entrevistada, mais jovem e solteira, tem outra relação com o ambiente doméstico, que aparece em sua fala como um lugar de introspecção e solidão. A “depressão”, que se manifesta para ela como a perda da “vontade de viver”, leva à reclusão em casa (vontade de ficar só, deitada na cama, sozinha em um canto escuro, sem ver ninguém, etc.). Neste sentido, a “casa” aparece não somente como “o lugar” onde essas mulheres sofrem, mas onde “não há vida”. A “vida”, enquanto vontade, disposição para fazer as coisas, está fora de casa, em atividades desvinculadas do ambiente doméstico e que ocupem a mente, enquanto em casa a cabeça se preenche com “besteiras” ou “coisas ruins” (como idéias suicidas, por exemplo). Por isso, esforçar-se para melhorar significa sair de casa e tentar “viver”.

Outra recorrência no discurso das entrevistadas é a valorização do diagnóstico e do tratamento médico. Quando falam do sofrimento, elas falam de uma doença específica e muito séria: a depressão. Do mesmo modo, o tratamento que vai curar essa doença é o tratamento médico, com medicamentos. Os fitoterápicos da Pastoral da Saúde, assim como as atividades ocupacionais com as quais elas procuram se envolver, são considerados “muito bons” ou “eficientes”,

como se ajudassem a diminuir o sofrimento de uma maneira mais ampla. Mas quando falam em tratamento para a doença depressão, elas se referem ao tratamento médico com medicamentos.

Porém, a adesão a determinado tratamento não exclui os outros. Ao contrário, as voluntárias fazem uso de uma grande quantidade de recursos terapêuticos simultaneamente e acreditam que todos contribuem em alguma medida para sua recuperação, mas percebem os diferentes tratamentos como atuantes em diferentes dimensões do sofrimento.

A ênfase no diagnóstico médico e no tratamento com medicamentos retrata a inarredável legitimidade do discurso médico-científico sobre o processo de adoecimento, tratamento e cura entre elas. Diagnosticado como depressão, o sofrimento passa a ter um nome científico, reconhecido nas sociedades urbanas moderno-contemporâneas como uma doença séria. Nesta lógica, o diagnóstico confere validade e legitimidade ao sofrimento dessas mulheres e a medicalização constitui uma forma de objetivá-lo.

Contudo, a relação estabelecida com os médicos não é de passividade e isenta de conflitos. Em geral elas aceitam o diagnóstico, mas tentam negociar o tratamento, avaliando-o segundo suas percepções de crises ou melhoras e conciliando-o com outros tratamentos que também consideram importantes. Uma das entrevistadas relatou uma relação extremamente conflituosa com o médico, a ponto de lhe causar

um “trauma” relacionado ao tratamento com medicamentos. Esse conflito se manifesta por ser a relação médico-paciente essencialmente uma relação de poder, na qual o poder do médico se garante e se justifica nos privilégios do conhecimento. Como afirma Foucault (1979:123), “o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico que é do mesmo tipo que o do químico ou do biólogo; eis o que permite a sua intervenção e a sua decisão”.

As quatro voluntárias conferem grande importância ao que chamam de “lado espiritual” no processo de tratamento e cura. Entretanto, a influência da espiritualidade é percebida por elas de duas maneiras distintas. Algumas acreditam que o sofrimento pode ter causas espirituais, ou seja, pode estar relacionado a uma experiência do sobrenatural, como mediunidade não desenvolvida, castigo ou “coisa ruim” enviada por outra pessoa. Neste sentido, um tratamento espiritual significa uma mediação com esse sobrenatural que estaria causando a doença. De outro modo, as demais não concebem uma intervenção direta de algo sobrenatural como causa de seu sofrimento. Este é entendido apenas como decorrente de um “desequilíbrio emocional” ou “psíquico” e, desse modo, trabalhar a dimensão espiritual através de rezas, retiros espirituais ou simplesmente freqüentando a missa seria uma forma de se reequilibrar – “lavar a alma”, libertar-se de qualquer “mágoa”, “rancor” ou “raiva” que possa estar causando esse “desequilíbrio”.

O trabalho como voluntária da Pastoral da Saúde é evidenciado pelas entrevistadas como uma atividade que contribui em grande parte para sua recuperação por dois motivos principais. O primeiro está relacionado ao caráter ocupacional dessa atividade, já que o trabalho voluntário lhes permite “sair de casa” e “ocupar a mente” com “coisas boas”. O segundo refere-se à rede de amizade e solidariedade que as voluntárias estabelecem entre si. Na Pastoral, elas encontram outras mulheres que, se não estão passando ou já passaram pelo mesmo sofrimento, compreendem-no e estão dispostas a ouvir suas queixas.

Com exceção de uma delas, cujo percurso é percebido como tendo atingido seu fim último, a cura, as narrativas das voluntárias revelam uma trajetória ainda incompleta em busca de cura, que se desenrola de maneira não linear e em constante ressignificação, propiciada por novos acontecimentos e pela aquisição de novos conhecimentos na interação com outros sujeitos envolvidos nesse processo.

MODELOS DE PESSOA E MODELOS DE SOFRIMENTO NA EXPERIÊNCIA DAS VOLUNTÁRIAS

Pesquisas recentes sobre “saúde mental” têm apontado uma dicotomia entre dois modelos distintos de conceber “pessoa” e subjetividade entre classes médias e classes populares no Brasil, um modelo relacional de “pessoa” e o modelo do “indivíduo” ocidental moderno. Essa diferença cultural influenciaria o modo como saúde e doença são concebidas e experimentadas por sujeitos diferentes entre as classes

populares e os segmentos dominantes, eruditos e oficiais das sociedades nacionais modernas.

Para Duarte (1986), os indivíduos das classes populares concebem a pessoa de forma holista, inserida em relações sociais mais amplas e indissociáveis de sua concepção do “Eu”. Esta visão contrasta, segundo o autor, com a concepção individualista da pessoa moderna predominante nas classes médias, na qual o indivíduo é concebido como um ente psicológico autônomo, constituindo-se enquanto categoria com valor e sentido moral. Entre as classes médias predominaria um modelo individualista/racionalista com ênfase na dimensão psicológica dos indivíduos, centrado na racionalização médica e medicalização da subjetividade, no qual o termo mais apropriado para tratar do sofrimento seria “distúrbio psicológico” ou “psíquico”. Entre as classes populares o autor aponta a predominância do “modelo dos nervos”, no qual o discurso e a experiência da doença freqüentemente questionam a dicotomia corpo-mente presente na biomedicina, relacionando em um único episódio de doença elementos de ordem biológica, social, espiritual e moral.

Observando as teorias sobre “pessoa” desde a Antiguidade Clássica, Duarte (1994) demonstra que os saberes antigos dos *nervos* contribuíram para as especulações sobre a constituição humana, como as teorias sobre a relação entre o coração e o cérebro, mas mantiveram-se subordinados às teorias da alma e à configuração dos “humores e temperamentos” até

o século XVIII. Com as transformações sociais e culturais que culminam na chamada “cultura ocidental moderna”, os *nervos* são reapropriados em um “sistema mecanicista integrado” (o “sistema nervoso”), servindo de suporte para o surgimento do novo sujeito moderno, autônomo e universalmente idêntico. Em finais do século XIX, surge uma nova configuração da pessoa em decorrência da força das idéias individualizantes, a concepção dos saberes “psicologizados”. Isso se dá, de acordo com o autor, a partir da influência da psicanálise e em oposição ao saber considerado antiquado dos *nervos*. No entanto, Duarte (1994:87) argumenta que as classes populares em geral, no ocidente, “continuaram a dispor de um modelo de pessoa condizente ou solidário com suas próprias resistências à individualização (no sentido de conversão à ideologia culta do individualismo).”

Para abordar as experiências de sofrimento neste grupo social o autor propõe, então, o uso do termo “perturbação físico-moral”, que evoca “as condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua autorepresentação” (Duarte, 2003, p 177). As perturbações físico-morais, de acordo com o autor, compreendem um núcleo de sintomas “físicos” mais ou menos constantes, como dores de cabeça, tremura, aflição ou insônia, mas paralelamente observa-se uma rica expressão de sintomas

morais como tristeza, preocupação, aborrecimento ou fúria, que acionam as “metáforas mecânicas e orgânicas” associadas ao “nervoso”. A lógica do “nervoso” admite que um evento físico possa acarretar reações morais ou uma experiência moral ter implicações físicas, sem que, no entanto, se deixe de distinguir entre os dois planos (Duarte, 1986).

Ao longo deste trabalho procurei analisar as experiências de sofrimento e os itinerários terapêuticos de voluntárias da Pastoral da Saúde do bairro Saco Grande II que foram diagnosticadas, pelos médicos, como tendo depressão. As narrativas de sofrimento e busca de tratamento e cura revelaram alguns aspectos compartilhados na experiência das voluntárias: a identificação de uma “crise” como desencadeadora/ e ao mesmo tempo reveladora do sofrimento; valorização do diagnóstico e do tratamento médicos; identificação do espaço doméstico, a “casa”, com o sofrimento; influência da dimensão espiritual no processo de tratamento e cura e uma grande importância concedida ao trabalho voluntário na Pastoral da Saúde enquanto uma atividade com sentido terapêutico que contribui em grande parte na recuperação.

Os relatos das voluntárias apontam diversas questões que nos ajudam a refletir sobre suas percepções e experiências de sofrimento relacionadas às concepções de “pessoa” e subjetividade presentes no grupo pesquisado, que, a meu ver, poderiam ser agrupadas em três “modelos de sofrimento”.

A ênfase e a valorização do diagnóstico e tratamento médicos evidenciada nas narrativas das voluntárias diagnosticadas com depressão sugerem a predominância de um “modelo biomédico”, centrado na racionalização médica da experiência subjetiva e do sofrimento e na medicalização. O discurso das outras voluntárias da Pastoral também aparece vinculado a um “modelo biomédico” na medida em que valoriza a racionalidade científica e revela concepções sobre o corpo, saúde e doença baseadas no dualismo corpo-mente característico da medicina ocidental moderna.

Por outro lado, revelou-se também no discurso de todas as voluntárias entrevistadas um “modelo espiritual”, que valoriza a influência da religiosidade e da dimensão espiritual na experiência do sofrimento e busca de cura. É claro que essa influência aparece com algumas particularidades na experiência de cada uma das entrevistadas, mas é concebida por todas como um fator de fundamental importância no processo de adoecimento, tratamento e cura.

É possível falar ainda em um “modelo social-relacional”, que se expressa na importância atribuída ao papel da rede social na qual se inserem enquanto um recurso terapêutico. Nos relatos das quatro voluntárias diagnosticadas com depressão, a doença aparece como resultante e ao mesmo tempo um indicador de situações problemáticas em seu grupo social mais próximo e o tratamento deve, em grande parte, proporcionar o (re)estabelecimento de vínculos sociais e redes de amizade e

solidariedade a partir do envolvimento com atividades que as tiram de “dentro de casa”, do isolamento, e aproximam-nas de outras pessoas.

O “modelo dos nervos” proposto por Duarte pode ser percebido em diversos momentos na fala das voluntárias, seja nas interpretações e explicações para o processo de adoecimento, na percepção e avaliação dos tratamentos e da cura ou na própria experiência de um sofrimento que envolve e afeta não somente a experiência sensível como também a vida moral e as relações estabelecidas com os outros. Quando descrevem suas sensações, “sintomas” físicos como aflição, dor no peito, sono, agitação, dor de cabeça, etc. aparecem paralelamente a “sintomas” morais como tristeza, vontade de morrer e vontade de se isolar, aproximando-se ao que Duarte denomina de “perturbação físico-moral”. Do mesmo modo, como coloquei acima, o modelo individualista/racionalista também se faz presente no discurso das voluntárias, que incorpora em alguns aspectos as explicações biomédicas ligadas à interiorização e psicologização dos sujeitos, bem como a primazia de uma realidade reificada da “doença” e da medicalização, sobretudo na centralidade dada ao diagnóstico médico da depressão.

É interessante perceber que as experiências de sofrimento e as percepções das voluntárias sobre o processo de adoecimento e busca de tratamento e cura expressam uma interação entre os saberes ditos leigos ou ordinários, que

fundamentam as representações das classes populares sobre o corpo, saúde e doença, com os “eruditos” ou “científicos”, formadores das concepções dos segmentos dominantes. Isso nos leva a refletir sobre as nuances desses modelos de conceber “pessoa” e subjetividade propostos por Duarte, que a meu ver não constituem quadros de referência fechados, estáticos e determinantes diretos das concepções e da experiência dos sujeitos em um mesmo segmento social. São, ao contrário, dinâmicos e se atualizam na experiência vivida e compartilhada entre os sujeitos, que interagem com outros, no mesmo e também em distintos segmentos sociais.

O próprio Duarte chama a atenção para a dimensão dinâmica dessa oposição entre saberes “eruditos” e “ordinários”. O autor ressalta que desde o século XVIII as fórmulas da biomedicina não têm cessado de influir nas representações gerais concernentes ao adoecimento e de modificar os patamares de tolerância e demanda das instituições médicas. Duarte sugere que “algo, porém, de uma ‘reinvenção’ parece envolver a forma dessa difusão, tornando permanentemente fluidas e complexas as fronteiras delineadas por esse modelo de diferença” (Duarte, 1998:14).

O fato de aderirem e valorizarem o diagnóstico e o tratamento médicos e de muitas vezes fazerem uso de elementos de uma linguagem médico-psiquiátrica para falar do sofrimento não invalida as interpretações e suas perspectivas de tratamento e cura vinculadas à dimensão espiritual ou à

rede de sociabilidade na qual as voluntárias se inserem, e não significa que a experiência sensível de uma perturbação nomeada com uma categoria biomédica se restrinja ao que a biomedicina associa à depressão. Ao contrário, as voluntárias conciliam interpretações e tratamentos diversos para o sofrimento, que é percebido e vivenciado ao longo uma trajetória biográfica singular em constante interação com os outros sujeitos que participam desse processo.

Ao analisar as narrativas de sofrimento e trajetórias terapêuticas destas quatro mulheres em suas buscas por tratamento e cura, tive a intenção de demonstrar que os sujeitos são ativos na interpretação de suas perturbações e nas tentativas de amenizá-las. Elas vivenciam situações de aflição e constroem significados relacionados a estas através de processos que envolvem não somente a experiência sensível, mas também uma interação dinâmica com familiares, “curadores” e demais pessoas próximas.

NOTAS

¹A CNBB define ação social como um “serviço que multiplica atividades de conscientização, organização e transformação, as quais levam à conversão pessoal, por um lado, e a mudanças concretas de ordem social, econômica e política, por outro.” (CNBB REGIONAL SUL IV, 2000.).

²Sobre noções como saúde “mental”, “psicossocial”, “físico-moral”, ver Duarte (1994).

³ Este artigo baseia-se em meu trabalho de conclusão do curso de

ciências sociais na Universidade Federal de Santa Catarina, defendido em Agosto de 2008 e vinculado ao projeto de pesquisa *Gênero, subjetividade e “saúde mental”*. *Políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e “saúde mental”*, coordenado pela professora Sônia Weidner Maluf, aprovado e financiado pelo CNPq - Edital Universal.

⁴ Para uma abordagem sobre as noções de doença, sofrimento e perturbação sob uma perspectiva diferente da abordagem da experiência, ver Duarte (1998).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUCHILLET, Dominique (org). A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: *Medicinas tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEB / Cnpq / SET / PR / CEJUP / UEP, 1991.

CNBB REGIONAL SUL IV. **Manual da Pastoral da Saúde**. Florianópolis: CNBB Regional Sul IV, 2000.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo. Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. P. 83-90.

_____. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras*. Rio de Janeiro: JZE/CNPq, 1986.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciências & Saúde Coletiva*. v. 8, n.1, pp. 173-183, 2003.

_____. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: LEAL, Ondina F.; DUARTE, Luiz Fernando D. (orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

- FOUCAULT, Michel. A casa dos loucos. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. P. 113-128.
- MALUF, Sônia Weidner. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, v. 5, n.12, Dezembro de 1999, 69-82.
- _____. Peregrinos da Nova Era: itinerários espirituais e terapêuticos no Brasil dos anos 90. *Antropologia em Primeira Mão*. Florianópolis: PPGASD UFSC, 2007, 5-26.
- RABELO, Miriam C. Narrando a doença mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In: RABELO, Miriam C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (orgs). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- _____; ALVES, Paulo Cesar. Tecendo o *Self* e Emoção nas Narrativas de Nervoso. In: RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo Cesar.; SOUZA, I. M. (orgs). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- SILVEIRA, Maria Lúcia. *O Nervo Cala, o nervo fala: A linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- SOUZA, I. M. Um retrato de Rose: Considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: LEAL, O. F.; DUARTE, L. F. D. (orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.



A OBRIGAÇÃO DE CUIDAR: MULHERES IDOSAS EM UMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS



Diana Brown

Eu dava banho na minha mãe – ela sempre gostava disso – e eu tratava ela com muito carinho. Ela morreu nos meus braços quando dava banho nela. E depois que ela morreu, eu fui ao médico e disse a ele que estava muito nervosa e tinha dor de barriga porque tinha cuidado durante sete anos da minha mãe com Alzheimer. E ele fez exames, e disse, “Isto não é nervos, é uma ulcera, de falta de alimentação. Ainda bem que sua mãe morreu agora, porque se tivesse resistido mais um pouquinho, ela teria levado você junto”.

Estávamos sentadas à mesa da cozinha de Eulália, conversando sobre sua vida e sua família. Eu tinha perguntado se seus pais ainda viviam e ela explicou que depois da morte do seu pai, sua mãe tinha vindo viver com ela e quando Eulália tinha 60 anos sua mãe, que então estava no começo dos 80, foi diagnosticada com a Doença de Alzheimer e, por sete anos, Eulália cuidou dela em sua casa. Naquela época, Eulália ainda estava trabalhando como camareira e contou que cuidava da mãe de manhã, fazia o café para ela, dava banho, lavava sua

roupa, a roupa de cama e lhe preparava e dava o almoço. Depois, saía para trabalhar, pegava o ônibus, muitas vezes sem comer o próprio almoço. Seu marido, aposentado por invalidez, cuidava da mãe de Eulália durante a tarde e ela, ao voltar à noite do trabalho, cuidava da mãe de novo. Nos fins de semana, os seus filhos e esposas ajudavam na cozinha e com a limpeza da casa.

Esta narrativa sobre cuidados com uma idosa doente emergiu cedo durante minha atual pesquisa sobre envelhecimento, saúde e beleza, numa vizinhança no norte da Ilha de Santa Catarina, Florianópolis, formada principalmente por classes populares que inclui uma concentração de pessoas nativas da Ilha, que até muito recentemente eram agricultores camponeses e que remetem sua ancestralidade aos imigrantes das ilhas dos Açores que chegaram ali no século XVIII. Ela me alertou para o que descobri ser uma situação comum no Grupo de Terceira Idade com o qual venho trabalhando nos últimos quatro anos, tanto como participante quanto como pesquisadora¹: que mulheres nos seus 60,70 e até 80 anos, idosas de acordo com o Censo, que agora define o início da velhice aos 60 anos, cuidam de parentes idosos doentes e incapacitados, em casa.

A narrativa de Eulália captura os temas principais que vou desenvolver aqui: a predominância de mulheres como cuidadoras principais de idosos doentes e a imbricação deste cuidado com redes de cuidado mais amplos dentro da rede

familiar; a intimidade corporal envolvida no cuidado com parentes idosos; aflições que resultam deste cuidado e os encontros que estas situações geram entre as linguagens local e biomédica sobre a aflição; finalmente, idosos como cuidadores de idosos – a Terceira Idade cuidando da Quarta Idade. Vou explorar estes tópicos de uma perspectiva etnográfica, enfatizando a importância da especificidade contextual de fatores e relacionamentos a partir dos quais estas práticas e significados emergem (Heck e Langdon, 2002; Silveira, 2000), bem como localizando-os no contexto de uma comunidade nativa coesa que se esforça para não perder seus valores e tradições, ao mesmo tempo em que é, insistentemente, parte do mundo contemporâneo. Este estudo também contribui para o conhecimento do “multifacetado e complexo panorama das relações sociais e familiares envolvendo pessoas idosas no Brasil, hoje”. (Alves, 2008, p. 238). Este estudo contribui também para o conhecimento do “complexo e multifacetado panorama das relações e familiares envolvendo pessoas idosas hoje no Brasil”. (Alves, 2008, p. 38)

Meu foco sobre as cuidadoras femininas é uma consequência não antecipada de dois aspectos da minha pesquisa: primeiro, que as mulheres são a grande maioria dos participantes tanto deste quanto de outros Grupos de Terceira Idade (Britto da Motta, 1999, p. 219; Alves, 2008, p. 132), por isto figuram aqui proeminentemente como sujeitos da pesquisa; segundo, que o cuidado dos doentes é feito predominantemente

por mulheres e é visto, pelos membros deste grupo e nesta vizinhança como trabalho de mulher (como é o caso, em geral, no Brasil e em grande parte do mundo) (Caldas, 2002; Neriv, 2006; Silveira, 2000). É importante notar, no entanto, que gênero é relacional (Scott, 1988; Di Leonardo, 1991) isto é, que as práticas e valores de um gênero não podem ser analisadas sem se levar em conta outros na sociedade. Assim, nesta situação também, os cuidados prestados por mulheres e seus problemas de saúde derivados deste seu papel de cuidadoras devem ser vistos no contexto de um panorama local mais amplo e das relações de gênero nas famílias.

Meu trabalho aqui se aproxima da recente literatura sobre cuidadores de idosos no Brasil no âmbito das ciências da saúde, em especial da psicologia, da gerontologia e da enfermagem, que tem aumentado com a constatação de que a população brasileira está envelhecendo como resultado da transformação demográfica, envolvendo maior longevidade e taxas mais baixas de fertilidade. Esta literatura, que tem sido fortemente influenciada pela extensa literatura vinda dos Estados Unidos e da Europa, oferece modelos úteis para a categorização de cuidadores e para o exame de redes de cuidadores. Reconhece a diversidade das situações de cuidado e inclui estudos locais de cuidadores em diversos setores de classe e étnicos da população. No entanto, de uma perspectiva etnográfica, estes estudos tem duas insuficiências: primeiro, com poucas exceções (Caldas, 2002; Santos, 2006) eles tendem a caracterizar os

cuidadores primariamente através de entrevistas e negligenciam a importância dos contextos locais para a configuração de valores e significados nos quais o ato de cuidar está imerso, bem como a dimensão experiencial das atividades relacionadas ao cuidado. Neste trabalho eu situo as atividades relativas ao cuidado nas relações sociais que são praticadas e valoradas dentro desta comunidade e dou atenção à dimensão de experiência que estes cuidadores têm enquanto cuidadores. Em segundo lugar, estes estudos tem sido feitos a partir de preocupações e de um quadro de referências biomédicas e tendem a trazer consigo a bagagem cultural associada a estas perspectivas orientadas pela biomedicina – a aceitação acrítica e o uso de categorias biomédicas e da linguagem derivada especificamente da sua especialidade médica e, mais geralmente, a partir de uma visão de mundo científica ocidental. Quero problematizar esta visão de mundo científica e explorar os resultados dos encontros entre membros de uma população local que usa linguagens locais de aflição e as linguagens dos especialistas biomédicos.

A VIZINHANÇA

Florianópolis é hoje uma cidade de aproximadamente 408.000 mil pessoas, muito procurada pelas classes medias por sua “qualidade de vida”, e um destino preferido de turistas em busca de suas praias e beleza natural. A vizinhança na qual tenho trabalhado se localiza no que é agora uma comunidade praieira no norte da ilha. Até os anos 1950 estava isolada e

esparsamente habitada por uma população em grande parte descendente da imigração açoriana. Seus habitantes viviam em comunidades camponesas isoladas, da lavoura e da pesca, coletavam madeira para seus engenhos de farinha e criavam vacas em campos comunais. Não havia estradas nem transporte público por vários quilômetros e as viagens eram feitas a pé ou de canoa. A escola local só chegava ao segundo ano primário, a Igreja Católica estava a vários quilômetros de caminhada e não havia posto de saúde. A penetração desta área por especuladores de terra começou lentamente nos anos 1920, aumentou durante os 1950, fazendo com que parte da população nativa se mudasse. Mas não foi até a década de 1970 que esta área de praia começou a se desenvolver como um balneário ocupado por pessoas de fora e se tornou parte do que Lago (1998, 260) chamou de “processo galopante de urbanização das praias”, envolvendo a expansão de equipamentos turísticos, novas habitações, hotéis e empreendimentos comerciais (Motta, 2002; Fantin, 2000). A vizinhança é agora um dos muitos enclaves nativos que pontilham a área costeira da ilha. Os nativos, como os antigos residentes da área referem-se a si mesmos (são chamados de “Manezinhos” pelos de fora²) vivem agora num dos cantos da praia, agrupados ao longo de uma estrada interiorana secundária e das servidões que se estendem para cima das colinas.³ Eles vivem nas margens e nos interstícios dos novos estabelecimentos comerciais e apartamentos de luxo associados

com o turismo em expansão. Novos residentes, que são tratados pelos nativos como “os de fora” ou “forasteiros” ou “invasores” são principalmente de classe média, alguns de outras cidades de Santa Catarina, muitos do Rio Grande do Sul. Diferente dos padrões de moradia intercalado, comuns em outros locais da ilha (Rial, 1988; Motta, 2002) há uma tendência de segregação residencial; os nativos tendem a viver em áreas longe da praia e os novos moradores perto dela. Durante a temporada, a população incha com visitantes da Argentina, Uruguai e outras partes do Brasil.

Com todas estas mudanças há uma comunidade nativa muito vital ainda que pequena, cujos residentes ainda vivem nas propriedades dos seus ancestrais lineares, a maioria com títulos de posse. Tendem a viver em segmentos familiares residências (ver Rial, 1988; Motta, 2002), em terrenos e propriedades vizinhas que agora contem várias casas e pode incluir parentes lineares de três, quatro e até cinco gerações numa só propriedade. Os laços de parentesco são extraordinariamente densos e importantes (Maluf, 1993; Motta, 2002): eles estruturam muito da vida diária, das relações e atividades e são onipresentes nas conversas. Falar de um membro específico desta comunidade para uma pessoa de outra provavelmente evocará uma recitação espontânea das relações de parentesco entre eles, grau e geração, incluindo as relações afins. Numa conversa com uma mulher que escolhi ao acaso dentre os membros do Grupo de Terceira Idade, ela não mediu

esforços para se conectar com todas as outras mulheres nativas do grupo. Os freqüentes casamentos entre famílias e as densas relações de parentesco na vizinhança e com outras comunidades de vizinhanças nativas por muitas gerações produziu uma comunidade muito coesa pelo parentesco, residência comum e pela estabilidade resultante das gerações de parentes que vivem nas mesmas propriedades. Assim, apesar da enormidade das mudanças que ocorreram nos últimos 40 anos, nas quais a comunidade passou de uma comunidade de agricultura e pesca de subsistência a fazer parte do mundo urbano contemporâneo, da dependência da escrita, do trabalho assalariado, do consumismo, membros desta comunidade não estão vivendo em pobreza: eles possuem suas casas, têm pequenas rendas de aposentadoria e continuam a fazer trabalhos para os mais ricos que vieram de fora, trabalhando como empregadas, faxineiras, zeladores, jardineiros, trabalhadores da construção e no pequeno comércio. Eles se tornaram parte da “classe popular” enquanto alguns de seus filhos tiveram mobilidade ascendente e são agora classe média. Eles se acomodaram e até se beneficiaram deste novo mundo, mas continuam a manter valores comuns, embebidos nas memórias de seu mundo anterior, de ter crescido e criado seus filhos nele, da terra e de quem viveu nela, valores que eles mantêm e lutam por transmitir aos filhos e netos. Alguns aspectos desta identidade “nativa” são significativas na moldagem da natureza do ato de cuidar e serão tratadas adiante.

Estes valores são frequentemente reforçados pela fofoca, uma realidade central dos encontros diários. A fofoca é muito intensa nesta comunidade; todos são muito curiosos sobre a vida dos outros e preocupados em manter-se atualizados sobre o que estão fazendo. Grande parte desta fofoca ocorre nos encontros da comunidade tais como as atividades do Grupo de Terceira Idade, do Grupo do Apostolado da Igreja Católica local, e na rua. Muito poucos desta geração dirigem carros, ainda que seus filhos geralmente o façam, por isto podem ser encontrados caminhando na rua, fazendo compras, parando para fofocar com os vizinhos, esperando no ponto de ônibus. Aprendi, logo no começo de minha pesquisa, que quando eu oferecia carona para uma destas pessoas, era provável que recusassem explicando: “ Não, eu prefiro caminhar. Assim posso dar um oi pra todo o mundo e ficar sabendo as novidades”. A fofoca é intensa e constante e inclui não só os da comunidade, mas se estende para “os de fora”, como eu, que participam de sua vida.

Um dos tópicos centrais da fofoca é saúde e doença. As pessoas fofocam sobre sua própria saúde, seus sintomas, seus remédios, detém-se em descrições detalhadas, trocam novas receitas e novas fontes de uma pletera de remédios caseiros. Também conversam sobre quem está doente nas suas famílias, na comunidade, demorando em descrições detalhadas de suas condições, seus tratamentos e de quem está cuidando deles. As conversas quase sempre incluem longas ladainhas de

condições, sintomas, doenças, tratamentos, e comentários sobre como os doentes estão sendo cuidados – quem cuida deles, qual a qualidade do cuidado. Todos os tópicos relacionados à saúde são matéria para uma boa fofoca.

As mulheres com quem tenho trabalhado são idosas, em seus 60, 70, 80, várias nos 90 e ao menos duas com mais de 100 anos. Cresceram juntas, casaram dentro da comunidade ou com pessoas de comunidades nativas vizinhas, e criaram seus filhos na condição de agricultores e pescadores camponeses, antes do advento da eletricidade, das estradas ou qualquer escolaridade além do segundo ano primário. Entre as grandes e até muito chocantes mudanças dos últimos 40 anos elas mantiveram muitas das práticas e valores da juventude, incluindo o sentido de importância da família. A maioria casou com outros nativos.

O GRUPO DE TERCEIRA IDADE

Três manhãs por semana, às 8h30, os participantes se reúnem para a ginástica. Chegam a pé, de bicicleta, raramente de carro, ao prédio de cimento que pertence à Associação de Moradores e, por uma hora, fazem exercícios, dançam, jogam, resmungam de exaustão e compartilham novidades, num ambiente de muito deboche amistoso que inclui comentários e piadas sobre o envelhecimento dos seus corpos. A ginástica tem mais ou menos 22 membros, as idades indo dos 60 aos 86, principalmente mulheres, algumas viúvas e algumas casadas, com alguns maridos participando também. A ginástica é a

atividade principal deste Grupo de Terceira idade, a maioria de seus membros também participam dos encontros semanais, freqüentados exclusivamente por mulheres, em passeios ocasionais muito esperados a lugares de interesse e, mais raramente em atividades mais inclusivas, atividades e festas organizadas pela Prefeitura e que se destinam a todos os grupos da cidade. O grupo tem 45 integrantes, cujas idades vão dos 60 aos 95, a maioria de mulheres ainda que alguns homens, especialmente maridos das mulheres membros, frequentemente vão aos passeios e às festas. Façanhas como dançar no corredor do ônibus em alguns dos passeios já se tornaram lendárias.

Esse é um dos mais de 100 Grupos de Convivência de Florianópolis, patrocinados pela Prefeitura, que os apoia através de pequenas doações periódicas de mantimentos para a preparação de lanches; materiais como pano e linhas para trabalhos manuais; ocasionais fornecimentos de ônibus para os passeios; um estagiário de Educação Física de uma universidade local para conduzir o grupo de ginástica; convites para ocasionais eventos de âmbito municipal ou regional com a convocação de Grupos de Terceira Idade para almoços e bailes, shows de talentos e atividades carnavalescas. No entanto, a liderança das atividades regulares deste e de outros grupos se origina totalmente dentro do próprio grupo.

Sua composição social é genericamente similar àquela de outros Grupos de Convivência de Terceira Idade:

principalmente da classe popular, em contraste com os demais participantes da classe média como nas Universidades da Terceira Idade (Brito da Motta, 1999, p. 220-21; Alves, 2008, p. 132). No entanto seu perfil reflete a composição social mista da vizinhança na qual se localiza: ainda que principalmente de classe popular e, principalmente, de nativos, também inclui alguns poucos participantes não nativos da classe média. As relações entre nativos e não nativos no grupo são geralmente cordiais, apesar das nativas tenderem a manter certa distância e, de vez em quando, se desenvolvem algumas tensões. Nas vezes em que os líderes do grupo, coordenadores eleitos pelos membros, foram não-nativos, rapidamente se enfrentaram com a dificuldade de tentar impor suas idéias para o grupo e aprenderam que as nativas tem opiniões fortes. Apesar deste conflitos menores, este Grupo de Terceira Idade, tanto quanto a capela católica local, é fonte de coesão tanto dentro da comunidade nativa quanto na vizinhança mais ampliada.

CUIDADORES E REDE DE CUIDADOS

Um dia depois da reunião semanal do Grupo de Terceira idade eu estava conversando com D.Luiza, viúva de 78 anos e pilar da comunidade nativa, que vive circundada pelos filhos, suas esposas e esposos, netos e bisnetos. Estávamos falando sobre sua grande família e ela comentou para mim:

Sim, eu posso morrer feliz. Se eu caísse doente aqui nessa grama (na frente do lugar de encontro do Grupo de Terceira Idade) agora mesmo, dentro de minutos minha

família estaria aqui para cuidar de mim. Graças a Deus, estão todos muito perto de mim, muito preocupados comigo, e eu sei que vão cuidar muito bem de mim.

Ela expressava ali a verdade de sua própria situação, o ideal de cuidado de um idoso doente nesta comunidade: cercada por familiares próximos de várias gerações que estarão totalmente disponíveis para tomar conta dela com muito carinho. Perguntei-lhe quem assumiria o principal peso do cuidado dela e ela disse “Ah! Minhas filhas!”, e quando perguntei por que as filhas e não os filhos ela me olhou como se eu fosse um tanto retardada – “Por que são mulheres e sabem fazer estas coisas de casa e de cuidar da gente, porque já cuidaram das crianças, né? Os meus filhos, ah, eles ajudam também”.

E aqui ela enunciou o esquema da divisão de trabalho por gênero e da complementaridade de gênero que deles resulta nesta em outras comunidades nativas da ilha (ver Motta, 1998), em outros lugares do Brasil (Brito da Motta, 1999 e 2002), em especial entre gerações mais idosas. Mulheres estão a cargo da casa, da cozinha, da lavagem de roupa, do cuidado com as crianças pequenas, enquanto os homens trabalham em atividades fora da casa - antes na lavoura e em especial na pesca, um domínio masculino; hoje, no trabalho assalariado.

Esta divisão do trabalho dita que sobre as mulheres recai a expectativa de serem cuidadoras principais dos idosos doentes: esposas para seus maridos, que normalmente morrem antes delas, e filhas para seus pais.

Os exemplos de cuidados apresentados abaixo mostram que este ideal não é sempre alcançado e que a flexibilidade dentro das redes de parentesco e nos papéis de gênero garante que os cuidadores possam mobilizar um amplo espectro de membros da família para diferentes tarefas para que o trabalho de cuidar possa ser bem feito. Cuidadores principais (“aquele que tem total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio”, Caldas, 2002, p. 51) são geralmente mulheres mais velhas, ainda que uma violação controversa desta regra esteja apresentada abaixo, mas os cuidadores secundários (“os familiares, voluntários e profissionais que realizam cuidados complementares”, *idem, ibidem*) incluem tanto homens quanto mulheres, parentes e afins de várias gerações. Juntos, estes cuidadores constituem as “redes de cuidadores” que se formam para o cuidado de qualquer idoso. Eles ilustram o amálgama do cuidado com as relações familiares e de parentes e a habilidade de mobilizar um largo espectro de membros da família para desempenharem tarefas diferenciadas que garantam um cuidado bem feito.

O MARIDO DE NILDA

Um exemplo que corresponde a todos estes imperativos revezavam-se nessa atividade. Ela chegava em casa pelas oito ou nove da noite, muito cansada, exausta, “nervosa” e com dor

nas pernas de ficar sentada o dia todo, tendo comido “na rua” e ia para a cama mas normalmente não dormia. Nos fins de semana, suas noras e uma sobrinha de seu marido, vizinhas, que trabalhavam durante a semana, vinham para ajudar, limpando a casa, fazendo faxina, fazendo comida, lavando roupa. As despesas do hospital estavam cobertas por seu plano de saúde, mas não os exames nem a medicação, que ela pagou com dinheiro que seu marido tinha poupado para emergências e com a ajuda dos filhos.

Este exemplo de cuidado de um idoso doente obedece a todas as regras locais do cuidado com os doentes: o cuidador principal é uma mulher, a esposa, os cuidadores secundários são membros da família, incluindo os filhos e as noras, as cunhadas e sobrinhas. Cuidar envolve parentes consangüíneos e afins igualmente, todos morando muito próximos, e juntos formam a rede de cuidadores, cuidadosamente orquestrada para garantir cuidado 24 horas ou como diz Santos, um “corpo de bailarinos de um grande baile de cuidadores” (Santos, 2006, p. 100). A divisão por gênero das tarefas de cuidado segue a divisão de trabalho por gênero observada nesta comunidade e em outras (ver Neri, 2006, p. 25): Nilda fornece o cuidado doméstico íntimo para seu marido em casa e apoio emocional a ele quando está no hospital, enquanto seus filhos, que também fornecem este apoio de noite, assumem as atividades extradomésticas. Esta divisão de tarefas por gênero expressa as idéias da comunidade sobre os papéis adequados para

mulheres e homens cuidadores. Também mostra o envolvimento de uma geração mais jovem, de filhos e suas mulheres, participando no cuidado dos idosos, aprendendo no processo os fortes valores de cuidar de seus velhos.

DONA JOANA

Um exemplo de cuidado de uma idosa doente na ausência de um esposo ou filha demonstra como outras mulheres parentes, irmãs e netas podem ser trazidas para estas redes de cuidado. A doente idosa era uma viúva sem filhos e, por isto, sua irmã, de 83 anos e divorciada, assumiu o papel de cuidadora principal, trouxe sua irmã para viver numa casa no fundo do quintal de sua propriedade, levou-a ao hospital para sua operação de câncer do intestino e organizou os parentes para ficarem com ela no hospital. Trouxe-a para casa, já muito fraca, e com a bolsa de rectocolostomia e Joana, que estava também cuidando de outra irmã doente em sua casa, no principio pagou uma vizinha para ficar com a irmã. Mas quando isto não deu certo, Joana acionou sua própria filha e sua neta que vivem num bairro vizinho. Sua neta, disponível porque desempregada naquele momento, chegava às oito da manhã para preparar as refeições, lavá-la, trocar suas fraldas e fazer-lhe companhia durante o dia e foi me dito eu ela fazia tudo isto com muito carinho. Ela ia embora à noite quando sua mãe, a filha de Joana, chegava para passar a noite. Outro filho de Joana, que tampouco era vizinho, ajudava com seu carro e com a compra de medicamentos. Joana estava a cargo de organizar e passou o papel de cuidadora para sua filha e neta.

Desta forma, quanto os parentes mais próximos e os primeiros a serem definidos como cuidadores não existem ou não estão disponíveis, a rede de cuidadores se constitui de outros membros femininos da rede de parentesco e utiliza duas gerações descendentes, a filha de Joana e sua neta, trazendo membros ainda mais jovens da família e da comunidade, indivíduos agora nos seus 30 anos, para a experiência, as obrigações e o conhecimento prático do cuidado.

Já mencionei que as conversas sobre os doentes e seus cuidados são um tópico preferido da fofoca. Quero agora explorar um exemplo atual muito controvertido que é assunto de muita conversa. É controvertido porque gerou descontentamento com a forma como o cuidado está sendo dado e sobre a quem a responsabilidade do cuidado foi alocada, não por estar prejudicando a saúde do idoso doente, mas por causa de quem cuida. Assim, além de ilustrar o forte senso da comunidade sobre a obrigação da família de cuidar de idosos doentes, mesmo na presença de conflitos familiares, este exemplo mostra o peso moral que a comunidade coloca na obrigação de parentes específicos cuidarem adequadamente de seus familiares doentes. Ao sublinhar o que é visto como uma quebra no cuidado familiar apropriado, este exemplo encerra as regras não escritas que governam as expectativas da comunidade em relação a quem deve adequadamente servir como cuidador principal.

DONA EDI

Dona Edi tem 95 anos, viúva, nativa, e até o ano passado era uma vigorosa participante do Grupo de Terceira Idade, presente em quase todas suas atividades. Ela caminhava para os encontros, para as aulas de alfabetização de adultos que este grupo tinha naquela época, e ia a todos os passeios. Frequentemente a vi descendo sozinha do ônibus que vinha do centro, a uma hora de distância, com pacotes nas duas mãos, caminhando firme até sua casa. Mas no início deste ano ela desenvolveu um câncer no intestino, foi operada, fez uma rectocolostomia, e voltou para casa fraca e tendo que ficar na cama, com a bolsa presa ao abdome.

Ela teve três filhos, dois homens, já mortos, e uma mulher, agora com 63 anos. Sabe-se em toda a vizinhança que Dona Edi e sua filha não se dão bem e há muitas histórias conflitantes sobre porque isto acontece, dando a culpa a uma ou outra ou às duas. Quando conheci Dona Edi ela vivia num apartamento úmido, parte de um conjunto de apartamentos de alvenaria no fundo da propriedade da sua filha, atrás da casa grande e confortável desta. Mesmo então muitos acreditavam que a filha devia trazer sua mãe para viver na casa. Mas a filha não o fez e a sua mãe, então, mudou-se para outro apartamento mais cômodo na mesma rua. Mas depois da operação ela voltou ao apartamento no fundo do terreno de sua filha, agora, no entanto, como uma idosa dependente e acamada, incapacitada de cuidar de si mesma.

Seu cuidador principal é seu neto José, agora pelos 40 anos, que vive na casa ao lado com sua família. Logo que D. Edi saiu do hospital este neto estava de férias de seu emprego e passava bastante tempo com ela, não só fazendo-lhe companhia, mas também trocando suas fraldas e esvaziando sua bolsa, o que, como ambos comentaram para mim em separado, achavam inapropriado e muitíssimo embaraçoso. Quando ele teve de voltar ao trabalho, suas tarefas foram divididas, com relutância, entre sua esposa, seu irmão e a esposa dele, que assumiu a tarefa de dar banho e trocá-la, mas recentemente, no meio da noite, quando a bolsa se desconectou e derramou seu conteúdo sobre D. Edi e sua cama, José foi de novo chamado para limpar tudo. Ele contratou uma vizinha, membro do Grupo de Terceira Idade, a quem paga uma pequena soma para vir quatro dias por semana fazer almoço, limpar o apartamento e fazer companhia durante a tarde. Ele, seu irmão e suas esposas se alternam dormindo no apartamento para o caso de D. Edi precisar qualquer coisa durante a noite.

Quanto a sua filha, a pessoa que, de acordo com virtualmente todos os membros da comunidade nativa, deveria ter assumido o cuidado primário, ela aparece de vez em quando para fazer almoço e dormir no apartamento. Mas, apesar de estar aposentada, permanece na periferia do cuidado de sua mãe.

A opinião da vizinhança é muito vocal, neste caso, como fica claro nos comentários a seguir:

- Helena devia ter se responsabilizado pelo cuidado mãe
- imagine um homem trocando as fraldas dela, tratando da bolsa.
- Que vergonha que Helena não pegou o cuidado da mãe.
- Como pode fazer assim com a própria mãe?
- Helena devia ter levado a mãe para viver junto com ela; é uma vergonha. Mas se ela tivesse feito isso, ela teria que assumir mais do cuidado da mãe, em vez de ter os filhos dela cuidando dela, e ela não queria isto.
- Contam que perguntaram para a irmã de D. Edi por que ela, que mora num bairro vizinho, não assumiu o cuidado da irmã, ao que ela teria respondido: “Olha, se minha irmã tem uma filha que mora ao lado dela e pode cuidar dela, porque é que eu, que tenho 93 anos e moro num outro bairro, deveria fazer isto?”
- D. Edi lamenta que não tenha realmente uma filha; que Helena não faça nada do que uma filha deveria fazer por sua mãe quando ela está doente.
- Há os que dizem que a filha é “nervosa”. Mas há outros que discordam e dizem que ela “é uma pessoa muito difícil”.
- Por outro lado, um defensor da filha me disse que esta filha tentou várias vezes ajudar mais, mas que nada do que ela faz agrada sua mãe – nem sua comida, nem seu cuidado. E que isto é verdade desde que ela era adolescente.
- E Helena protestou: “Eu não estou bem, não posso cuidar da minha mãe”.

A partir deste exemplo do que é amplamente percebido como uma violação das expectativas da comunidade, é possível elaborar sobre o que são essas expectativas de cuidado. Como já mencionei, a carga do cuidado de D. Edi, na ausência de um esposo, deveria recair sobre sua filha, que é a cuidadora principal apropriada, por ser filha, mulher e morar perto. A irmã de D. Edi também concorda e usa este argumento para justificar sua recusa de cuidar de sua irmã, em vez de dizer que ela é muito velha e vive longe. No entanto, a escolha apropriada do cuidador não se realiza por causa da animosidade nos sentimentos, o que Mendes, baseada num estudo de cuidadores em Campinas, refere como o critério de “proximidade afetiva” esperado das relações entre esposos e entre pais e filhos.(Mendes,1998).⁴

Neste exemplo, a história da má relação entre mãe e filha é suficientemente forte para desbancar todas as regras prévias. A rede de cuidado fica então constituída sob a direção da segunda geração descendente; e uma vez que não há netas mulheres, recai sobre um neto e sobre as mulheres afins realizar as tarefas íntimas para a avó de seus maridos. Este exemplo de cuidado, e a quebra que opera, fornece uma expressão clara das regras locais relativas às obrigações de parentes específicos para cuidar dos idosos de sua família. Ainda que superficialmente estas regras se coadunem com imperativos genéricos do cuidado derivados da literatura internacional que coloca as relações da família nuclear de esposo/a e filhos no

coração da responsabilidade do cuidado primário (Neri, 2006, p. 25) fica claro, a partir dos exemplos acima, que os arranjos do cuidado nesta comunidade se estendem muito além da família nuclear. Enquanto uma pressão considerável é feita sobre os membros femininos da família nuclear para assumir o cuidado principal, as redes de parentesco desta comunidade são grandes e flexíveis o bastante para, na ausência do cuidador principal apropriado, ainda poderem demandar outros parentes para as atividades de cuidado, incluindo aqueles da segunda geração descendente. Com base na necessidade e disponibilidade, parentes masculinos também podem ser trazidos para as redes de cuidado, mesmo a papéis centrais. Mas quando este cuidado envolve intimidade corporal entre os cuidadores e os doentes, como o cuidado do corpo de uma mulher mais velha por um homem jovem, mesmo sendo um parente, não se considera apropriado. Pareceria que o cuidado dos parentes doentes recai principalmente sobre as mulheres por que envolve uma extensão do tipo de assistência íntima esperada delas no cuidado das crianças. Estas mesmas habilidades domésticas estão disponíveis para uso no cuidado de outra categoria de dependente: um idoso doente. Mães seriam inofensivas, delas se esperaria serem capazes de dessexualizar os corpos, enquanto isto não seria esperado de parentes masculinos, sempre ameaças potenciais. Observei alguma flexibilidade de gênero nestes casos: quando as esposas estão doentes, os maridos assumem estas tarefas se ninguém

mais está disponível e, frequentemente, observai homens de gerações mais jovens cujas mulheres também trabalham fora de casa, cozinhar e fazer outros trabalhos de casa. Mas há limites na flexibilidade de gênero no cuidado dos idosos: foi considerado altamente inapropriado que um neto devesse assumir qualquer destas tarefas, especialmente as íntimas de lavar seu corpo, mudar a fralda e trocar e limpar a bolsa, quando havia uma filha que poderia fazer isto.

Isto levanta a questão da materialidade física do cuidado com um idoso dependente; tem a ver com corpos e requer uma intimidade corporal entre cuidadores e doentes que, em várias destas narrativas, é aludida particularmente em relação aos atos do banho. Estas alusões ao banho, em especial às de filhas banhando suas mães, deixam ver as dimensões prazerosas da intimidade e do contato físico entre os cuidadores e aqueles de quem cuidam o que, como nota Twigg (2003), é frequentemente remetido ao domínio da higiene. As narrativas que eu cito aqui mencionam, muitas vezes, os prazeres de dar banho. Mas tais intimidades também podem produzir desconforto e embaraço, especialmente quando os corpos velhos são submetidos ao “olhar fixo da juventude” (idem:154) e mais ainda quando este olhar é masculino e a intimidade envolve as áreas genital e anal. É isto exatamente o que ocorre no cuidado íntimo de Dona Edi por seu neto. Twigg nos adverte que este tipo de intimidade corporal entre as pessoas com quem se está em contato diário próximo ameaça a identidade e o

status daqueles a quem se olha e que, portanto, não deveríamos “make any easy assumptions about kinship closeness translating unproblematically into bodily closeness”²⁵. Portanto, o cuidado de D. Edi feito por seu neto violou regras cruzadas de gênero, geração e talvez de parentesco também. O cuidado íntimo que ele lhe dá não é apropriado, mesmo sendo ele um parente e talvez exatamente por ser.

DONA LULI

O exemplo final é de uma idosa doente que não é nativa e que apresenta um contraste extremo com aqueles da comunidade nativa que acabo de descrever. Ainda que este caso único não possa ser tomado como representativo da comunidade não nativa de classe média, ilustra o que encontrei como uma situação bastante comum nesta população. Luli tem 84 anos, viúva, aposentada, oriunda da serra de Santa Catarina. Até dois anos atrás era uma participante influente e respeitada do Grupo de Terceira Idade. Mas ela teve um ataque cardíaco, várias quedas graves e está agora confinada ao primeiro andar da casa grande e bem cuidada que sua filha construiu para ela há uns seis anos atrás. Ela mora ali com sua filha, solteira, agora com 60 anos, que trabalha no centro da cidade. Seu filho, que vive numa cidade distante, vem visitá-la, com os filhos e netos várias vezes ao ano.

A filha é a cuidadora principal da mãe, uma vez que organiza, toma as decisões e supervisiona esse cuidado, mas

participa muito pouco no cuidado direto desta. Este cuidado foi dividido entre quatro cuidadores secundários, nenhum deles membro da família, todos pagos. Eles são um atendente em tempo integral que trabalha de segunda a sábado das oito da manhã às oito da noite; outro que trabalha seis noites por semana das oito às oito; outro que vem passar o sábado e o domingo, dormindo na noite de sábado, e uma cozinheira/faxineira que trabalha de segunda a sábado das oito às 14 horas, preparando comidas e cuidando da casa. D.Luli diz que sua filha cuida muito bem dela, mas que raramente está em casa e não lhe dá muita atenção nem muito carinho.

Fica claro que este exemplo apresenta um padrão de cuidado muito diferente dos anteriores. Aqui, ainda que a filha supervisione o cuidado, os cuidadores diretos são não-membros da família e o resto da sua pequena família está disponível somente para apoio econômico, uma vez que vivem em outras partes do país. Enquanto esta situação particular está relacionada com diferenças no padrão de residência e no menor tamanho da família extensa, também está baseada na disponibilidade maior de recursos do que na maioria dos grupos familiares da comunidade nativa. É “cuidado do idoso em casa” mas também é um cuidado de qualidade afetiva diferente do que aquele dos exemplos já dados. Este caso sugere as complexidades e as variações no cuidar de idosos em casa.

Outro exemplo de maiores dificuldades da população não-nativa para recorrer às redes de cuidado é o de outra mulher,

casada, com sessenta e poucos anos. Seus dois filhos vivem em bairros vizinhos, mas ela não é muito chegada às suas esposas e comentou comigo recentemente, depois de falar com uma certa inveja sobre uma idosa nativa que estava sendo cuidado por sua família em casa: “Quando eu ficar doente eu vou me por numa Casa de Repouso porque sei que meus filhos não vão querer cuidar de mim.”

Ainda que eu não possa tirar quaisquer conclusões firmes com base em tão poucos exemplos o contraste estridente entre estas duas situações e os exemplos anteriores, sugere que os valores comunitários de reciprocidade entre gerações e a obrigação de cuidar dos parentes idosos, reforçados por pressões coletivas da comunidade sobre aqueles que os violam, são eficientes na perpetuação do sentido de obrigação nas gerações seguintes, tanto dos filhos quanto dos netos. É muito claro que os padrões de residência que mantêm as gerações de parentes próximos é também crucial da mesma forma que é a dificuldade de juntar recursos financeiros suficientes para soluções alternativas. Assim, ainda que os padrões de cuidado dos idosos doentes nesta comunidade se pareçam, superficialmente, com aqueles da literatura mais ampla, estes exemplos sugerem que estes padrões podem ser distintos em sua densidade, sua extensão, no grau dos cuidados diretos feitos pelos parentes mesmos e nas pressões locais exercidas pela comunidade.

AFLIÇÕES DOS CUIDADORES PRINCIPAIS

Estas mulheres cuidadoras relatam uma grande variedade de aflições que ocorrem durante suas atividades de cuidado dos parentes idosos doentes: ansiedade, extremo cansaço, dor nas pernas, esgotamento, preocupação, estresse, insônia, nervos, tristeza, úlcera, dor de barriga, depressão. Ao escutar seus relatos, seguidos de detalhes dos cuidados que prestam, e ir me dando conta de quão duro trabalhavam, da sua pesada carga de incessante e repetitivo trabalho físico, junto com a responsabilidade por outras atividades de casa, com o peso da responsabilidade em dar atenção e conforto aos doentes que carregavam sobre seus ombros, com o fardo emocional de ver os seres amados adoecer e morrer, maravilhei-me com sua resistência. Não só achei perfeitamente compreensível que se queixassem da experiência das aflições relativas aos cuidados; fiquei surpresa que não passassem por mais aflições. Estas mulheres enfrentam fortes pressões da família e da comunidade para cuidar dos doentes idosos em casa, em circunstâncias nas quais pouca assistência e poucos recursos são oferecidos pelo Estado. Elas enfrentam uma situação que tem sido identificada tanto no Brasil (Alves: 2002, p.161) como em outras culturas (Brown e Harris, 1978 ; Miles, 1988) como a atividade que é a maior produtora de ansiedade.

Quero iniciar minha discussão das aflições dos cuidadores desta comunidade com outra narrativa de uma cuidadora sobre sua experiência e suas aflições enquanto cuidava de sua mãe

com *Alzheimer*, por um período de mais de seis anos. Cito-a mais extensivamente por que esta narrativa oferece um detalhado relato do processo e da rotulação da doença que sua mãe desenvolvia, sobre suas próprias atividades de cuidado dela, e suas próprias aflições bem como sobre a linguagem em que são expressas, que usa termos de uso comum nesta comunidade. Coloquei em itálico os termos em que ela descreve as aflições de sua mãe e suas próprias.

Celeste é uma nativa de 79 anos, casada e com muitos filhos e irmãs morando em casas vizinhas. Quando ela estava com quase 70 anos sua mãe, que morava na casa ao lado, foi diagnosticada com *Alzheimer*. Ela tinha estado doente por muitos anos: tinha sofrido um AVC, depois tinha tido câncer e começou a “ficar esquecida”, depois muito “depressiva” e tinha “crises nervosas”. A esta altura, Celeste trouxe a mãe para casa e a levou ao médico que a diagnosticou com *Alzheimer*. E então, por seis anos, como ela descreveu

C - ...eu cuidei dela direto. Os últimos três anos e meio ela estava muito ruim. Eu fazia tudo – dava banho nela, lavava ela, trocava a roupa, trocava a fralda, e quando ela colocava as mãos por dentro da fralda e se cobria de fezes, eu limpava tudo. Eu lavava a roupa dela, a roupa de cama, e fazia comida e dava pra ela. E ela fugia, fugia, ia na rua, e eu tinha que fechar tudo – todas as portas, todas as janelas. Eu fiz tudo sozinha; tinha parentes que ajudaram, mas foi coisa do momento. Eu perguntava à filha ao lado, à irmã na frente, para ajudar

a dar banho nela, e ao marido, se fosse necessário levar ela de um lugar para outro, mas eu tinha força, tinha saúde, e fiz tudo. A única coisa que não podia fazer era levar a mãe no colo, fiquei triste por não poder fazer isto. A sogra do irmão me chamou de heroína por ter cuidada sozinha da mãe. Mas eu senti a maior satisfação que tive na vida, de cuidar dela.

D. E a Sra. sentia só satisfação, mais nada?

Celeste: Eu me sentia muito *nervosa, estressada, cansada*, porque a mãe fugia de casa e eu ficava acordada a noite toda, e depois tive que enfrentar o dia. Me senti *esgotada, cansada*, e até dava *dor na barriga*, e eu achava que era *nervos*, mas os filhos insistiram em me levar ao médico. E eu disse a ele que estava *nervosa* porque estava tomando conta da minha mãe com Alzheimer. E ele me examinou, e me disse que não era *nervos*, que eu estava com uma úlcera muito grande, e precisava operar logo. E eu não quis operar, eu queria continuar tomando conta da minha mãe. Mas o médico insistiu. E aí o problema: o que fazer com a minha mãe? E sem eu saber, o filho, a filha, o irmão, e o filho dele se reuniram para resolver o problema. Nenhum deles podia cuidar dela, porque todos tinham empregos, e famílias, e crianças em casa. E eles resolveram juntos colocar a minha mãe numa Casa de Repouso. Cada um deu um dinheiro, e juntaram isso com a aposentadoria da minha mãe. A Casa de Repouso custava mil reais por mês, mas a mulher lá viu que era gente pobre, e só cobrou a metade do preço. Eu fiz a operação, e depois fiquei tão magra, tão fraca que não podia nem andar sozinha. Não pude mais cuidar

da mãe. E ela ficou lá na Casa de Repouso, mas teve *convulsão*, já tinha tido isso comigo e eu cuidava disso, mas o pessoal lá não quis, e mandaram ela internar no hospital. E eu fui lá visitá-la todo dia. E ela ficou lá, e morreu lá no hospital. Nunca mais voltou pra minha casa.

D: E depois de sua mãe morrer, como foi para a senhora?

C: Aí, Diana, a morte dela me deixou mal, senti muita tristeza, porque eu gostava muito dela. A filha insistiu em me levar a uma psicóloga; eu disse a ela que estava sentindo muita tristeza por causa da morte da minha mãe, e ela me disse que foi *depressão*, e deu comprimidos para mim. Mas não ajudou muito. O que me ajudou foi o grupo da igreja. Elas vieram me visitar em casa, fizeram orações para mim, e aos poucos eu melhorei. Mas sabe que eu senti a maior satisfação que eu tive na vida, cuidando dela. Me sentia muito bem cuidando dela. Tinha muito carinho por ela.

Com quase setenta anos à época da doença de sua mãe, Celeste se descreve como forte e saudável. As aflições que relata aparecem como resultado da natureza e do peso das atividades do cuidado e do progresso da doença da mãe mais do que em razão de problemas de saúde dela mesma. Ela descreve ter cuidado de sua mãe praticamente sozinha. Admirada por outros membros da família como “heroína” pelo seu auto-sacrifício e pela qualidade do cuidado que prestou, ao mesmo tempo ela se sente obrigada a assumir o cuidado da mãe, pelo seu amor por ela, por ser obrigação das filhas e porque ninguém mais

estava disponível. Mendes se refere a tais mulheres como “as heroínas do cotidiano” (Mendes 1998). Mas fica claro que Celeste está atuando no seio da coletividade de sua rede de parentesco, que por sua vez cuida dela, leva-a ao médico quando percebe que ficou doente, e coopera no cuidado com sua mãe quando Celeste tem de ir para o hospital.⁶

A necessidade que estes parentes sentiram de arcar com a difícil obrigação financeira de enviar sua mãe para a Casa de Repouso quando Celeste ficou doente realça papel crucial dela no cuidado de sua mãe nesta rede; ninguém mais se dispõe a tomar o seu papel de cuidadora, porque não podem devotar a mesma qualidade de tempo e cuidado que ela, como uma mulher mais velha que recebe aposentadoria, pode fazer. Quando ela adoece, eles precisam recorrer ao cuidado institucional do setor formal. Celeste é um exemplo do outro extremo dos valores comunitários sobre cuidados: diferente da filha de D. Edi, que é acusada de fazer muito pouco, Celeste é louvada como a heroína por fazer mais do que a comunidade espera destes cuidadores

Este exemplo também ilustra as dificuldades e os custos para a saúde pessoal para os que cuidam de uma parente com a doença de Alzheimer. Ainda que eu não tenha classificado as atividades e experiências dos cuidadores de acordo com doenças particulares do idoso de quem cuidam, como é comum em estudos das ciências da saúde (Caldas 2002; Santos, 2006), meus exemplos aqui confirmam suas conclusões de que o cuidado

de parentes com Alzheimer e outras demências apresentam dificuldades especiais e acarretam um custo especialmente angustiante. A outra mulher que cuida da mãe com esta doença, cuja história citei acima, também se descreve, neste período, como “muito nervosa”, tendo também desenvolvido uma úlcera.

Uma das mulheres com úlcera fez várias declarações apaixonadas durante nossa conversa sobre as alegrias e os sacrifícios pelos quais tinha passado durante o cuidado de sua mãe. Muitos dos cuidadores também manifestaram seu prazer e satisfação com essas atividades, especialmente quando cuidavam das mães e dos pais, mesmo que todos os cuidadores mencionados declarem ter passado por aflições resultantes das suas responsabilidades e atividades como cuidadores diretos. Isto levanta a questão discutida por Neri (2006, p. 10) de que as responsabilidades e atividades do cuidado podem ser positivas ainda que sejam vistas na literatura mais ampla como negativas, onde relatos de aspectos positivos deste cuidado são vistos como racionalizações de uma situação inevitável e não são levados a sério.

A LINGUAGEM DAS AFLIÇÕES

Para iniciar a discussão sobre a linguagem das aflições eu gostaria de retornar ao exemplo de Celeste e sua descrição de suas aflições e das de sua mãe e salientar, novamente, que os termos usados por ela são todos termos usados comumente nesta comunidades. Estes termos derivam de várias categorias:

incluem termos biomédicos; termos descritivos leigos, alguns com conteúdo particularmente emocional tal como tristeza; o termo estresse, que perpassa estas duas categorias e referências à popular doença dos nervos e nervoso.

Os termos biomédicos que ela usa são aqueles que foram oferecidos a ela por especialistas médicos para identificar as condições que eles diagnosticaram como biomédicas (o AVC e o câncer de sua mãe, sua própria úlcera), ou como desordens mentais (a doença de Alzheimer de sua mãe, sua própria depressão). Celeste expressa sua própria compreensão de suas aflições em termos descritivos que acompanham de perto o fardo das atividades diárias que conta realizar; ela se sente cansada, esgotada, nervosa, tem dor de barriga e, depois da morte da mãe, sente tristeza. Estes termos expressam tanto sua exaustão física e seu estado mental de tensão e angústia enquanto cuidava da mãe. Em outras palavras, são termos que expressam sua experiência *incorporada*, os aspectos físicos e mentais do sobretabalho e da preocupação coadunados em linguagem comum, cotidiana. Num contexto biomédico, estes termos são considerados “sintomas,” apresentando queixas que descrevem uma condição médica subjacente mais do que a condição em si mesma; são os sintomas de apresentação a partir dos quais o diagnóstico é parcialmente derivado. Este é o padrão nas consultas médicas (Kleinman, 1980).

A linguagem das queixas de Celeste se modifica durante suas interações com a linguagem usada pelos médicos. Seus

encontros com a biomedicina produzem para ela uma reescrita da linguagem da doença. Várias vezes durante este relato, ela vai aos médicos levando os sintomas descritivos de sua aflição; eles reinterpretem o diagnóstico dela, traduzindo-o da linguagem “popular” para a “biomédica”, tratando suas queixas como sintomas e ressignificando-as em linguagem médica: sua mãe não está esquecida, tem Alzheimer; Celeste não está nervosa, ela tem uma úlcera; Celeste diz à psicóloga que sofre de tristeza e a psicóloga lhe diz que não é tristeza, é depressão.

Mas há mais nesta ressignificação: no processo de reinterpretar os médicos também desconectam a aflição da narrativa do sofrimento na qual está socialmente enraizada e na qual Celeste a expressou. Os médicos ressignificam sua aflição como uma condição individual, uma desordem orgânica ou mental, enquanto descartam como irrelevante o enraizamento dela na doença e morte da mãe. (Taussig,1992).

No entanto, é importante reconhecer também que nem todos aqueles que praticam a biomedicina necessariamente fazem isto. Uma mulher cujo pai se viu preso à cama e “esquecido” depois de uma queda, levou-o várias vezes ao médico. Quando perguntei se ele lhe tinha dado algum diagnóstico como doença de Alzheimer, ela respondeu: “Não, o médico nunca falou isto. Pelo contrário, ele sempre dizia que meu pai não tinha doença; que era a idade mesmo”. Ao contrário do exemplo acima, no qual os médicos medicalizaram a condição da mãe de Celeste, este não medicalizou a idade avançada de seu pai mas encarou-a como uma condição natural da vida.

Uma vez que os médicos fazem o diagnóstico biomédico, Celeste tende a aceitar e usar os termos deles: “minha mãe tinha Alzheimer”; “eu tinha uma úlcera”; “eu sofria de depressão”. Mas ela continua a associar suas aflições, mesmo em sua nova terminologia, com o cuidado que prestou à mãe; em outras palavras, ela aceita a nova terminologia mas não aceita plenamente a separação da aflição da situação moral e social na qual se enraíza. Continua a pensar estas aflições como emergentes do e vinculadas ao contexto da doença de sua mãe. E sua visita ao psicólogo é significativa porque, implicitamente, enquanto Celeste pode ter aceito a linguagem do diagnóstico, ela não abraça o tratamento e, no fim, rejeita sua eficácia em favor de benefícios maiores derivados das visitas e orações dos membros de sua igreja; ela sente que são estes os restauradores de sua saúde. As instituições religiosas são mencionadas na literatura sobre cuidado como fontes de ajuda para cuidadores em sofrimento (ver Santos, 2006)), mas o que é significativo em termos de minha análise é que a ajuda que ela recebe dos membros da igreja local oferece um exemplo do enraizamento social da “cura” tanto quanto da aflição e da reafirmação dos valores comunitários.

O relato de Celeste sobre suas experiências com os médicos apresenta um exemplo bem claro do encontro entre o que Duarte (2003) chamou de forças individualizantes da biomedicina - que interpreta as aflições de Celeste em termos biomédicos como isoladas do seu ambiente social, e que

mantém uma distinção cartesiana entre doenças físicas, do corpo (úlceras) e doenças mentais (depressão) - e as noções de Celeste sobre suas aflições mergulhadas nas relações sociais e abarcando tanto a dimensão física quanto mental da aflição. Na sua afirmação “estava nervosa porque estava cuidando da minha mãe com Alzheimer” ela expressa o que é o cerne do que Duarte (1986,1994, 2003) rotula de “perturbações físico-morais”. Perturbações físico-morais, antes de tudo, são relacionais, isto é, são concebidas como imersas nas relações sociais e elas emergem e oferecem expressões de situações sociais relacionais. Mais ainda, são físico-morais: elas podem expressar doenças “mentais” e “físicas” como partes de uma mesma entidade (Duarte,2003:177). Celeste expressa sua aflição em termos relacionais como decorrentes de seu papel como cuidadora da sua mãe, enquanto que seu uso do termo “nervosa” compreende tanto sua dor de barriga quanto suas preocupações e ansiedades de cuidadora. Duarte, cuja conceituação deste termo advém de seu trabalho com a popular “doença dos nervos”, vê “nervos” como representando e expressando a ordem relacional das classes populares no Brasil (e mais amplamente, das populações marginalizadas em outros lugares do mundo) e como expressão da noção social relacional de pessoa, em oposição à ideologia hegemônica do mundo moderno ocidental, representada especialmente pela biomedicina, que apresenta o modelo moderno do “indivíduo”.

Esta visão relacional da pessoa parece apropriada para as

cuidadoras mulheres aqui apresentadas e para as vidas de outros membros mais velhos desta comunidade, que, de forma semelhante, veem a si mesmos sobretudo como imersos nas redes de família e nas de comunidade que são constituídas e se cruzam com os laços de parentesco. Eles vêem suas obrigações para com suas famílias e seus recursos como estando à disposição de suas famílias. Eu sugeriria, até, que a situação de cuidado dos idosos doentes em casa é o espaço adequado para explorar as aflições relacionadas como “perturbações físico-morais”, ainda que esta estratégia, mais do que explorar estas perturbações enquanto relacionadas a uma doença popular específica, as exploraria como emergindo em situações sociais específicas, situações que, como esta análise sugeriu, são capazes de gerar uma variedade de aflições.

NERVOS E NERVOSOS

Os termos “crise de nervos” e “nervosa”, ambos presentes na narrativa de Celeste e nas outras, merecem discussão tanto porque aparecem frequentemente nestas narrativas como linguagem da aflição quanto porque eles têm um peso forte nos estudos antropológicos de saúde no Brasil, especialmente através do trabalho de Duarte (1986; 1994). O estudo etnográfico de Silveira (2000) sobre “nervos” é particularmente relevante para minha pesquisa uma vez que foi feito em outra comunidade nativa de Florianópolis.

Os informantes de Silveira a auxiliam a deixar claro uma importante distinção que também aparece no relato de Celeste,

entre “sofrer dos nervos” ou “ter crises de nervos” e “estar nervoso(a)”. Estas duas condições foram um tanto confundidas na literatura antropológica porque ambas podem ser aludidas através do termo “nervoso(a)”. Com base em seu trabalho de campo, Silveira define “nervos”, quando usado no sentido de “sofrer dos nervos” como um “fenômeno polissêmico” (2000, p. 12) que pode abranger “quase todo o corpo e as funções orgânicas, inclusive as mentais, indo desde a ansiedade ou um mal-estar indefinido até crises convulsivas...passando por formas variadas de agressividade ou apatia” (idem, p.11). À insistência de Duarte de que as perturbações tais como “nervos” tendem a ser condições de longo prazo com crises de perda de controle e explosões emocionais deve ser somada às constatações de Silveira, bem como a constatação de que as pessoas que sofrem estas crises são consideradas pelos membros da comunidade como estando fora dos limites do comportamento normal da comunidade (2003, p.117; ver também Alves 2002, p. 162). “Nervos” pode também ter um componente de gênero: Silveira menciona que “nervos” é definida em geral como uma doença de mulheres; que quando estas manifestações aparecem entre mulheres são consideradas casos de “nervos” enquanto que os homens que têm os mesmos sintomas podem ser considerados dentro dos limites normais do compartimento masculino (Silveira, 2000:36). O uso que Celeste faz do termo “crise de nervos” para descrever o estado de sua mãe que precedeu ao diagnóstico médico de doença de

Alzheimer, seus acessos de agressividade, perda de controle e convulsões, estão de acordo com esta definição. Como descobri em outras conversas, o termo “nervos”, neste sentido, é usado na comunidade em que trabalho no mesmo sentido proposto por Duarte para se referir a mulheres que sofrem do que agora se rotula geralmente de “problemas psiquiátricos” (1994) e são estigmatizadas por esta condição “dos nervos” (Silveira 2000:46). “Doença dos nervos” não se encontra entre as aflições destes cuidadores. Longe de serem considerados como extrapolando os limites do comportamento normal, são considerados modelos de comportamento correto, “heroínas”.

“Estar nervoso”, por outro lado, é considerado como muito diferente de “nervoso” ou “nervos” atribuído àqueles que “sofrem dos nervos” ou que têm “crises de nervos”. Silveira explica que pessoas na comunidade que estudei “com freqüência, são nervosas mas não sofrem dos nervos. Como acentuam os nativos: nervoso(a), isto qualquer um pode ser, tanto faz se é homem ou mulher e por qualquer coisa que não vá bem... já sofrer mesmo dos nervos, felizmente, são poucos os que sofrem de nervos” (2000, p. 14). Em outras palavras, estar nervoso(a) é uma aflição mais comum e relativamente menos séria, que pode atingir qualquer um, e aqueles atingidos permanecem nos limites de normalidade da comunidade (idem). É neste sentido de “estar nervoso(a)” que Celeste e outros cuidadores com quem trabalhei e pessoas na comunidade falam. É o termo que Celeste usa com maior freqüência no

seu relato para descrever as aflições por que passa no cuidado com a mãe. Seu uso aqui sugere que o termo “nervosa” compartilha a mesma qualidade polissêmica de “doença dos nervos” e abrange muitos aspectos de sua aflição, tanto mental quanto física: suas sensações de estar estressada, esgotada e sua dor de estômago; é este termo, “nervosa”, que ela, tal como Dona Nilda, usa para descrever sua aflição para o médico. “Eu disse pra ele que eu estava nervosa de cuidar da mãe com Alzheimer”, e é só quando ele a corrige para dizer que ela não está nervosa, mas tem uma úlcera, que ela aceita ter também um mal especificamente orgânico. Significativamente, até que a úlcera seja diagnosticada pelos médicos, ambas as mulheres consideram seu estômago dolorido como sendo parte de seu estado de “nervosa”. Ambas mostram que assim como “doença dos nervos”, “nervosa” é um estado polissêmico que tanto pode se referir às aflições físicas quando mentais. Ao se identificarem como “nervosas”, Celeste e Nilda se viram em termos corporificados; elas tinham reações corporais ao cuidado com suas mães, cujos efeitos eram expressos sobre seus corpos e mentes, inseparavelmente.

No entanto, ainda que Celeste, como outros dos sujeitos pesquisados, continue a descrever a si mesma e a outros em sua família como estando nervosos, esta situação pode estar mudando. Celeste usa outro termo, “estresse”, que eu ouço também bastante entre as outras mulheres: “Ah, hoje eu estou muito estressada... tenho demais pra fazer e minha irmã vem

hoje com a família para almoçar”. Assim como os termos “nervosa”, “estressada” expressam as ansiedades e pressões criadas pelas demandas de situações sociais específicas. Uma mulher a quem perguntei sobre “estar nervosa” responde: “Ah hoje ninguém mais usa o termo nervosa; é tudo estresse, depressão, até esquizofrenia”. Ela colocava, assim, o termo “estresse” junto com outros da linguagem psicológica, alegando que a linguagem popular “dos nervos” está sendo substituída por termos biomédicos, científicos, “modernos”. Em seguida a este comentário ela fez referência a uma novela de televisão que estava passando, na qual um dos personagens sofre de esquizofrenia, observando que a apresentação da doença estava fornecendo ao público uma compreensão dela melhor do que se tinha antes⁷.

DISCUSSÃO

Quero, agora, situar minhas informações sobre prestação de cuidados e a Terceira Idade no contexto mais amplo das transformações contemporâneas na família e na sociedade. O cuidado de idosos doentes em casa aparece como crucial em relação a três desenvolvimentos importantes. O alarme sobre os crescentes índices do envelhecimento da população brasileira e a proporção crescente de idosos na população e sua aumentada longevidade, junto com o declínio da fertilidade e da mortalidade infantil, da taxa de fecundidade, da taxa de natalidade e conseqüente decréscimo do número de crianças (Franca e Soares 1997, p. 146-149) levanta novas questões sobre

quem vai cuidar destes idosos. O governo brasileiro não está equipado para fazê-lo e tem emitido diretivas para que as famílias cuidem de seus parentes doentes e velhos em casa (Santos, 2006). Debert (1999) chamou a isto de “privatização do envelhecimento”.

Mais ainda, as famílias brasileiras que devem arcar com o peso deste cuidado são vistas como em processo de “desestruturação”: redução no tamanho, de famílias extensas a famílias nucleares, com menor número de crianças; crescente instabilidade em virtude do divórcio; perda de coesão e aumento dos conflitos de gênero e gerações. Costa lamenta que “[o] lar moderno deixou de cumprir suas antigas funções. Em vez de propiciar carinho e proteção, estaria fomentando a Guerra entre os sexos e as gerações” (Costa 1987:11, citado por Franca e Soares, 1997; ver também Lins de Barros, 1987). Muitos temem o impacto devastador destes fatores sobre a habilidade das famílias de cuidar de parentes idosos em casa (Chaimowitz, 1998.), apesar de que pesquisadores também dizem que esta visão sinistra de uma família brasileira crescentemente disfuncional tem sido contestada e está dando lugar a uma noção mais matizada e complexa da pluralidade das composições familiares (Alves, 2008, p. 126). Enquanto isso, as famílias, num amplo espectro de localidades e classes sociais, continuam a cuidar de seus idosos doentes em casa; na verdade, Santos (2006, p. 10) sugere, num paradoxo, que tal cuidado aumentou nos últimos 10 anos.

Em minha pesquisa com idosos cuidando de idosos doentes em casa, tive poucas evidências destes processos de desestruturação, mas preciso dizer que tenho trabalhado, principalmente, com mulheres de uma geração mais velha, entre as quais tais mudanças são menos evidentes. Mesmo nas meus questionamentos sobre as gerações mais jovens, ainda encontro relativamente pouca evidência de tais rupturas familiares. Ao contrário, o que chama a atenção é a estabilidade das unidades residenciais; muitos filhos e netos continuam a viver nos terrenos de seus pais na comunidade, e encontrei também a cooperação e solidariedade intergeracional continuada nas redes de cuidadores que são mobilizados para atender os idosos doentes. Este fato é um argumento contrário ao da dissolução familiar. E, ainda que a interface de gênero, geração, classe social e etnicidade que produziu as obrigações assumidas por estes cuidadores mais velhos esteja certamente mudando, parece-me provável que as obrigações continuem a motivar atitudes ainda que, talvez, sejam constituídas de novas formas.

Meu estudo nesta comunidade sugere que, ao menos por agora, os valores comunitários continuam a exercer pressão sobre as mulheres para que cuidem dos idosos de sua família, sem que haja pressão ou coerção aparente das políticas públicas. Em outras palavras, este grupo produz imperativos para o cuidado dos idosos doentes por si mesmo e assim reproduz as diretivas do Estado sem a intervenção deste. O Estado se

beneficia dos valores da comunidade geradores dos imperativos morais que orientam estes cuidadores da terceira idade.

Uma segunda questão se relaciona às minhas observações que as cuidadoras de idosos neste estudo são, elas mesmas, membros do Grupo de Terceira Idade. Ainda que este grupo seja auto-seletivo de idosas, e eu certamente não quero dizer que todos os cuidadores sejam idosos, sua visibilidade nesta comunidade leva-me a duas observações. Uma di respeito às questões de gênero e envelhecimento e a outra, às relações entre a terceira e a quarta idade. Em relação a gênero e envelhecimento, as mulheres mais velhas e as de gerações mais velhas, especialmente viúvas, tem sido descritas na literatura sobre comunidades nativas (Motta, 1998; Silva, 2006) e outras (Brito da Motta, 2002, p. 45; Faircloth, 1998, p. 8) como pessoas com maior liberdade, sendo “mais livres” das restrições de gênero e de responsabilidades domésticas para com suas famílias do que em períodos anteriores de sua vida. A pressão doméstica continuada sobre os idosos enquanto avós para que cuidem de seus netos tem sido discutida, não só em termos da importância de seus laços afetivos com seus netos mas também como cargas impostas a eles pelos filhos, às vezes encaradas pelos idosos com relutância e mesmo hostilidade, como fica evidenciado na nomenclatura “vovós babás” (Lins de Barros, 1987, p. 68) ou “serviços de avós como auxiliares domésticas” (Brito da Motta: 1999, p. 214).

No entanto, não conheço discussões que abordem a maior

liberdade declarada das idosas em relação aos deveres domésticos na idade avançada e no contexto de das obrigações familiares de cuidar de idosos doentes da sua geração ou de uma anterior. Minha pesquisa sugere que nesta geração de idosas desta comunidade, tais liberdades das mulheres mais velhas podem ser exageradas no discurso; ao menos, são condicionais à saúde dos outros idosos na família. Suas responsabilidades de gênero para o cuidado dos dependentes em casa pode continuar à medida que envelhecem e pode ser invocada a qualquer momento, impondo-lhes uma carga pesada e em geral por longo período. Estas são obrigações, como mostrei, difíceis de evitar e que significam que a liberdade aparente pode ser súbita e drasticamente abreviada. Se a participação no Grupo de Terceira Idade for vista na medida das novas liberdades para as mulheres mais velhas, a necessidade destas mulheres de se ausentarem destas atividades durante os períodos de cuidados com os idosos oferece evidência poderosa de suas possibilidades restritas de aproveitar estas liberdades. Elas podem ganhar muito respeito, tornarem-se heroínas em suas famílias e na comunidade, um heroísmo que celebra não só suas realizações pessoais, mas as coletivas, uma heroína reforçando o papel modelo. Elas podem manter laços afetivos próximos com parentes idosos e doentes e ter prazer no cuidado e querer prestá-lo, mas, ao mesmo tempo, na realidade tem pouca escolha; é um heroísmo forçado. Como sugeri, as mulheres que resistem a cumprir este papel de cuidadoras

perdem o respeito tanto da família quanto da comunidade. Além de circunscrever suas liberdades, tais atividades de cuidadoras têm custos de saúde reais, como mostrei na discussão da linguagem das aflições. Estresse, ansiedade, angústia e outros sintomas psicológicos e físicos ou físico-morais são produzidos neste cuidado e o impacto na saúde destas mulheres pode ser maior por causa de sua idade mais avançada no momento em que assumem os encargos do cuidado.

Como as experiências destas cuidadoras se relacionam com as discussões sobre a terceira e quarta idades? Argumento que elas oferecem evidência de que a terceira idade é que cuida da quarta idade. As mulheres cuidadoras que tenho discutido aqui estão todas acima dos sessenta anos, encaixando-se, assim no critério de participação nos Grupos de Terceira Idade, ainda que, como a maioria nestes grupos, não se considerem velhas (Alves, 2008, p.132; Debert, 1999; Leibing, 2005). Elas são idosas cuidando de outros idosos, ainda que sejam, em geral, mais moças (de 61 a 75) do que os idosos de quem cuidam cuja idade está entre os 80 e os 95. No entanto, na terminologia atual, são membros da terceira idade cuidando da quarta idade, uma vez que a distinção entre estas “idades” não está marcada pela idade cronológica, mas por diferenças nas condições físicas e no estilo de vida. A terceira idade é definida como a idade do período após a aposentadoria, “entre idade adulta e a velhice” (Leibing, 2005, p. 18) e está baseada na idéia de prolongamento

da meia idade, promovendo um compromisso com o “envelhecimento positivo” e o prolongamento da alegria de viver através de atividades que mantenham a saúde física, ofereçam prazer e lazer e mantenham a independência e a autonomia. A quarta idade, por contraste, é uma “contra-categoria”, negativa em relação à terceira idade na qual são projetados todos os aspectos negativos do envelhecimento, associados com o declínio físico e a dependência de outras pessoas (Leibing 2005, p. 18). A linha entre estas categorias é frágil; a transição de uma a outra ocorre com o declínio físico, e isto tem sido visível no Grupo de Terceira Idade com que tenho trabalhado nos últimos quatro anos, na medida em que os membros adoecem, súbita ou gradualmente, e deixam o grupo para serem cuidados em casa, perdendo sua independência.

Alguns pesquisadores enfatizam a interdependência entre estas categorias, alegando que os relatos otimistas sobre a terceira idade só resultam possíveis por que se projeta na escura quarta idade todos os aspectos negativos do envelhecimento. (Twigg, 2003, p. 146; Leibing, 2005). Outros sugeriram ou afirmaram diretamente que a onda atual de atenção à terceira idade, com a promoção de atividades para velhos saudáveis, tem tirado a atenção e os recursos das necessidades dos velhos da quarta idade, dependentes e doentes, e levado a negligenciá-los. (ver, por exemplo, Debert, 1999).

Esta acusação pode ter alguma verdade, no entanto deve ser qualificada pela minha evidência de que as mulheres da

terceira idade estão ajudando a cuidar dos indivíduos da quarta. Cohen (1955, p. 319) adverte que “um etnógrafo deve prestar muita atenção à relação entre aquele que fala e o corpo em processo de envelhecimento”. De um ponto de vista institucional, aquilo que ele designa como “conhecimento sobre o corpo em processo de envelhecimento em abstrato”, pode ser verdadeiro que a atenção às atividades da terceira idade tenha levado à negligência das necessidades dos idosos dependentes da quarta idade. No entanto, os casos estudados aqui, a que Cohen se referiria como “conhecimento sobre um corpo particular em processo de envelhecimento”, sugerem que, longe de retirar atenção e recursos do cuidado com idosos dependentes da quarta idade, os membros da terceira idade nesta comunidade estão ativamente engajados no provimento de cuidado para os idosos dependentes e são decisivos ao fazê-lo. Outro estudo em Florianópolis também mostra que a maioria dos cuidadores de idosos doentes em casa são, eles mesmos, idosos (Santos 2006, p. 102). Seguindo a lógica desta evidência, as atividades oferecidas aos membros deste Grupo de Terceira idade, a ginástica, a vida social, os passeios, ajudam-nos a permanecer saudáveis e ativos tornando-os disponíveis para cuidar dos idosos da quarta idade em suas próprias famílias e também a retardar o tempo em que eles se tornarão idosos doentes em suas casas. Este cuidado de uma “idade” por outra “idade” acontece dentro da família, longe da visão pública, de forma que esta importante contribuição das atividades da

terceira idade no cuidado dos idosos dependentes deixou de ser notada. A conexão entre tais atividades cuidadoras e a participação nos Grupos de Terceira Idade em comunidades tais como esta só se tornam visíveis quando ambos são vistos juntos, no contexto das práticas e valores das comunidades locais. Estes dão o sentido da interdependência, ou melhor, da dependência da terceira e quarta idades entre si. Cuidadores da terceira idade cuidam dos parentes da quarta, os da terceira idade se tornam parte da quarta, necessitando deste cuidado e tendo a esperança de que serão cuidados, para reproduzir, desta vez do outro lado, o drama cíclico da necessidade e do cuidado.

Isto me conduz a outra questão relativa à importante distinção entre o conceito de Terceira Idade como uma ideologia e como é vivido e praticado pelos membros de uma comunidade em particular. Terceira Idade apresenta uma imagem nova de envelhecimento bem sucedido, associada à ambição, ao aprimoramento de si e à independência, focada na competência e no esforço individuais, que não leva em conta a importância da interdependência social na idade avançada (Luborsky, 1995, p. 278; Leibing, 2005). Terceira Idade é concebida como uma “ideologia” de comprometimento com a saúde individual, autonomia e prazer que traz consigo os valores da classe média associados à sua origem francesa e influência americana (Leibing, 2005). Apresenta-se como outro exemplo do que Duarte chama de ideologia individualizante hegemônica do mundo moderno ocidental. No entanto, na

comunidade na qual tenho trabalhado, a ideologia da Terceira Idade tem sido ressignificada pelos membros do grupo, que veem o grupo como um lugar de apoio e que reforça seus valores relacionais e seu sentido de conexão social. Eles preservam sua saúde não só para satisfação e prazer individuais, “para gozar a vida”, mas de forma condizente com os parâmetros da responsabilidade familiar. Assim me comentou uma pessoa: “eu fico muito triste, tenho muita pena de faltar na ginástica: eu preciso dela para ficar forte e saudável de jeito que eu possa cuidar de minha família. Minha família precisa de mim”. Estas mulheres mais velhas conhecem e aceitam seu papel crucial de cuidar de seus lares. As ideologias que produzem instituições tais como os Grupos de Terceira Idade podem ser individualizantes, mas de novo, nesta dimensão vivida, são moldadas pelas práticas de uma comunidade particular. Este ponto, de que a vida social começa nas relações sociais elas mesmas e pode ter um efeito transformador das ideologias, confirma o argumento de Duarte discutido acima.

Continuando esta discussão, Duarte argumentou, persuasivamente, que as doenças nas classes populares estão imersas em redes de relações e que as conceitualizações de doença, especialmente como são representadas na “doença dos nervos”, imersas nestas relações, são em grande parte independentes de ou resistentes à hegemonia ideológica e conceitual do pensamento científico ocidental, com seus dualismos como mente e corpo e sua linguagem científica

individualizante. A questão colocada por minha pesquisa é o que acontece nas classes populares quando pessoas como estas, cujas narrativas apresentei aqui, começam a usar a linguagem da medicina científica? As mulheres cuidadoras que mostrei são membros de uma vizinhança que pertence às classes populares; de fato, estas mulheres mais velhas, muitas das quais são quase analfabetas, que foram criadas e criaram suas filhas no que ainda era uma comunidade camponesa, podem ser consideradas como estando especialmente distantes do mundo urbano contemporâneo. A vizinhança na qual suas vidas se alicerçam é caracterizada por relações de parentesco densas e sustenta uma comunidade moral poderosa que se manifesta nas redes de cuidadores e na ética do cuidado dos mais velhos por parentes em suas casas.

No entanto, os modos de expressão destas mulheres utilizam a linguagem da ciência moderna. Citei uma opinião vinda do seio da comunidade que sugere que a linguagem dos “nervos” está sendo suplantada pela linguagem da ciência médica e observei isto, eu mesma, nas conversas com outros na comunidade. Encontrei relativamente poucas evidências das muitas categorias *folk* ou populares que encontrei em meados dos anos 1970 entre membros das classes populares na periferia da cidade de Campinas, São Paulo, onde discussões elucidavam, rotineiramente, miríades de doenças, incluindo “nervos”, de adultos tanto quanto de crianças, como também era o caso da elite local com quem também trabalhei (Brown, 1980; 1992).

Ao contrario, surpreendi-me nesta comunidade de Florianópolis, com a adoção e uso cuidadosos da linguagem biomédica pelas pessoas. Ao discutirem problemas de saúde, estas mulheres fazem questão de usar a terminologia médica própria e se orgulham de poder fazê-lo, não só as pessoas mais jovens da comunidade, mas também aquelas com 60, 70 e 80 anos. Por exemplo, elas falam rotineiramente e com confiança, de radioterapias, quimioterapias, operações de aneurisma no abdômen, sobre aqueles que sofrem isquemia cerebral, um AVC, uma hérnia inguinal, tireoidismo. Mais ainda, estas mulheres estão muito ansiosas por aprender a usar computadores e se inscrevem no curso básico oferecido pela igreja local. Elas querem ser capazes de se comunicar com seus filhos e parentes em outros lugares mas também querem a satisfação de serem capazes de compreender e participar do mundo moderno. É isto que parece também motivá-las no domínio das complexas linguagens da biomedicina e da psicologia. Parece-me que as mulheres de idade, mais do que os homens talvez, avaliam bem os benefícios da “modernidade”. Quando perguntei aos homens de idade, que tinham sido principalmente pescadores, sobre os velhos tempos e se eles achavam que estavam melhor ou pior agora, eles tipicamente respondiam que preferiam o passado, quando tudo era sossegado e eles podiam realizar, sem interferências, a atividade que mais

identificam com sua identidade masculina – pescar. As mulheres tendem a responder de outra forma: que elas acham a vida agora muito melhor do que era no passado. Citam as vantagens da eletricidade, da água corrente, das estradas, dos supermercados – tudo que fez suas atividades domésticas ficarem mais fáceis. Esta reação de gênero às mudanças “modernas” talvez também influencie o interesse que elas manifestam pela terminologia biomédica e pelos computadores.

A linguagem científica e as categorias de doença parecem estar tomando o lugar do léxico das doenças populares ao mesmo tempo em que estas mulheres mais velhas se mantêm socialmente imersas nas suas famílias e comunidades. Elas estão encontrando e se apropriando claramente da terminologia da biomedicina; na verdade elas estão saboreando este processo. Ao mesmo tempo, a aceitação da nova linguagem biomédica não parece ter trazido com ela as tendências individualizantes da separação dualista de corpo/mente da tradição hegemônica “moderna” de onde deriva. É até possível que as classes populares estejam se apropriando da linguagem médica para situá-la no seu próprio campo social, para suas próprias finalidades, usando-a na mediação de situações de obrigação social, ao mesmo tempo em que retêm a natureza relacional e físico-moral de sua compreensão e aplicação destes termos.

Agradecimentos

Quero agradecer ao CNPq pela bolsa de Pesquisador Visitante na UFSC, no período 2005-2007. Agradeço também a Sônia Maluf pela paciência, a Jean Langdon e Cleide Albuquerque pelas sugestões e comentários durante a pesquisa de campo e a Maria Amélia Dickie por toda a ajuda, apoio e pela tradução do inglês.

NOTAS

¹ Tenho acompanhado as atividades de seus membros a cada ano, entre os meses de junho a agosto.

² Rial (1994) mostrou que, em anos recentes esta designação negativa, significando algo como “caipira”, foi ressignificada para expressar exotismo e o ser pitoresco.

³ Este padrão residencial reflete os padrões de ocupação da terra que datam do século XVIII quando a Coroa Portuguesa deu posse de terra para estas famílias imigrantes na forma de estreitas faixas de terra que iam do mar até o topo das colinas circundantes (Campos, 1991). Ainda que tenham perdido ou vendido parte desta terra para os de fora, a lei ainda reconhece seus direitos de usufruto sobre quantidades significativas de terra.

⁴ Mendes (1998) (ver também Neri 2006:26) propõe uma série de imperativos que definem as determinações de quem será o cuidador principal de um parente doente. Estes incluem: “parentesco, com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; gênero: com

predominância para a mulher; proximidade física, considerando quem vive mais perto da pessoa que requer os cuidados; e “proximidade afetiva: destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos”.

⁵ “Não deveríamos assumir que a proximidade de parentesco se traduza sem problemas em proximidade corporal”.

⁶ Tal arranjo, em que parentes juntam dinheiro é, às vezes, chamado de “monte” (Rial, 1988; Silva, 2006).

⁷ O termo “estresse” é um substituto interessante para “nervos”. Na medida em que tem sido popularizado e agora é um termo leigo, tendo se tornado parte do léxico nativo sob a influência dos termos biomédicos usados pelos agentes de saúde e pela mídia, sua origem está na ciência médica. De fato, também é considerado pelos médicos como um termo de diagnóstico biomédico suficientemente amplo e vago para aqueles que dizem que estão “sofrendo dos nervos” (Silveira, 2000, p. 66). Por isto, é um termo que faz a ponte entre termos leigos usados na comunidade e as terminologias médicas modernas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUCHILLET, Dominique (org). A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: *Medicinas tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEB / Cnpq / SET / PR / CEJUP / UEP, 1991.

CNBB REGIONAL SUL IV. **Manual da Pastoral da Saúde**. Florianópolis: CNBB Regional Sul IV, 2000.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo. Cesar; MINAYO,

Maria Cecília de Souza (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. P. 83-90.

_____. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras*. Rio de Janeiro: JZE/CNPq, 1986.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciências & Saúde Coletiva*. v. 8, n.1, pp. 173-183, 2003.

_____. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: LEAL, Ondina F.; DUARTE, Luiz Fernando D. (orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FOUCAULT, Michel. A casa dos loucos. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. P. 113-128.

MALUF, Sônia Weidner. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, v. 5, n.12, Dezembro de 1999, 69-82.

_____. Peregrinos da Nova Era: itinerários espirituais e terapêuticos no Brasil dos anos 90. *Antropologia em Primeira Mão*. Florianópolis: PPGASD UFSC, 2007, 5-26.

RABELO, Miriam C. Narrando a doença mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In: RABELO, Miriam C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (orgs). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

_____; ALVES, Paulo Cesar. Tecendo o *Self* e Emoção nas Narrativas de Nervoso. In: RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo Cesar.; SOUZA, I. M. (orgs). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

SILVEIRA, Maria Lúcia. *O Nervo Cala, o nervo fala: A linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

SOUZA, I. M. Um retrato de Rose: Considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: LEAL, O. F.; DUARTE, L. F. D. (orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.



O GÊNERO NO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA



Ana Paula Müller de Andrade

O campo da saúde mental e da reforma dos modos de cuidar em saúde mental, especificamente o processo da reforma psiquiátrica brasileira, tem se mostrado um terreno profícuo para a construção de entendimentos acerca dos processos que atravessam tanto a prática cotidiana da assistência e a militância política como a produção teórica necessária para a superação de práticas asilares, que tendem a reforçar o estigma e o preconceito para com a loucura e o louco - este último entendido, segundo Pelbart (1990), como o personagem social produzido com o encargo simbólico de corporificar a loucura.

As reflexões trazidas no decorrer deste trabalho têm como objetivo discutir aspectos relacionados à questão do gênero, no âmbito da assistência, militância e política pública, no movimento¹ da reforma psiquiátrica brasileira, iniciado na década de 70 a partir do questionamento dos saberes e práticas psiquiátricos e o espaço do hospital psiquiátrico como local de tratamento. É importante entender que a emergência deste

movimento foi fruto de um momento histórico no qual os movimentos sociais exerceram um papel fundamental na conquista de direitos e, também, espaços de abertura e discussões sobre a realidade sócio-política e de algumas verdades, tomadas, até então, como absolutas. Em sua análise sobre os diferentes movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo (Itália, França, Estados Unidos, dentre outros países), Desviat (1999) mostra como o contexto pós-Segunda Guerra, aliado a outros fatores como o advento dos psicotrópicos e da psicanálise foram elementos propulsores destes, que aconteceram de maneiras distintas nos diferentes países em que ocorreram.

O processo da reforma psiquiátrica brasileira teve seu início e foi desencadeado tendo como contexto o país em processo de democratização e, especificamente, um diálogo estreito com a experiência italiana², que já iniciara seu processo de reforma psiquiátrica, aprovara a Lei 180 e já fechara os hospitais psiquiátricos. Iniciado por trabalhadores da saúde e sustentado, até os dias de hoje por diversos atores, tais como usuários dos serviços, familiares, trabalhadores da saúde e também de outros campos do conhecimento, tal processo ganhou força em um encontro na cidade de Bauru, em 1988, reunindo todos os envolvidos e que, com a criação do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, impulsionaram o movimento da reforma psiquiátrica no país e reforçaram a necessidade de transformações no campo da saúde mental.

Em 2001, após vários anos de tramitação no Congresso Nacional e de mobilizações da sociedade civil organizada, o país aprovou a Lei 10216 (Brasil, 2004) que estabelece direitos para os portadores de transtornos mentais e redireciona a assistência psiquiátrica no país, indicando a criação de uma rede de serviços comunitários que substitua o hospital psiquiátrico. Desde a aprovação da lei, muitos serviços de saúde mental, baseados nos pressupostos do modelo psicossocial^B de cuidado (CAPS, NAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, além da articulação com a Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família) vêm sendo implantados, de forma heterogênea, em todo o país. A proposta de assistência nestes serviços prevê a formulação de um projeto terapêutico que contenha propostas capazes de superar a simples assistência e incorporar uma nova forma de cuidar, contribuindo para a invenção de novas perspectivas de vida e de subjetivação para os sujeitos. Estes serviços deveriam estar orientados dentro de uma proposta territorial, para permitir a organização da rede de cuidados em saúde mental na comunidade, o mais próximo possível da população a ser atendida. A construção destes espaços tem produzido novos sentidos e despertado inúmeras inquietações acerca dos avanços e retrocessos do movimento da reforma psiquiátrica, por se tratar de um “processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas e de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção

teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental.” (Amarante, 1996, p.14)

Ao propor uma transformação no âmbito das relações da sociedade com as questões da saúde mental, dentre as inúmeras questões que o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil despertou na busca pela desinstitucionalização⁴ da loucura, podemos reconhecer, no mínimo, três pontos estabelecidos para que tal reforma pudesse avançar e alcançar seus objetivos. Eles serão apresentados aqui em separado, mas são completamente interligados. Um deles estaria situado no âmbito da extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, que pragmaticamente, deslocaria o hospital da pessoa que sofre.

Com a tentativa de superação do entendimento tanto da loucura como do louco, o cuidado exercido nos serviços de saúde mental criados a partir do processo de desinstitucionalização, diferentemente do hospital psiquiátrico, pressupõe espaços para a produção de outros modos de subjetivação, não só para as pessoas que sofrem, mas também para os profissionais e os familiares; espaços estes que superem aqueles impostos pela cultura manicomial, uma vez que o hospital psiquiátrico/asilo e o isolamento, através de suas práticas asilares, acabam com as possibilidades de significação pelos sujeitos, sendo também, como sugeriram Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), um “lugar zero dos intercâmbios sociais”.

Neste sentido, no desenvolvimento da pesquisa Gênero, subjetividade e saúde mental, pudemos perceber o quanto o gênero tem estado presente no cenário da saúde mental e tem se constituído num outro regime de subjetivação, revelando uma importante interface: gênero e saúde mental. Percebemos também que, ainda que a categoria gênero não esteja presente nas políticas de saúde mental, nas diferentes esferas de governo, bem como no discurso dos trabalhadores e militantes e nos projetos terapêuticos dos serviços, sua presença no campo assistência se inscreve de forma significativa exigindo esforços para a compreensão desta interface, com a qual este trabalho pretende contribuir.

PARTICULARIDADES DO PROCESSO: GÊNERO E SAÚDE MENTAL

Com base no exposto anteriormente e a partir dos dados da pesquisa, em suas diferentes dimensões, podemos perceber que tanto a saúde mental quanto o gênero vem se constituindo como regimes de subjetivação que se desdobram não apenas nas políticas públicas como também nos modos de cuidar e buscar cuidados nos serviços de saúde mental.

O gênero, conforme apontam Rohden (2001) e Laqueur (2001), tem estado presente nas concepções da medicina de forma significativa a partir do século XIX e o conjunto de concepções que advém desse saber tem instituído uma série de concepções ligadas, em especial, as questões reprodutivas e às assimetrias de gênero historicamente construídas. Tais concepções se inscrevem também no campo das representações

quanto ao sofrimento psíquico, entendido tanto no modelo dos nervos, como no modelo da saúde/doença mental⁶ e atravessam as concepções quanto a sua etiologia e terapêuticas. Em sua análise sobre a construção da ginecologia como uma ciência da diferença Rohden argumenta que é possível dizer “que as teorias da insanidade e das doenças dos nervos nas mulheres, baseada no predomínio da função reprodutiva, foi predominante no século XIX porque as mulheres também ‘experimentavam’ suas vidas reprodutivas como problemáticas”. (2001, p.30)

É possível perceber que as “teorias da insanidade”, atualizadas nos dias de hoje, marcam o campo da saúde mental, seja na assistência, militância ou política pública, e se encontram permeadas por uma racionalidade biomédica e psicologizante. Nesse sentido, diante das mudanças produzidas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira, bem como pela disseminação de uma cultura psicanalítica, tal como apontado por Figueira (1988) ou então, como apontou Maluf (2006), de um possível deslocamento, entre as camadas populares urbanas brasileiras, em anos recentes, da configuração dos nervos para um modelo que combina psicologização e medicalização da subjetividade, percebe-se que há um alargamento do campo do que é considerado patológico, mais precisamente, sobre a experiência do sofrimento mental.

Um ícone deste processo pode ser reconhecido na intensificação do diagnóstico da depressão, a partir do modelo

biomédico, em especial, entre as mulheres. Esta intensificação diagnóstica, combinada com a sua hipermedicalização apontaria para uma contradição do que foi sugerido por Costa-Rosa (2000) no que diz respeito ao estreitamento da faixa do tratável na perspectiva do modelo psicossocial, em que não se pretenderia tratar todas as experiências como problemas de saúde mental dada a complexidade das mesmas. Tal contradição aponta para uma possível limitação ou dificuldade enfrentada pelo movimento da reforma psiquiátrica na consolidação de um de seus pressupostos onde, ao invés de se atentar para a convivência com a diferença e a pluralidade de experiências, há uma atenção voltada predominantemente para o diagnóstico, a categorização, a ordenação e a classificação das experiências de vida.

O gênero tal como exemplificado neste processo tem marcado, assim, as concepções e teorias acerca do sofrimento/insanidade, bem como as políticas públicas, a militância e a prática assistencial, tal como apontou Silveira: “Além disso, gênero tem motivado o atendimento diferenciado na assistência médica, seja pela especificidade de características médico - fisiológicas, seja pelos preconceitos e estereótipos médicos a ele ligados.” (2000, p.84)

Estas marcas, ainda que não estejam presentes explicitamente no rol de preocupações dos envolvidos no movimento da reforma psiquiátrica, são reconhecidas pela maioria destes. Quando se questiona sobre qual é o público

que recorre aos serviços de saúde mental de alta, média ou baixa complexidade, seja entre gestoras/es e/ou trabalhadoras/es, a resposta é sempre a mesma: as mulheres. Tal fato faz pressupor que a pouca preocupação com uma particularidade tão marcante neste campo possa ser entendida como fruto de um entendimento de uma natureza feminina do sofrimento afetivo. Como foi apontado por Rohden, quanto a uma concepção de natureza feminina ligada a questões biológicas (o útero): “Daí derivaria a idéia de que as doenças das mulheres nada mais seriam do que a expressão mesma de sua natureza. Na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres.” (2001, p.16) E, por isso, não se envidaria esforços para um entendimento maior disso.

Outros estudos⁷ têm apontado para o fato de que as práticas assistenciais apresentam uma significativa presença da dimensão do gênero, tanto pela busca de alívio do sofrimento pelas mulheres nas unidades de saúde quanto pelo relacionamento que as mesmas estabelecem com seus pares no seu cotidiano, nos seus lugares de convivência e sociabilidade. Como sugeriu Maluf (2006: 7):

Nos estudos antropológicos sobre saúde mental, distúrbios psicológicos e/ou perturbações nervosas o gênero tem aparecido em sua relevância etnográfica - tanto quantitativa, pelo alto índice de mulheres sofredoras desse tipo de perturbação, quanto qualitativa, pelas especificidades da experiência social “feminina” da doença e do sofrimento psicológico, físico - moral ou do nervoso.

De toda maneira, falar da superação de práticas asilares em relação ao gênero é também falar da experiência de mulheres acometidas pelo sofrimento psíquico que por não terem sido asiladas em função de suas diferenças e/ou sofrimentos, podem produzir novos significados para sua experiência de sofrimento e que procuram atendimento nas unidades de saúde para alívio do mesmo, traçando itinerários terapêuticos diversos. Nestes itinerários, e mais especialmente nas unidades de saúde, é possível perceber que o gênero se produz por uma complexidade de fazeres onde os saberes e os poderes se inscrevem. Especialmente quanto às mulheres, esses são visivelmente marcados em seus corpos e subjetivamente experimentados, pela intensa medicalização de seus sofrimentos. Assim, as transformações produzidas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira têm gerado transformações na vida de inúmeras pessoas que passaram a compor o cenário da saúde mental no país e que tem experimentado diferentes modalidades de atenção. Destaco aqui uma consideração importante de Rotelli quanto a estas transformações:

Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes [*e, também, à das mulheres*]⁸. Que tratar signifique

ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir esse sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta cotidiana. (2001, p.94)

Por isso, é importante compreender como o movimento da reforma psiquiátrica e o modelo psicossocial por ele proposto tem conseguido considerar as relações estabelecidas pelas mulheres nos seus espaços de cuidado, convivência e sociabilidade. Além de pensar nestas relações também é necessário entender os objetivos para os quais estes serviços foram criados e como pensar sobre os mesmos na perspectiva apontada por Bezerra de que

qualquer dispositivo de cuidado (CAPS ou outros) visa não apenas evitar o sofrimento desnecessário, mas também criar espaços de tolerância e modos de acolhimento e convivência com aquilo que – na vida subjetiva – é da ordem do intratável, do inevitavelmente doloroso, do que “não tem remédio nem nunca terá”. (2004, p. 27)

O sofrimento é entendido aqui não apenas como uma categoria nosográfica, mas como uma experiência subjetiva e elemento mediador das mulheres nas suas relações cotidianas. Silveira, em sua pesquisa sobre a questão dos *nervos* numa comunidade do Campeche, demonstrou como a questão dos nervos é traduzida na sua dimensão relacional e sociocultural, no sentido de que se apresenta como um mediador das relações naquela comunidade, argumentando que

Na sua multiplicidade de apresentações, usos e finalidades, pude compreender os casos dos nervos entre as mulheres do Campeche como atos ou cenas representativas de crises dentro dos dramas sociais que se desenvolvem a custa de situações relacionais, as quais demandam formas coletivas de resolver ou de reequilibrar o grupo social envolvido. (2000, p.89)

Entendo ser importante destacar que a questão relacional não diz respeito apenas à relação profissional – usuária, mas das demais relações travadas pelas pessoas nas suas experiências de vida social, familiar, profissional, dentre outras. Retomar esta discussão em conjunto com o entendimento de sujeito que está por trás da proposta da reforma psiquiátrica e por dentro do movimento social que lhe deu origem, é indicar que, ao que se pode perceber, apesar dos avanços representados pela transformação dos modos de cuidar em saúde ainda é possível reconhecer a manutenção de uma lógica manicomial que persiste nos modos de subjetivação.

A reforma da concepção cultural hegemônica, que é reproduzida nos saberes e fazeres, no comportamento das pessoas, nos modos de subjetivação, precisa ser compreendida a partir de concepções fundamentais, tais como a de louco e a de loucura, para que se possam construir, de fato, práticas inovadoras. Nesse sentido, uma provocação quanto ao papel dos atores desse processo e das concepções de loucura, terapêutica e o louco é feita por Pelbart, que, ao discutir tais concepções, diz:

Por louco entendo esse personagem social discriminado, excluído e recluso. Por loucura, que para facilitar chamarei aqui de desrazão, entendo uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que a civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além. (1990, p.133)

Este personagem, objetivado, desconstituído de sua subjetividade porque entendido como destituído de razão, passa a ser foco de intervenções como, por exemplo, a (hiper) medicalização de sua existência e de seu sofrimento e o fato deste sofrimento ser apreendido como uma categoria diagnóstica previamente estabelecida. Discutindo o processo de reabilitação psicossocial e a clínica exercida nos serviços de saúde mental criados na lógica do modelo psicossocial, Bezerra sugere pensar o sujeito, a partir da psicanálise, como

sendo esta rede de crenças e desejos que em cada organismo singular, é chamado a produzir, pelo fato de que nós, ao contrário das outras espécies, só nos relacionamos com os outros e com nós mesmos, com nossa sexualidade, com nossos desejos, com a alteridade dos outros e da natureza, através da mediação do sentido. (2001, p.142)

Ainda que tal sujeito possa ser pensado como essa rede de crenças, singular, que inspirou todo o movimento de reforma psiquiátrica brasileira, percebemos que no que se refere ao gênero, entendido como um marcador social de diferenças para

esses sujeitos, este vem sendo pouco reconhecido ainda que muito presente nas práticas assistenciais bem como na formulação e execução das políticas de saúde mental.⁹

Uma concepção importante de sujeito a ser considerada neste trabalho foi apresentada por Foucault¹⁰. Este autor sugere que o sujeito não pode ser reduzido à razão e, em especial, com o surgimento da psicanálise, há um deslocamento da razão e a negação de qualquer essência humana. Nas palavras do autor: “Há dois significados para a palavra sujeito: sujeito a alguém pelo controle ou dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a.” (1995, p.235)

Desta forma, quando falamos dos sujeitos, tal como discutido aqui, estamos tratando das relações por eles travadas e a partir das quais podem se reconhecer como tal e, por isso, parece que as transformações destas relações se constituem no maior desafio a ser enfrentado. Acredito que considerar o gênero enquanto um modo de constituição de subjetividades e de sujeitos, que se apresenta na mesma medida da complexidade destas relações e da experiência do sofrimento psíquico, que aparece com frequência na experiência feminina, é outro desafio.

Um conjunto de dados apresentado no relatório da pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do país- CAPS Sul, coordenada por Kantorski

(2007), demonstra o quanto as mulheres têm estado presentes no campo da saúde mental, seja como usuárias dos serviços de saúde, familiares ou como trabalhadoras e gestoras, revelando seu protagonismo nas transformações. Os dados demonstram que dos 30 coordenadores de CAPS da região sul do país, 28 são mulheres, dos trabalhadores nestes serviços, 78% são mulheres e dos familiares que freqüentam os mesmos, 71,7% são mulheres e revelam outra dimensão em que o gênero tem estado presente neste processo, de forma significativa, e que não parece inviabilizar ações e políticas que reforcem as diferenças e assimetrias. O fato das questões de gênero não comporem as discussões e preocupações no campo da saúde mental, diante dos dados apresentados nesta pesquisa, por exemplo, parecem indicar para a reprodução de uma cultura fortemente marcada pelas desigualdades de gênero.

É neste sentido que entendemos a importância de discutir como estas mulheres, que tem protagonizado o movimento da reforma psiquiátrica brasileira e tem se constituído subjetivamente nestes processos, percebem a questão do adoecimento no seu dia-a-dia, nos lugares de uso comum bem como de que forma se relacionam entre si e com as demais pessoas, acometidas ou não de algum tipo de sofrimento. Como diz Silveira:

Portanto para pensar as causas das doenças é preciso pensar, necessariamente, a cultura e a sociedade e, estendendo a compreensão da doença como experiência, analisar seu significado para o próprio doente e para os que o cercam, buscando as implicações clínicas da relação entre a doença e a cura, e entre a sociedade e a cultura. (2000, p.19)

No que se refere à Política Nacional de Saúde Mental, cumpre salientar que a ausência do gênero enquanto categoria importante neste processo não condiz com a presença significativa das mulheres nos espaços em que tal política é gestada e executada. Isto pode estar relacionado aos poucos esforços que tem se empenhado na compreensão desta interface, mas também ao fato de que ainda que exista uma proposta de superação do modelo manicomial, de alguma maneira, ainda se incorra na repetição de algumas características deste.

Assim, a interface gênero e saúde mental se evidencia na presença feminina no campo da assistência em saúde mental, como usuárias, familiares, trabalhadoras e gestoras dos serviços de saúde; na hipermedicalização da experiência feminina e sua articulação às assimetrias de gênero e, por fim, no modo de consideração da categoria gênero, tanto nas políticas públicas como nas formas de assistência e militância política. E o que se pode perceber é que, conforme sugeriu Maluf (2008), “se não existe uma política ou programas oficiais de gênero e saúde mental, na prática há uma política sendo implantada ou

reproduzida, uma política que implica na medicalização e medicamentação de mulheres usuárias do serviço público.”

Entendo que o gênero, enquanto um regime de subjetivação, tem exercido implicitamente uma grande influência nas formas de pensar e intervir no campo da saúde mental, seja na assistência, na militância bem como nas políticas públicas de saúde mental e que o pouco reconhecimento de sua complexidade pesa sobre as mulheres que buscam, nos serviços de saúde mental, alívio para seus sofrimentos.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a complexidade que a interface gênero e saúde mental introduz tanto no campo da saúde mental como nos estudos de gênero, as considerações trazidas aqui traduzem esforços preliminares para pensar na mesma. Como um primeiro aspecto, particularmente importante nesta discussão, é a possibilidade de entendermos tanto o gênero quanto a ‘saúde mental’ como construções sociais, historicamente implicadas na configuração dos saberes e fazeres e nos modos de subjetivação.

O gênero, tal como discutimos até aqui e a ser considerado como uma categoria importante no campo da saúde mental, pressupõe o entendimento de que a questão do sofrimento psíquico ou “doença mental” está diretamente relacionada com aspectos sociais, culturais e de poder. Além disso, também é necessário ressaltar que tais sofrimentos advêm de relações

assimétricas de gênero e de papéis sociais e identidades historicamente assumidas pelas mulheres. Ainda que a loucura tenha sido entendida historicamente sob diferentes aspectos, mas especialmente pela psiquiatria como uma doença mental e, por isso, incorporada pelo saber médico trata-se, sobretudo, de uma construção social, como argumentou Pelbart, mas também Laqueur quanto ao sexo e Silveira quanto as nervosas do Campeche.

Desta forma, a consideração do gênero enquanto uma categoria presente, de forma implícita e significativa, no movimento de reforma psiquiátrica no Brasil constitui-se em mais um desafio colocado ao mesmo. A pesquisa e a prática enquanto processos necessários à manutenção deste movimento e à reforma da assistência em saúde mental remetem à reflexão acerca de seus desdobramentos, dos espaços onde vivem e se relacionam pessoas singulares, portadoras de subjetividades, marcadas socialmente pelo gênero, e que também têm sonhos, histórias e projetos de vida reais.

Acredito que a consolidação do modelo psicossocial, exige a utilização de múltiplos recursos, da diversidade e ampliação de saberes capazes de elevar a capacidade de análise e de intervenção. Os aspectos discutidos no corpo deste trabalho fazem parte de um conjunto maior de saberes e fazeres que estão sempre por ser reformulados, transformados, para responderem às demandas que o movimento da reforma psiquiátrica possa gerar.

NOTAS

¹ Movimento em dois sentidos: tanto por tratar-se do movimento social como por fazer parte do processo complexo da reforma psiquiátrica brasileira, com avanços e retrocessos, transformações e estagnações, que produz inúmeros sentidos e inquietações e que precisa ser inventado cotidianamente.

² Foram importantes interlocutores deste diálogo autores como Franco Rotelli, Franco Basaglia, Benedetto Saraceno, dentre outros. Cabe destacar que este diálogo se mantém nos dias de hoje, através de intercâmbio de experiências, participação em eventos, convênios universitários, dentre outros.

³ Abílio da Costa-Rosa (2000) propõe “a designação de dois modos básicos das práticas em saúde mental no modo tal como se apresentam no contexto atual: modo asilar e modo psicossocial” (p.142). Para tanto, traça um paralelo entre estes dois modos, no que diz respeito às concepções de paradigma, instituição, objeto e dos meios de trabalho, dentre outros e diz: “ Por oposição ao modo asilar como paradigma das práticas dominantes, proponho designar modo psicossocial ao paradigma que vai se configurando tendo por base as práticas da reforma psiquiátrica.”(p.151)

⁴ A desinstitucionalização é entendida aqui tal como discutida por Rotelli (2001, p. 29 e 30), como “um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema”. Além disso, ao tratar da solução institucional, este autor discute o objeto desta instituição e argumenta: “Mas se o objeto ao invés de ser “ a doença” torna-se “a existência – sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será

o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior”.

⁵Tais modos entendidos como “a produção de modos de existência ou estilos de vida”. (Deleuze, 1992: 142)

⁶Tais modelos são discutidos em Duarte, 1988. Neste mesmo livro, o autor mostra como o nervoso foi associado a mulher e a cabeça, ambos implicados numa relação entre uma avaliação “moral” e um estado “físico”.

⁷ Diehl, Manzini e Becker neste volume e Silveira (2000)

⁸ Grifo da autora

⁹ Para uma abordagem mais ampla dessa questão nas políticas públicas em saúde mental no Brasil, ver artigo de Maluf nesta coletânea.

¹⁰ Foucault deu uma enorme contribuição para o campo dos estudos sobre a saúde mental, especialmente e dentre outras questões, para o entendimento da loucura. Em seu clássico livro *História da Loucura na Idade Clássica*, abordou como esta foi tratada ao longo de diferentes períodos históricos e dos inúmeros desdobramentos que tais diferenças de entendimento desencadearam, situando a mesma no âmbito social, político e cultural, para além do individual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo (SP): HUCITEC, 2001.

- BEZERRA, Benilton. O cuidado nos Caps: os novos desafios. In: ALBUQUERQUE, P; LIBÉRIO, M.(Orgs). *O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política*. Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental – 1990/2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 5ª Edição Ampliada.
- COSTA- ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações : 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- FIGUEIRA, Sérvulo. Psicanalistas e pacientes na cultura psicanalítica. In: FIGUEIRA, Sérvulo. *Efeito Psi: a Influência da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 5ªed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

- KANTORSKI, Luciane Prado (coordenadora). *CAPSUL - Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil*. Relatório/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, Ministério da Saúde. Pelotas, 2007.
- LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo. Corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- MALUF, Sônia W. Mesa: *A medicalização do sofrimento e a perda da tristeza*. II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva. UFSC, Florianópolis, 2008.
- MALUF, Sônia W. *Gênero, subjetividades e saúde mental. Práticas e representações sobre “saúde mental” através de uma abordagem de gênero*. Projeto de Pesquisa. UFSC, 2006.
- MANZINI, Fernanda e BECKER, Marina. *A mulher e a “pílula da felicidade”: uma abordagem sobre o uso de fluoxetina*. Trabalho de Conclusão de Estágio, orientado pela prof^a Eliana Diehl, Curso de Graduação em Farmácia- UFSC, 2007.
- PELBART, Peter Pal. Manicômio mental — a outra face da clausura. In: Lancetti, Antonio (org.). *SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec, p. 130-138, 1990.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- ROTELLI, Franco et al. *Desinstitucionalização*, São Paulo: Hucitec, 2001a, 2^aed.
- ROTELLI, Franco et al. *Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”*. In: ROTELLI et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001b, 2^a Ed.
- SILVEIRA, Maria Lucia da. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.



SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO – MORADA DO GÊNERO



Maika Arno Roeder

O trabalho de vinte e cinco anos com saúde mental permitiu-me vislumbrar inúmeras possibilidades de escolhas ao adentrar neste campo de conhecimento, na busca por um tema cuja reflexão pudesse dedicar muitas horas de minha vida.

Resolvi, então, voltar minha atenção à vida de seis mulheres que viveram mais de trinta anos num hospital psiquiátrico e que, por circunstâncias da vida, em face da Reforma Psiquiátrica foram transferidas para um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), analisando de que maneira o gênero estaria imbricado neste contexto.

Sendo assim, procuro nestas linhas compartilhar com os leitores alguns pontos desta experiência etnográfica que rendeu parte de uma tese intitulada: “Gênero e Saúde Mental nos Serviços Residenciais Terapêuticos”¹, permitindo-me conhecer e aprofundar um pouco mais sobre o significado deste dispositivo de atenção à saúde para as personagens desta história, situando-o na paisagem da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira.

A consideração de abordar a RP faz-se necessária, uma vez que ela se baseia na construção de outro lugar social para o sofrimento psíquico, podendo o projeto terapêutico do SRT servir como uma importante ferramenta de transformação ao se vincular à proposta de se levar em conta a subjetividade e a cidadania.

Se por um lado o SRT pode assumir uma função mediadora na construção deste outro espaço para o sofrimento psíquico, ele também pode funcionar como morada de estratégias utilizadas como dispositivo de controle do poder, impondo uma série de desafios à pessoa com sofrimento psíquico, sua equipe terapêutica ou à própria comunidade.

O acesso à possibilidade de cura, bem como a própria vivência relacionada à cidadania, nem sempre se configura como processo democrático, pois envolvem disputas a serem constantemente negociadas. Os próprios atos da vida civil, neste caso, ficam a cargo de um determinado perito, cuja atribuição é a de sugerir ao juiz sua opinião técnica a respeito da capacidade de discernimento sobre a própria vida, uma vez que o processo de desinstitucionalização da pessoa está associado ao seu grau de dependência.

Certamente esta constatação corrobora com Marsiglia et al. (1990), quando alerta para o fato de que as garantias constitucionais parecem ainda não ser suficientes para promover as condições necessárias ao exercício da cidadania plena, com liberdade, igualdade e garantia dos direitos humanos

a todos os cidadãos, sendo este processo mais complexo no que se refere às pessoas com sofrimento psíquico, devido ao maior número de obstáculos que necessitam ser transpostos.

Ademais, a possibilidade de reprodução, nos serviços substitutivos², das características negativas do hospital psiquiátrico (descaracterização do indivíduo, sua institucionalização, segregação e abandono) alerta para a necessidade de se acompanhar de perto a qualidade da assistência prestada. Tal problemática social, num panorama mais abrangente, reafirma que não se trata de transpor um simples desafio, e que existem inúmeras intersecções de fatores que se entrelaçam e se cruzam na dinâmica da social e política

No âmbito das pesquisas científicas, embora diversos estudos tenham demonstrado os avanços e as dificuldades relacionados à implantação de residências em saúde mental, assim como o impacto das transformações ligadas à desinstitucionalização na vida de seus moradores, estudos que se fundamentem sob a ótica de gênero ainda parecem escassos (Scatena, 2000; Roeder, 2001 e 2005; Santos, Riveiro e Marchese, 2006; Vidal e Guljor, 2006; Mendonça, 2006; Santos, 2006).

Desta forma, ao pesquisar sobre a saúde mental sob a ótica de gênero, busco contribuir com algumas informações sobre o significado do SRT para a vida de mulheres que transcenderam da condição de “pacientes” para a de “moradoras”, pois a compreensão do que é ser cidadã no Brasil,

sendo moradora de um SRT, só adquire sentido pleno quando confrontada às transformações ocorridas nas últimas décadas em relação às condições sociais que as mulheres com sofrimento psíquico ocupam na ordem mundial.

Sabe-se que a exclusão social da pessoa “alienada”, através do asilamento, era recomendada há pouco mais de vinte anos, como uma medida necessária para reconstituir o direcionamento de sua vontade, com o intuito de “devolvê-la à razão”. Longe do meio e da família, entendia-se que esta poderia recompor-se moralmente, retomando o próprio controle. Ao se curar, “o louco” poderia resgatar seu status de cidadão, pois mesmo alienado não perderia sua condição humana (Vasconcelos, 2000).

Os resultados históricos produziram, no entanto, a cronicidade (uma incurabilidade de fato) e a violação dos direitos de cidadania. A segregação, a violência e a iatrogenia contribuíram para a necessidade de se investir em dispositivos assistenciais mais humanitários, cujo comprometimento com as necessidades prementes da população que fora institucionalizada, segundo Vasconcelos (2000), vem se constituindo como primeiro impulso para reverter os comprometimentos gerados àqueles que passaram por anos de reclusão.

No Brasil, as iniciativas críticas em relação à psiquiatrização se intensificaram em meados da década de 1980, no bojo do processo de redemocratização da sociedade

brasileira, momento em que a cidadania ocupa lugar privilegiado de discussão.

Para Leone (2000, p.123) “é em torno da cidadania, como um dos valores fundamentais, que um conjunto de iniciativas (teóricas, políticas, culturais, metodológicas) se articula e dá curso a um processo irreversível de transformação, no campo da saúde mental no Brasil. Este processo tem sido frequentemente, designado de Reforma Psiquiátrica”.

Com base na necessidade de suprir a carência de moradia e, ao mesmo tempo, contemplar aspectos relativos à continuidade de um acompanhamento psiquiátrico, é que foram criados dispositivos assistenciais no Brasil com a finalidade de servirem de “lares abrigados” (MS, 2004; 2005), regulamentados pelas Portarias GM/MS 106/2000 e 1220/2000. Esta estratégia política da RP tem contribuído para a redução significativa do número de leitos no país e o consequente fechamento de vários hospitais psiquiátricos especializados.

Os SRTs (residenciais em saúde mental, residências terapêuticas, lares abrigados, ou simplesmente casas ou moradias), são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia desta população de atendimento contínuo, como as pessoas egressas de hospitais psiquiátricos. Representam um esforço para que seus moradores possam ressignificar seu lugar no social enquanto cidadãos, requerendo seus direitos e assumindo obrigações.

A legislação vigente recomenda que o programa terapêutico destes dispositivos seja centrado na construção progressiva da autonomia para as atividades da vida cotidiana, como também na ampliação da reinserção social. Este dispositivo passa a se constituir, então, em um espaço de mudança que envolve um conjunto complexo de fatores, sendo permitido aos moradores ocupar diferentes lugares, além daqueles tradicionalmente autorizados durante a estadia nos hospitais especializados.

Com base nas considerações acima, resolvi neste momento me dedicar às seguintes questões: a) como foi criado e como funciona o SRT; b) quem são as suas moradoras e quais são seus itinerários terapêuticos; c) como se percebem e como fazem distinção entre a situação de vida atual e a pregressa; e d) qual o significado do SRT para as residentes, compreendendo os sentidos da experiência cotidiana subjetiva e analisando em que medida as questões de gênero fundamentam estas histórias.

Parto da premissa que estes são temas antropológica e sociologicamente relevantes, onde os significados são construídos com base na experiência social vivenciada na esfera micropolítica.

PERCURSO METODOLÓGICO

Privilegiei, nesta pesquisa, as narrativas e os conteúdos de falas manifestos, os pontos de vista, as experiências e as trajetórias de vida das residentes, por entender que estes se

constituem em importantes recursos para a apreensão dos significados dos atos e das formas de relação dessas pessoas, frente ao contexto sociocultural que compõe suas estruturas de vida. Cabe salientar que as transcrições das falas das interlocutoras estão destacadas entre aspas e, para preservar o anonimato das mesmas, adotou-se o nome de flores com a finalidade de identificá-las.

A idéia de aplicar esta pesquisa no Residencial do Pomar foi motivada pelo fato deste ter sido o primeiro residencial em saúde mental a ser criado em Santa Catarina e, sobretudo, destinado às mulheres. Este, quando da sua criação, constituiu-se em um projeto piloto que se tornou referência no estado de Santa Catarina.

Na oportunidade, esclareço que, para me referir aos chamados “problemas mentais” ou “sofrimento psíquico”, transitei por outras denominações com as quais me deparei na literatura, com a finalidade de buscar uma aproximação com os próprios termos utilizados pelas residentes, um desafio metodológico a ser partilhado com os leitores.

O trabalho de campo foi realizado em sua maior parte dentro do Serviço Residencial Terapêutico feminino que integra a rede de assistência em saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi criado a partir dos esforços do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ) - anteriormente denominado Hospital Colônia Santana (HCS)³ - em encontros que duraram em média de duas a três horas por dia, entre duas e três vezes por semana, durante três meses.

A coleta de dados também se estendeu aos Serviços Residenciais Masculinos, para a Unidade de Gestão Participativa⁴, localizada no IPQ e nas praças e mediações destes locais visitados, devido à permanência temporária de algumas das residentes nestes espaços, ou em virtude da necessidade de ampliar o conhecimento sobre o funcionamento destes serviços e as variações possíveis.

A observação participante, a análise documental, a coleta de narrativas e a elaboração de histórias de vida de moradoras integrantes do primeiro SRT de Santa Catarina, assim como a participação em grupos terapêuticos e visitas a todos os SRT do estado, foram as técnicas empregadas. A análise do discurso serviu de aliado ao estudo deste universo simbólico assim como, do ponto de vista analítico foi dada ênfase às teorias pós-estruturalistas.

Para pensar sobre o lugar social da mulher “louca” no campo da saúde mental, utilizei-me das contribuições dos estudos de gênero tratando das formas de subjetivação destas mulheres, diante das mudanças que ocorreram em suas vidas advindas da criação do SRT, sinalizando, com isso, o potencial de metamorfose das residentes, que evidencia a passagem da condição social de pessoa sujeitada e institucionalizada para o de uma pessoa que luta por seus direitos de cidadania.

Antes de apresentar as principais personagens desta pesquisa, aproveito a oportunidade para discorrer sobre a criação, implantação e funcionamento da casa onde vivem

atualmente e que serviu de palco para as grandes mudanças ocorridas em suas vidas.

Criação, Implantação e Funcionamento do primeiro SRT em Santa Catarina

Há, em Santa Catarina, três Serviços Residenciais em Saúde Mental, sendo um destinado ao público feminino e dois ao masculino. Apesar de funcionarem há alguns anos, somente em 2008 é que conseguiram ser efetivamente cadastrados no SUS.

Segundo uma das profissionais entrevistadas, a idéia da fundação do primeiro SRT no Estado, o Residencial do Pomar (objeto deste estudo), surgiu por volta de 1986 a 1987, estimulado por um Congresso de Psiquiatria que aconteceu na cidade de Camboriú, que alertava para o fato de que era possível investir no tratamento da doença mental em regime de maior liberdade, pois até então o que se tinha disponível era a internação em hospital psiquiátrico.

A Residência foi concebida como uma Unidade de Internação da Segunda Enfermaria Feminina⁵, a partir daquela equipe (composta por uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira) e, principalmente, de um grupo de pacientes que vinham sinalizando, pedindo e mostrando que tinham alguma condição de se tornarem moradoras e que queriam sair do hospital. Trata-se de pessoas que moravam no hospital há muito tempo e que diziam: "eu podia fazer minha comida, passear e sair". Elas verbalizavam isto, segundo a funcionária, de forma diferente das outras pacientes.

A idéia da Residência começou a tomar corpo. O projeto do Residencial do Pomar levou três anos para ser escrito, pois na época de sua criação não havia bibliografia sobre o assunto, não havia internet e nos congressos e outros encontros de psiquiatria ainda não se falava a respeito de um modelo a ser seguido. A referida residência foi idealizada com base na concepção da equipe e transpõe uma série de desafios, como a falta de recursos humanos, ou a própria imagem social da loucura, dentre outros. A esse respeito, afirma uma das profissionais entrevistadas: “Na época esta idéia era um absurdo, pois não se concebia tirar o doente mental de dentro do hospital. Isto mexia com o imaginário das pessoas da comunidade hospitalar: “Fulana de tal com uma faca na mão vai degolar todo mundo!”. Além disso, as pacientes transferidas eram consideradas as melhores “pacientes” do Hospital, pois ajudavam na limpeza e nos cuidados com as outras pacientes, atuando como se fossem funcionárias daquele local. Isto, para a os profissionais que trabalhavam na época, era considerado um escândalo.

As residentes levaram quase um ano no processo de adaptação. Conforme seus relatos, primeiro foram conhecer a casa, fizeram a limpeza da mesma, prepararam café da tarde, onde tudo parecia ser muito novo. Da mesma forma, a equipe de profissionais, que temia o fracasso do Projeto, também teve que lidar com seus desafios. Mas somente após três anos residindo no Residencial é que a equipe percebeu no

comportamento das moradoras o resgate das suas habilidades pessoais e sociais, bem como os avanços no processo de reabilitação, sobretudo naquele ligado ao resgate do domínio do cotidiano: autônomas para cozinhar, cuidar das coisas da casa, sentirem-se seguras, manterem um relacionamento social adequado e resgatarem o autocuidado, fortalecendo, ao mesmo tempo, o cuidado entre elas. Tempo que foi também necessário para que se conquistasse a aceitação das residentes pelas pessoas que residiam na comunidade local.

O processo de adaptação também contou com episódios de rejeição por parte dos moradores da redondeza sendo este problema parcialmente contornado com a ajuda do padre da comunidade.

CONHECENDO SUAS MORADORAS

Na época em que as residentes foram entrevistadas, mais precisamente em meados de 2008, a faixa etária das residentes variava entre 43 e 71 anos, sendo que somente uma delas se encontrava na faixa etária considerada adulta, sendo as demais definidas como idosas.

Com exceção de uma das residentes, que nasceu no Paraná, todas as outras são provenientes do interior de Santa Catarina, muitas vindas da zona rural, onde seus pais trabalhavam na lavoura ou com serviços domésticos.

Todas são brancas, solteiras e de baixo nível sócio-econômico. Somente uma das residentes frequentou o ensino do primeiro grau, e não conseguiu completá-lo. As demais não

são alfabetizadas e atribuem o fato da interrupção dos estudos ao aparecimento do “problema dos nervos”. Outras sequer tiveram a oportunidade de estudar. Criadas por estranhos, cujo nível de instrução era extremamente baixo, nunca chegaram a freqüentar a escola.

Quando eu fiquei doente fui internada e não pude mais estudar (Lírio).

Eu dava ataque, dava crise, eu não podia estudar (Violeta).

Eu nunca estudei. Não tinha família, nem nada. Era tudo muito pobre e depois logo eu vim para o hospital (Margarida).

As residentes tiveram a oportunidade de participar de alguns cursos profissionalizantes, dentre os quais: panificação, corte e costura, horticultura, entre outros, realizados com a parceria da Secretaria de Estado da Saúde (SES), com o Sistema Nacional de Empregos do Ministério do Trabalho (SINE) e a Fundação de Ensino Técnico de Santa Catarina (FETESC).

Todas essas mulheres são devotas da religião católica, sendo que somente duas delas, atualmente, se consideram praticantes e a outra está afastada das cerimônias religiosas por dificuldade de locomoção até a Igreja.

Com relação à maternidade, três das residentes engravidaram, sendo que duas antes da internação psiquiátrica e uma durante o período da hospitalização. Os filhos foram encaminhados para adoção por familiares ou por desconhecidos.

A manifestação dos sintomas advindos, segundo elas, do “problema dos nervos” se deu por volta da infância e da adolescência.

Com o aparecimento dos primeiros sintomas, foram internadas por imposição de terceiros, sendo algumas encaminhadas por familiares, outras trazidas ao Hospital Colônia Santana pela Prefeitura do local em que viviam, uma vez que perambulavam pelas ruas da cidade na condição de moradoras de rua.

Problemas de desemprego, carência de recursos financeiros, dificuldades no controle dos sintomas da doença e compreensão do que estava acontecendo com sua saúde exemplificam as dificuldades que estas mulheres encontravam, contribuindo para o abandono das mesmas por familiares, por patrões, ou mesmo pela comunidade na qual pertenciam assim que afloraram os seus sintomas.

Na época em que as residentes foram internadas, a cultura da atenção à saúde ainda era fortemente hospitalocêntrica, mesmo porque não havia sido criado no Brasil, pelo menos oficialmente, qualquer outro tipo de serviço, como Centros de Atenção Psicossocial, por exemplo, sendo a internação no Hospital Colônia Santana o único recurso oferecido. Além do mais, a dificuldade de comprar remédios para tratar a doença, bem como outros problemas de ordem socioeconômica e cultural, contribuíram para dar início à carreira de longas internações em hospital psiquiátrico, culminando com a ruptura dos laços sociais de outrora.

Estas mulheres permaneceram desta maneira anos de suas vidas, confinadas em uma instituição psiquiátrica, até que fosse criado o SRT para abrigá-las conforme demonstra a tabela abaixo.

Itinerário Terapêutico

Tempo de Internação e de Moradia no Serviço Residencial Terapêutico

Tabela 1: Distribuição Conjunta do Ano da Primeira Internação no Instituto de Psiquiatria, Ano de Entrada no Serviço Residencial Terapêutico, Tempo de Permanência no Instituto de Psiquiatria e Tempo de Permanência no Serviço Residencial Terapêutico Até o Ano de 2008.

Ano primeira internação	Data entrada no SRT	Tempo Permanência Internadas IPQ	Tempo permanência no SRT
1952	1990	38 anos	18 anos
1955	1990	35 anos	18 anos
1969	1990	21 anos	18 anos
1981	1991	10 anos	17 anos
1997	2002	5 anos	6 anos
Não discriminado no prontuário	1991	média aproximadamente 20 anos	média 17 anos

Os dados da Tabela 1 revelam que a permanência das residentes, internadas em hospital psiquiátrico, variava de cinco a trinta e oito anos, sendo que a grande maioria permaneceu institucionalizada por mais de vinte anos, duas destas por mais de 35 anos.

Cabe ressaltar que não consta num dos prontuários o tempo de internação de uma das residentes. É possível observar então que o tempo de hospitalização é ainda maior do que o tempo em que permanecem na condição de moradoras, que para um maior número de moradoras varia de dezessete a dezoito anos. Somente uma delas chegou mais recentemente ao Residencial do Pomar, cerca de seis anos atrás.

Após traçar um breve panorama sobre o SRT onde vivem e o itinerário de internação das residentes passo a discorrer sobre quem são elas.

O Processo saúde/doença: o que é ser paciente? O que é ser moradora?

A visão das residentes, com relação a como se percebem e como fazem distinção entre a situação de vida atual e a pregressa, está intimamente relacionada com o estado de saúde/doença.

A noção de saúde e de melhora da vida pessoal das mesmas está associada ao “controle de crises”, que se dá através do uso continuado de medicamentos, sendo a boa saúde também percebida como algo espiritual e, portanto, atribuído a um “poder superior”.

A utilização de termos diversos como doença mental, loucura, dentre outros - que não foram pensados de maneira uniforme nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal - contribuiu para a compreensão de como elas atribuem significados ao processo saúde/doença.

Para chegar a esta conclusão, baseei-me nas contribuições de autores clássicos da área, cujas concepções revolucionaram a compreensão desse processo: a relativização da dicotomia saúde/doença proposta pelo filósofo Georges Canguilhem (2000); a desconstrução do conceito de loucura, de acordo com a análise filosófico-histórica de Michel Foucault (1989, 1989b) e a crítica do sociólogo Erving Goffmann (1982) à concepção de doença mental. Em seguida, me utilizei da visão de outras/os autoras/es, como Silveira (2000) e Duarte (1986; 1994), dentre outros, para tratar do tema. As considerações de Alves (1993); Kleinman (1991); Caprara (1998) e Langdon (2005), também foram empregadas para a compreensão do processo de adoecimento e cura. Posteriormente, tais contribuições serão articuladas ao pensamento de Butler (2003), para dar conta dos aspectos pertinentes ao gênero.

Inspirada pelas contribuições dos autores acima, busquei associar o projeto de cura das moradoras do Residencial do Pomar ao processo de resgate das suas cidadanias, ampliando a compreensão da própria definição do que seja “moradora” e “paciente”.

Neste sentido, “ser moradora”, na visão das residentes, marca uma diferença de um passado em que foram submetidas à situação de pacientes de um hospital psiquiátrico e que tiveram seus vínculos com a sua rede familiar rompidos, sendo consideradas pacientes “crônicas”⁶ de um hospital psiquiátrico.

A cosmologia das residentes, apoiada na definição de saúde/doença, parece se guiar pela lógica binária que só pode situá-las numa determinada posição que deve ser definida entre duas possibilidades: uma relacionada à condição de moradora e a outra relacionada à condição de paciente.

Embora os diagnósticos das residentes sejam os mais distintos, como transtornos mentais orgânicos, esquizofrenia e oligofrenia, todas as residentes foram encaminhadas para a hospitalização e, devido a problemas de ordem psicossocial, como abandono familiar, ou dificuldade dos familiares conviverem com a doença, por exemplo, colaborando para que permanecessem internadas por muitos anos. Além de carregarem consigo o peso do estigma e do preconceito, relacionado à doença mental, somavam às suas vidas toda uma problemática advinda do processo de institucionalização, deflagrado através do diagnóstico.

Desde o instante em que a marca da loucura lhes foi imputada, é como se a doença mental tivesse ocupado o lugar de sujeito. O discurso e as ações expressas por estas mulheres, então, eram vistos como sintomas da doença e suas vidas colocadas à mercê dos médicos. Ademais, uma vez recebida a marca da loucura, tornava-se difícil para elas conviver com o peso da discriminação advinda do preconceito. Como relatou Rosa: “É muito difícil ser doente dos nervos. Agora eu sou moradora e não sou mais doente”.

A avaliação da loucura na história se baseava, historicamente, no grau de sanidade observado através das afeições morais, associando a psiquiatria a uma disciplina moral. Se as pessoas demonstrassem ser “desordenadas” e “pervertidas”, isso era considerado um sinal de alienação. Já a cura, por sua vez, significa “a volta às afeições morais, dentro dos seus justos limites” (Foucault, 1979, p.121).

A observação de Foucault pode ser percebida na fala de Violeta, que atesta que o comportamento moral tem uma relação direta com o estado de saúde. A mulher que fala palavrão, por exemplo, e cujo comportamento não parece ser condizente com os padrões sociais determinados para uma dama, pode se constituir em um sinal de estar apresentando doença. Segundo depoimento de Violeta: “Lá no hospital as pessoas estão ruins das idéias, falam mal e chamam nome de morfética⁷ e isto muito esquisito (sic). Deve ser uma doença muito feita. Para morar aqui a pessoa tem que estar bem das idéias”.

Estar doente, na visão de todas as residentes, é estar “ruim das idéias”. O “problema dos nervos” estaria vinculado à noção de doença, sendo associado a vários sentimentos, como confusão, agitação, violência, perdas familiares e de amigos, privação, opressão, reclusão, dor, isolamento, dependência, sujeição, perda de produtividade, falta de envolvimento, indisciplina, ou a um comportamento moralmente impróprio às mulheres. Os significados que definem o termo “problemas

dos nervos” são assim, segundo elas, muito parecidos ao descrito por Silveira (2000), em seu estudo sobre doença dos nervos entre as mulheres do bairro Campeche, em Florianópolis.

Para ser moradora é preciso “estar bem das idéias”, com a “cabeça em ordem”. Estar bem das idéias significa, na visão das residentes, não dizer palavrão, não brigar, não discutir com os outros, não prejudicar ou depreciar a imagem do outro, não depreciar a auto-imagem através de comportamento moralmente incorreto e não responder a provocações. Além do mais, é imprescindível para a condição de moradora ajudar nos serviços da Casa, incluindo as atividades domésticas e até mesmo as atividades de conservação do lar, como o conserto de coisas quebradas, por exemplo. A moradora também pode passear, ter liberdade para defender as suas coisas, ter amigos e namorar, desde que seja com respeito (não envolvendo sexo) e mediante a aprovação e a supervisão das outras residentes. O casamento e a maternidade, por outro lado, são contra indicados à condição de moradoras, sob a visão das mesmas.

Não existe consenso sobre a necessidade de ter que tomar remédio para ser moradora, eis que uma das residentes associa a sua cura à condição de moradora e, portanto, não vê sentido em se submeter ao tratamento medicamentoso, já que se considera curada. Outras, no entanto, acreditam que permanecem no SRT porque, além de não terem para onde ir (pois não têm mais laços familiares, nem condição financeira),

necessitam do remédio para evitar os episódios de crise. Além disso, precisa ser “crônica”, isto é, ter permanecido por muito tempo internada. A palavra crise, por sua vez, está associada a um desequilíbrio provisório do estado de saúde, sendo possível que a moradora volte a apresentar uma crise sendo, portanto, segundo elas próprias, necessário controlar os fatores de risco, desencadeadores da mesma, através do uso correto e continuado de medicamentos.

A crise parece estar relacionada a episódios breves (que, no entanto, podem se tornar recorrentes, se transformando em “problemas dos nervos”), nas quais “a pessoa fica mole, esquece de tudo, não sabe onde está, cai no chão e até se perde”. A crise está também relacionada à fraqueza na cabeça, ao nervosismo, tremedeira, vontade de quebrar as coisas e derrubar tudo, não conseguir segurar nada, sentir pensamentos estranhos e provocar sofrimento. A crise pode se materializar com manchas roxas no braço e também pode causar machucados, provenientes de ferimentos causados por acidentes advindos da perda de consciência momentânea, como queimaduras, batidas na cabeça e cortes nas mãos. As cicatrizes, em três das residentes, revelam alguns acidentes sofridos, servindo de prova material das perdas ocasionadas pelas crises.

A crise também é considerada por elas como um fator de risco para a permanência da condição de moradora, assim como a presença dos sinais relacionados ao “problema dos nervos” (também denominado de variação dos nervos), pois tudo isso recoloca a ameaça do retorno à hospitalização.

A transferência das residentes para o SRT não significa que elas não retornarão ao Hospital, quando for definido que é necessário. Episódios relacionados a problemas de saúde, seja de ordem clínica ou psiquiátrica, são tratados ainda no Hospital. Segundo entrevista realizada com uma das funcionárias do SRT, isto se dá em função do Hospital ter todo o aparato necessário para efetivar um atendimento de qualidade, que demande quase todos os níveis de complexidade assistencial. Um atendimento que se encontra disponível por 24 horas e sem burocracia. Além do mais, os exames são rápidos e é possível fazer desde os de baixo custo aos de maior custo; a medicação é facilitada e a equipe de saúde já é conhecida. Além de tudo, é muito mais cômodo para a equipe terapêutica responsável. Desta forma, parece que nenhuma das residentes participa das ações de saúde da rede básica, demonstrando a forte centralização do atendimento à saúde destas.

Estas, por sua vez, colocam resistência, rejeitam a internação no IPQ e querem ser tratadas em seu ambiente, seu espaço, reivindicando, segundo a informante, suas subjetividades, seus modos de ser. “Aqui é minha casa, não quero ir embora quando ficar doente” (Jasmim).

As afirmações da profissional citada acima, sobre a centralização das atividades de saúde, podem ser evidenciadas na fala de Hortência: “Eu já fui lá ao posto de saúde da comunidade. Eu conheço. Eu já fui buscar muitas vezes remédio para a Margarida no Posto de Saúde, mas eu nunca precisei. Se precisar eu sei onde fica”!

O tratamento associado à hospitalização pode ser compreendido em função das residentes não conhecerem dispositivos comunitários de atenção à saúde mental, como Centros de Atenção Psicossocial, ou mesmo Programas de Saúde Mental da Rede Básica, o que se reforça pelo fato de a rede de assistência em saúde local não dispor ainda destes recursos. O tratamento que conhecem (e que vivenciaram por tantos anos) para curar o problema dos nervos e prevenir as crises é somente o da hospitalização no Instituto de Psiquiatria, em função da comodidade do processo de encaminhamento para o IPQ para a realização de consultas e exames necessários, por parte da equipe terapêutica do SRT, e por parte das residentes por serem estimuladas a serem atendidas no IPQ pela comodidade da própria Equipe Terapêutica.

Da mesma forma que o tratamento dos problemas dos nervos e das crises parece estar associado à hospitalização no hospital psiquiátrico, os problemas de ordem clínica também podem ser considerados um impeditivo para a condição de moradora, considerando a gravidade e o tempo de hospitalização.

A lógica binária da posição de residentes *versus* paciente (do Hospital) revelaria que ainda não houve a oportunidade da assunção do papel de pacientes subordinado à condição de cidadãs, o que significaria, por exemplo, passar a frequentar os centros de atenção básica à saúde, entre outros.

A condição de ser moradora - além de requerer uma boa aptidão relacionada à disposição, autonomia e eficiência (para o cumprimento das tarefas necessárias ao bom funcionamento do lar e ao auto cuidado e à preservação do Grupo) - deve ser reservada somente àquelas cujos laços familiares já foram rompidos e cuja problemática da ordem psicossocial impeça o retorno da vida pregressa à hospitalização. Talvez o rompimento com os laços familiares seja o que faz com que as residentes prezem tanto uma organização que leve em consideração o fortalecimento de uma nova identidade familiar, cujos laços se firmam a partir da habitação compartilhada.

O comportamento moralmente questionável de qualquer uma das residentes, também pode ser prejudicial ao Grupo e, portanto, na visão das mesmas, pode colocar em cheque todo o esforço que demanda o fortalecimento da imagem de uma pessoa mentalmente saudável (cuidadosamente cultivada por elas) e, portanto, moralmente correta.

O almejado padrão, moralmente correto do comportamento das residentes, também parece estar associado ao padrão imposto pela Igreja Católica. Sendo assim, além de terem que controlar os sinais de uma possível crise, é necessário corresponder à imagem ideal da mulher cristã. Imagem esta fortalecida no ambiente hospitalar, que ficou por muitos anos sob a responsabilidade das Irmãs de Caridade e, atualmente, nas missas das quais participam. Além do que, infringir o código comportamental, previsto para elas, poderia ser confundido

com problemas dos nervos, podendo ocasionar a perda da posição de moradora. Não é a toa que o itinerário das residentes envolve como as principais atividades de lazer aquelas que se dão no âmbito doméstico e que são consideradas as mais apropriadas a um bom comportamento feminino, como assistir TV, sobretudo as novelas e os programas de auditório, além da participação em atividades sociais do bairro, como missas, bingos, enterros, batizados, casamentos e bailes. São poucas as ocasiões em que participam de eventos noturnos. Algumas já são até madrinhas de filhos da comunidade onde residem.

Passeios a pontos turísticos, passeios à praia, ao Shopping, ida ao circo ou outros lugares também foram relatados e são os mais apreciados embora aconteçam em menor frequência. As visitas tradicionais às lojas das redondezas da Casa também fazem parte do itinerário deste grupo, assim como a ida ao salão de beleza por parte de algumas das residentes.

A ampliação da oferta de tantas experiências nem sempre foi constante na vida das residentes. Da vida no hospital para a Casa ocorreram profundas mudanças que vêm se operando no dia a dia e, portanto, são repletas de desafios e significados diversos que remetem à apropriação da vida sob outra perspectiva, que será tratada a seguir.

DE VOLTA AO MUNDO DA VIDA: DO HOSPITAL PARA A CASA

Ao se submeterem à hospitalização, com o conseqüente afastamento das suas moradias, dos seus pertences, da rede social, enfim, das referências que as ligavam a um determinando

mundo, as residentes deixaram para trás seu nome, suas roupas, seus bens materiais, seus amores, suas redes de relações, e tantas outras coisas, como um “rito de passagem” que, para Goffman (2005), pode vir a representar uma despedida e um novo começo.

A volta ao mundo da vida, de uma outra forma, remete a uma ideia da retomada de valores deixados para trás, num esforço de restituição das cidadanias destas mulheres que passaram anos de suas vidas hospitalizadas. Neste caso, a metáfora “retorno para casa” pode ser considerada como a primeira referência simbólica de um novo rito de passagem, que sinaliza uma nova vida, uma nova identidade, uma nova referência. O significado de se habitar o SRT não significaria, portanto, somente o uso da casa, mas um processo de (re)apropriação da própria vida pelas residentes. Significa a passagem do lugar de “pacientes” para o de residentes.

Com base nos depoimentos abaixo é possível perceber as mudanças ocorridas na vida das moradoras do Residencial do Pomar neste percurso:

No tempo de hospital eles não deixavam agente fazer nada. Por isso eu gostei de vir morar aqui (Margarida).

Era difícil a vida na rua. Não tinha onde tomar banho, o que comer, suja, cabelo sem pentear. Daí me pegaram na rua e comecei a morar no hospital (Lírio).

Aqui na casa nós escolhemos o que queremos, marcamos no papel e compramos. Aqui fazemos de tudo (Lírio).

Aqui na casa é tudo arrumadinho. É tudo com amor. Agora essa é a minha família e se eu precisar de ajuda elas tomam conta de mim (Rosa).

A melhor coisa da minha vida foi morar aqui. Estou muito feliz. Nunca mais quero sair daqui nem voltar para a minha casa (sic). Aqui cada uma faz o que gosta. (Lírio)

De uma posição de abjeção, conceito formulado por Butler (2003) para se referir à situação de exclusão dos papéis de sujeito, as residentes buscaram caminhos para afirmar sua subjetividade, para contrapor o lugar social que ocupavam anteriormente.

Do tempo de moradia, antes e durante a hospitalização, algumas das poucas lembranças parecem aflorar sentimentos que muitas vezes as conduzem ao silêncio.

O rompimento de Violeta com a carreira hospitalar exemplifica o quanto, neste momento, é importante investir no papel de moradora e não mais de paciente. Como ela relatou: “Já faz tanto tempo que nem lembro mais da vida no hospital. Antes nós éramos de uma enfermaria. Hoje não somos mais. Nós quase não temos mais amigas lá”.

Mesmo com todo o sofrimento advindo do período da internação, demonstraram que, longe de parecerem cansadas de si mesmas, ainda possuíam forças para se tornarem proprietárias de si. Como símbolo maior de civilidade, elas transformaram-se aos olhos do Outro, em pessoas mais dignas

socialmente, com toda a discrição que um bom estrategista requer em sua conduta, a ponto de gerar certo estranhamento por sua sutileza. Como sujeitos dotados de potencial de metamorfose, que seria já uma posição política que evidenciaria este certo estranhamento à condição de pacientes socialmente destinadas a elas, (des) constroem a imagem de pessoa doente a partir, então, da tomada de consciência sobre as suas diferenças.

Essas transformações passaram a ser tão costumeiras quanto possíveis, servindo para realçar a percepção da dignidade necessária às modificações presentes. É o que poderia ser denominado de período de adaptação à nova situação. Esta *performance* talvez passa a ser considerada o primeiro passo do processo de autonomia das residentes.

Trata-se de uma posição frágil, pois, caso não correspondam às demandas previstas para o lugar de “residentes”, resta-lhes somente a de “pacientes de um hospital psiquiátrico”, retroagindo à hospitalização com toda a carga advinda desta situação, cujo rótulo diagnóstico é apenas o início de uma jornada marcada pela mortificação do “eu”. O retorno às afeições morais, dentro dos padrões permitidos, pode ser considerada a *performance* que assinala a aprovação de um comportamento moralmente próprio às mulheres que se encontram “bem das idéias”, pois não dizem palavrão, não brigam, não contestam, não prejudicam ou depreciam ninguém. Ao contrário, se envolvem com esmero nas tarefas

domésticas que lhes são delegadas, participam na administração do lar, cuidam das outras residentes e se responsabilizam por si e pelo lar, contribuindo com a prevenção de qualquer episódio de crise, o que evidencia a aptidão necessária para a manutenção da condição de residente.

A demonstração de que estas mulheres contribuíram para o êxito dos papéis previstos, parece repartir a responsabilidade por seu estado de saúde, como um dos indicativos de que vêm realizando tudo o que estava ao alcance, incluindo a própria medicalização, o controle sobre a saúde e o comportamento moralmente correto.

A ameaça do retorno das mesmas para o hospital, entretanto, pode estar sendo sutilmente utilizada como estratégia de controle de poder. O comportamento reprovado pode sinalizar doença e a consequente hospitalização. Não é para menos que poderiam estar se esforçando para demonstrar disposição, autonomia e eficiência, com base no referencial que possuem de boas cidadãs que, neste caso, se fundamenta nos estereótipos do papel tradicional de mulher engendrados, neste caso, pela equipe terapêutica, pela Igreja Católica, pela comunidade local, por seus pares e familiares.

De maneira geral, considerando os diferentes graus de envolvimento, posso ousar afirmar, com base nas impressões obtidas, que as residentes constroem a imagem que têm de si mesmas como mulheres moralmente corretas e socialmente desejáveis, cuja saúde se caracteriza pelo fato de serem ativas,

trabalhadoras, responsáveis por suas vidas, capazes de decidirem sobre seus corpos, dotadas de maior liberdade de ir e vir, com potencial para opinarem sobre o próprio tratamento, com a cabeça em ordem, respeitosas, disciplinadas e colaboradoras para com as demais. São capazes de cuidar de si e das outras residentes, de desfrutar dos mesmos privilégios e costumes da comunidade, além de se considerarem boas domésticas.

A identidade grupal, por sua vez, parece estar associada à organização familiar, que deve ser vivenciada sob as bases da cumplicidade, do respeito, da lealdade, do envolvimento e da vigilância de todas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com todos os avanços conquistados, observa-se que uma moralidade tradicional e hierárquica também em relação a questões de gênero e sexualidade parece embasar os parâmetros científicos que engendram a percepção sobre estas mulheres e a própria visão sobre seu estado de saúde.

O SRT parece carregar consigo a ambigüidade de pretender tratar e proteger suas residentes, ao mesmo tempo em que lhes incentiva e limita os direitos de cidadania. A própria denominação configurada na legislação atual é ambígua no sentido de se pretender ser tanto um serviço que se propõe a determinadas terapias, quanto um residencial com a finalidade de garantir os direitos de moradia.

Foi possível verificar, na visão das residentes e membros da equipe terapêutica, que o Residencial do Pomar tem colaborado para uma visão comunitária, contribuindo para o acolhimento e a reintegração das residentes. Supre, também, a carência de moradia ao mesmo tempo em que dá suporte ao acompanhamento psiquiátrico e clínico.

Ao habitarem a Casa, as mulheres iniciam o seu processo de transição do papel de institucionalizadas para o de moradoras, revelando o quanto são dotadas de potencial de metamorfose. O retorno ao zelo pelas coisas do lar, a possibilidade de poder juntar objetos que contenham suas histórias e armazená-los num espaço cuidadosamente arranjado, o cultivo da privacidade, a possibilidade de comer algo diferente, saber que tem onde receber amigos, ou ainda a possibilidade de poder decidir sobre a própria “beleza”, exemplificam como se deu o processo de adaptação e de apropriação da vida das residentes.

O trânsito entre províncias e mundos pode ser considerado, então, como uma das questões cruciais para a compreensão sócio-antropológica dessas residentes, que passaram a transitar em distintos planos e níveis de realidade socialmente construídos, ao irem morar numa Residência.

O desempenho das residentes parece talhado, então, para demonstrar sua capacidade de adequação, de autonomia, seu perfeito estado de saúde, em consonância com a política necessária à solicitação da condição de moradora - um histórico

de bons antecedentes, evidenciando o quanto essas mulheres, longe de serem “incapazes e inferiores”, sabem fazer política no cotidiano.

A própria imposição de normas aos corpos das residentes, como o controle sobre a sexualidade, sobre o direito de ir e vir sem restrições, ou a obrigatoriedade do uso da medicação, dentre outras medidas, exemplificam que nem sempre a própria negociação sobre o estado de saúde é algo tão democrático quanto aparenta, funcionando como dispositivo biopolítico de poder. Há de se considerar que alterações no comportamento previsto podem ser desencadeadoras de uma ação que as faça perder a condição de moradoras, com o consequente retorno à hospitalização psiquiátrica, pois não dispõem de outros serviços de saúde mental, ou de uma rede de assistência capaz de satisfazer integralmente as suas necessidades.

Mas, conforme mencionei anteriormente, a luta pela superação da posição de pacientes tem seu preço, pois a construção de sujeitos singulares, neste caso, parece ser feita com base em essências naturalizadas e fundamentadas na imagem tradicional de mulher. Neste caso, passividade, desdobramento, disponibilidade, capacidade para o trabalho doméstico e demais tarefas consideradas “femininas” correspondem, então, ao ideal de saúde mental para as residentes. Já a sexualidade e a maternidade tornam-se algo impróprio ao lugar que ocupam socialmente.

Por meio do SRT, elas conquistam maior privacidade, adquirem a noção de propriedade, constroem um universo simbólico através dos objetos que adquirem e trabalham formas próprias de autodeterminação de suas vidas, demonstrando que, mesmo se vestindo com uma roupagem essencializada nos moldes do “feminino tradicional”, são dotadas de potencial de metamorfose e são capazes de contribuir com um projeto coletivo, com vistas à colaboração da gestão de problemas sociais.

Mesmo com toda a restrição presente, ressalta-se que a liberdade para escolherem e controlarem suas vidas foi ampliada, mas o controle sobre a mesma impõe limites ao próprio livre arbítrio, pois a todo o momento existe um campo de possibilidades que precisa ser negociado, a fim de se ampliar os direitos, as trocas e a circulação das diferenças.

Se por um lado isto dificulta a cidadania, por outro parece estimulá-las no sentido de resolver seus problemas. Se ainda são vistas através das lentes dos papéis tradicionais femininos, é mediante o reforço a esta mesma imagem que intensificam a sua *performance* diária, através da demonstração das suas habilidades femininas, tão necessárias à presença da imagem de boa saúde.

NOTAS

¹ Tese defendida em setembro de 2008 no Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina sob a orientação de Luzinete Simões Minella e Sônia Weidner Maluf.

² Serviços substitutivos são dispositivos assistenciais, criados a partir da política da RP brasileira, como os Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, por exemplo, com a finalidade de se evitar, ao máximo, o tratamento em

situação de confinamento, como o atendimento prestado nos hospitais especializados em psiquiatria ou nos leitos psiquiátricos de hospitais gerais, destinada somente para os casos em que a internação se faça necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência, conforme o recomendados na PT SNAS nº 224/1992.

³ Hospital Colônia Santana foi inaugurado em 10 de novembro de 1941, no Salto do Maroim, no município de São José, com a missão de ser o primeiro grande empreendimento destinado ao tratamento dos doentes mentais em Santa Catarina.

⁴ UGP - Unidade de Gestão Participativa - é uma unidade do Centro de Convivência Santana (CCS) destinada a abrigar mulheres internas em condição asilar que possuem internação prolongada, mas com possibilidade de autodeterminação. Esta Unidade com 20 vagas é indicada para pacientes internas agudas e subagudas que estejam com o quadro psiquiátrico compensado, embora pouco produtivo, e com remota possibilidade de alta, não oferecendo risco evidente de fuga. Tem por objetivo o resgate das habilidades sociais e da cidadania, assim como a melhoria da qualidade de vida, visando o retorno gradativo das mesmas ao convívio sócio-familiar (Projeto Terapêutico da Unidade de Gestão Participativa, 2002).

⁵ A Segunda Enfermaria Feminina era uma das unidades do Hospital Colônia Santana destinada a abrigar mulheres adultas e mais idosas, sem prognóstico de saírem do Hospital devido a problemas de ordem clínica e/ou psicossocial.

⁶ Paciente crônica significa na visão das residentes aquela que permanece internada por muitos anos.

⁷ Morfética é o termo utilizado pelas Residentes como uma pessoa sômbria, meio desligada do mundo, meio retardada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo (SP): HUCITEC, 2001.
- BEZERRA, Benilton. O cuidado nos Caps: os novos desafios. In: ALBUQUERQUE, P; LIBÉRIO, M.(Orgs). *O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política*. Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental – 1990/2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 5ª Edição Ampliada.
- COSTA- ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações : 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- FIGUEIRA, Sérvulo. Psicanalistas e pacientes na cultura psicanalítica. In: FIGUEIRA, Sérvulo. *Efeito Psi: a Influência da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

- FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 5ªed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- KANTORSKI, Luciane Prado (coordenadora). *CAPSUL - Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil*. Relatório/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, Ministério da Saúde. Pelotas, 2007.
- LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo. Corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- MALUF, Sônia W. Mesa: *A medicalização do sofrimento e a perda da tristeza*. II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva. UFSC, Florianópolis, 2008.
- MALUF, Sônia W. *Gênero, subjetividades e saúde mental. Práticas e representações sobre “saúde mental” através de uma abordagem de gênero*. Projeto de Pesquisa. UFSC, 2006.
- MANZINI, Fernanda e BECKER, Marina. *A mulher e a “pílula da felicidade”: uma abordagem sobre o uso de fluoxetina*. Trabalho de Conclusão de Estágio, orientado pela profª Eliana Diehl, Curso de Graduação em Farmácia- UFSC, 2007.
- PELBART, Peter Pal. Manicômio mental — a outra face da clausura. In: Lancetti, Antonio (org). *SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec, p. 130-138, 1990.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- ROTELLI, Franco et al. *Desinstitucionalização*, São Paulo: Hucitec, 2001a, 2ªed.
- ROTELLI, Franco et al. *Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”*. In: ROTELLI et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001b, 2ª Ed.
- SILVEIRA, Maria Lucia da. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.



**“A MINHA MELHOR AMIGA SE CHAMA FLUOXETINA”:
CONSUMO E PERCEPÇÕES DE ANTIDEPRESSIVOS ENTRE
USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Eliana Diehl
Fernanda Manzini
Marina Becker

A partir de 1950, os medicamentos psicotrópicos¹ modificaram a paisagem da loucura, paulatinamente esvaziando os manicômios e substituindo a camisa-de-força e os tratamentos de choque pela redoma medicamentosa (Roudinesco, 2000). Também é fato que emoções e sentimentos que eram considerados como parte da vida (por exemplo, tristeza, culpa, raiva, entre outros) atualmente são objeto de intervenção com medicamentos, sendo a indústria farmacêutica um dos principais promotores dessa tendência.

A depressão, antigamente definida como melancolia, entre outras denominações, domina a subjetividade contemporânea. Segundo Roudinesco (2000), a depressão tornou-se a epidemia psíquica das sociedades democráticas, e é neste cenário que surgem novos tratamentos a cada dia, oferecendo a tão esperada solução na forma de comprimidos ou cápsulas. Segundo Azize (2002), para ilustrar a idéia de que

a depressão é uma doença comum, da qual qualquer pessoa pode ser acometida, e que por isso não deveria ser causa de nenhuma espécie de estigma, o texto do sítio eletrônico oficial do Prozac® (cuja substância ativa é a fluoxetina²) traz nomes de alguns personagens conhecidos que sofrem ou teriam sofrido de depressão. O subtexto parece dizer “Se expoentes da cultura mundial podem desenvolver depressão, por que não eu ou você?”.

A fluoxetina tem papel de destaque na medicalização crescente da sociedade contemporânea. O Prozac® atingiu uma sociedade que estava no clima certo para ele. Campanhas apoiadas pelo laboratório Eli Lilly, fabricante do Prozac®, alertaram os médicos e o público para os “perigos da depressão”. O Prozac® foi lançado como totalmente seguro, podendo ser receitado para qualquer um. Era a droga maravilhosa, a resposta fácil, o reanimador instantâneo, o eldorado neurológico (Moore, 2007). Quando chegou o dia do lançamento, os pacientes já o pediam pelo nome. Em 1999, o medicamento respondia por mais de 25% do faturamento de 10 bilhões de dólares do laboratório (Moore, 2007), correspondendo a aproximadamente US\$ 2.61 bilhões (WHO, 2004).

Em que pese a importância de dados mais amplos sobre medicamentos, abordagens macropolíticas e macroeconômicas não têm sido suficientes para explicar por que, por exemplo, o consumo de medicamentos é prática relevante mesmo onde

os serviços de saúde são deficientes; os medicamentos de venda sob prescrição são disponíveis livremente, e a automedicação é importante recurso de cuidado. Para melhor compreender esses fenômenos, alguns autores, como Van der Geest (1987), Etkin *et al.* (1990) e Van der Geest *et al.* (1996), propuseram estudos em contextos locais de distribuição e uso dos medicamentos, na perspectiva de uma “antropologia dos medicamentos”, que pressupõe a coexistência de medicamentos e de remédios e a questão de como as percepções e usos de um afeta o outro (Whyte; Van der Geest, 1988). Para esses autores, não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas, mas sim pesquisar as situações dinâmicas nas quais os mesmos são percebidos e utilizados, pois o significado dos medicamentos é apreendido em termos da experiência e concepção da doença (Van der Geest; Whyte, 1989).

Essa pesquisa buscou identificar a dispensação de antidepressivos em um Centro de Saúde de atenção básica em Florianópolis, caracterizando os medicamentos, os usuários e os prescritores, bem como a percepção do uso de fluoxetina entre usuários.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada entre março e junho de 2007 em um Centro de Saúde (CS) de atenção básica (especialmente no serviço de farmácia), no município de Florianópolis, Santa Catarina, como parte do projeto *Gênero, Subjetividade e Saúde*

Mental: práticas e representações sobre “saúde mental” através de uma abordagem de gênero, realizado e coordenado pelo Grupo de Estudos de Gênero, Subjetividade e Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSC.

Para fornecer elementos que facilitassem a compreensão da elevada frequência de dispensação de antidepressivos no CS, em especial de fluoxetina, optou-se por quantificar a dispensação de antidepressivos, analisar as prescrições de fluoxetina, entrevistar usuárias deste medicamento e realizar observação participante durante todo o período da pesquisa.

Para obter a série histórica do consumo dos antidepressivos, escolheram-se os meses de janeiro a março de 2007. Os dados do consumo mensal dos antidepressivos constantes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) – amitriptilina, fluoxetina e imipramina – dispensados no CS foram obtidos consultando-se o livro de registro específico dos medicamentos controlados³ (BRASIL, 1998).

Partindo-se dos dados desse livro de registro, buscaram-se as receitas de fluoxetina referentes aos meses de janeiro a março de 2007 que se encontravam armazenadas na farmácia do Centro. Os dados de gênero e idade foram obtidos consultando-se o cadastro do usuário no InfoSaúde (sistema de informatização de dados da atenção à saúde utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde); a especialidade do médico

prescritor, a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou nome comercial, a quantidade e a posologia foram obtidas analisando-se as receitas. Quando da ausência da especialidade do prescritor na receita, realizou-se pesquisa via Internet acessando-se o sítio eletrônico do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina⁴.

Para a compreensão do contexto de uso da fluoxetina, foi utilizado o método etnográfico, usando como técnicas a observação participante durante a pesquisa no serviço de farmácia, com anotações em diário de campo, e as entrevistas baseadas em roteiro prévio. Para a entrevista, selecionaram-se dois usuários através de abordagem no momento da entrega da fluoxetina.

O projeto *Gênero, Subjetividade e Saúde Mental*, no qual essa pesquisa está inserida, recebeu o Parecer favorável n. 355/06 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e também foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

O CENÁRIO DA PESQUISA

Em 2007, Florianópolis possuía aproximadamente 396 mil habitantes e a cobertura dos serviços básicos de saúde, através da estratégia Saúde da Família, atingia em torno de 77% da população (Florianópolis, 2007a). A rede básica era (e ainda é) a mais utilizada na prestação dos serviços públicos de saúde (Sartor, 2004), sendo a porta de entrada para os usuários (Florianópolis, 2002-2005).

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis encontrava-se na época da pesquisa na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada⁵ e gerenciava uma rede composta por 54 unidades de saúde, sendo 48 Centros de Saúde (CS), um ambulatório de especialidades (Policlínica II), um pronto atendimento no Norte da Ilha, um laboratório de análises clínicas e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). As unidades de saúde do Município encontravam-se divididas em cinco Regionais de Saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul, sendo cada Regional gerenciada por uma equipe composta de um coordenador regional, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo. Estas foram implantadas em junho de 2002 com o propósito de promover o gerenciamento da rede em nível regional (Florianópolis, 2007b).

A Regional de Saúde Norte contava com 10 CS, entre eles o Centro desse estudo, e um Pronto Atendimento. Possuía uma população de aproximadamente 65.000 habitantes (Florianópolis, 2007b).

Os medicamentos sujeitos a controle especial (psicotrópicos), até outubro de 2006 eram distribuídos no CS Centro e na Policlínica do Estreito. Após esta data, a entrega de tais medicamentos foi descentralizada e no momento da pesquisa cada Regional de Saúde tinha um CS destinado a esta distribuição.

O CS deste estudo prestava os serviços de clínica geral,

enfermagem, odontologia, programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, pediatria, ginecologia, psiquiatria e farmácia, e funcionava das 7h às 19h. Havia um farmacêutico responsável pela distribuição dos psicotrópicos, que era feita de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 13h. A psiquiatra atendia de segunda-feira à sexta-feira no período da tarde.

OS ANTIDEPRESSIVOS

A dispensação dos medicamentos antidepressivos foi quantificada para os meses de janeiro, fevereiro e março de 2007 no CS (Tabela 1).

Tabela 1: Dispensação de antidepressivos nos meses de janeiro a março de 2007 em um Centro de Saúde, Florianópolis.

Medicamento	Janeiro (unidade)	Fevereiro (unidade)	Março (unidade)	Total
Amitriptilina	6.750*	14.220*	15.690*	36.660
Fluoxetina	24.391†	11.429†	29.790†	65.610
Imipramina	5.510*	5.300*	6.900*	17.710
Total	36.651	30.949	52.380	119.980
* Comprimido † Cápsula				

Os baixos números na dispensação, quando comparados entre si, de amitriptilina no mês de janeiro e de fluoxetina no mês de fevereiro justificam-se pela falta destes medicamentos nos referidos períodos. Esta falta não interferiu na média obtida, pois houve um aumento na distribuição assim que a situação se regularizou. A fluoxetina foi o antidepressivo mais prescrito (54,7%) no período analisado, observando-se também significativa diferença com o segundo colocado, a amitriptilina (30,6%), e o terceiro colocado, a imipramina (14,8%).

Considerando os dias de funcionamento do CS por mês, foi possível obter uma média diária da distribuição destes medicamentos (Tabela 2).

Tabela 2: Média mensal e diária da dispensação de antidepressivos nos meses de janeiro a março de 2007 em um Centro de Saúde, Florianópolis.

Medicamento	Dispensação média mensal (unidade)	Dispensação média diária (unidade)
Amitriptilina	12.220*	632*
Fluoxetina	21.870†	1.131†
Imipramina	5.903*	305*
* Comprimido † Cápsula		

Em um levantamento feito pelo farmacêutico do Centro, eram atendidos, em média, 100 usuários de medicamentos sujeitos a controle especial por dia. Segundo os dados obtidos, dispensava-se fluoxetina para cerca de 15 usuários por dia. Comparando a média de usuários destes medicamentos à média obtida dos usuários de fluoxetina, é possível observar o quão elevada era a demanda deste antidepressivo.

AS RECEITAS DE FLUOXETINA

Partindo-se dos dados do livro de registro específico dos medicamentos controlados no CS, buscaram-se as receitas (primeira via) de fluoxetina referentes aos meses de janeiro a março de 2007 que se encontravam armazenadas no serviço de farmácia. Foram analisadas 855 receitas, sendo 330 do mês de janeiro, 140 de fevereiro e 385 de março.

Após a análise das 855 receitas, buscou-se no InfoSaúde os dados dos usuários. Como a análise foi feita para um período de três meses e a fluoxetina era dispensada para no máximo 60 dias de tratamento, os usuários poderiam vir mais de uma vez na farmácia neste período. Foi preciso então avaliar se os registros dos usuários não se repetiam, para então começar a buscar esses dados. Obteve-se um total de 692 usuários, sendo 564 mulheres (81,5%) e 128 homens (18,5%). Desde total, 111 mulheres e 30 homens retornaram à farmácia no referido período.

Para a identificação da idade dos usuários de fluoxetina, considerou-se a data na qual a medicação foi dispensada, organizando-se por faixa etária (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição por faixa etária dos usuários de fluoxetina em um Centro de Saúde, Florianópolis, janeiro-março de 2007.

Faixa etária (anos)	Mulheres (n)	%	Homens (n)	%
10 - 20	12	2,1	6	4,6
21 - 30	58	10,3	13	10,2
31 - 40	114	20,2	33	25,8
41 - 50	181	32,1	23	18,0
51 - 60	134	23,8	31	24,2
61 - 70	45	8,0	15	11,7
71 e mais	20	3,5	7	5,5
Total	564	100,0	128	100,0

Entre as mulheres, a faixa etária predominante foi de 41 a 50 anos. Já entre os homens, as faixas etárias predominantes foram de 31 a 40 anos e de 51 a 60 anos. Chamou a atenção o número de usuários abaixo de 20 anos (12 mulheres e 6 homens). Obtiveram-se ainda os dados estado civil e ocupação, mas uma vez que os cadastros no InfoSaúde não eram atualizados com frequência pelos usuários, esses dados podiam não expressar a realidade, e por isso as autoras optaram por não divulgar os mesmos.

Na análise das prescrições, a especialidade do prescritor foi obtida através do carimbo apostado à mesma ou em consulta ao sítio eletrônico do Conselho Regional da categoria (CRM-SC); o dado requerido foi obtido através do número do registro do profissional no referido órgão. Entre 30 especialidades médicas que geraram receitas de fluoxetina, as principais estão descritas na Tabela 4.

Tabela 4: Principais especialidades do prescritor das receitas de fluoxetina em um Centro de Saúde, Florianópolis, janeiro-março de 2007.

Especialidade do prescritor	Receitas (n)	%
Medicina de família e comunidade	255	29,8
Psiquiatria	254	29,7
Clínica médica	62	7,3
Cardiologia	26	3,0
Neurologia	26	3,0
Outras	121	14,2
Não identificada	108	12,6
CRM ilegível no carimbo	3	0,4
Total	855	100,0

Entre as outras especialidades identificadas de acordo com a classificação do órgão regulador médico, foram observadas: alergia e imunologia, anestesiologia, cancerologia, cirurgia geral, cirurgia torácica, dermatologia, endocrinologia,

gastroenterologia, geriatria, ginecologia e obstetrícia, hematologia e hemoterapia, homeopatia, infectologia, medicina do trabalho, medicina física e reabilitação, nefrologia, neurocirurgia, neurologia pediátrica, nutrologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, pediatria, pneumologia, reumatologia e urologia. Para 108 receitas, não foi possível identificar as especialidades porque o dado não estava disponível no sítio eletrônico do CRM-SC.

Segundo a legislação vigente no município à época – Instrução Normativa n. 01/2006 (Florianópolis, 2006) –, as prescrições médicas, odontológicas e de enfermagem, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), deviam adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) e todo o medicamento somente seria fornecido mediante apresentação de receita médica, odontológica e de enfermagem originais, segundo a dosagem e apresentação existente na lista da REMUME (Florianópolis, 2006). Entre as 855 receitas analisadas, 850 adotavam a DCB (99,4%) e 5 (0,6%) apresentavam nome comercial, sendo que nenhuma delas apresentava o nome de referência. Quanto à quantidade de cápsulas, 49 (5,7%) receitas indicavam tratamento superior a 60 dias, sendo que em 32 delas era solicitada uma cápsula ao dia para 90 dias de uso, contrariando a Portaria n. 344/98 (Brasil, 1998). Verificou-se também que a posologia estava ausente em duas receitas (0,2%) e que em 13 receitas (1,5%) ela estava ilegível.

AS ENTREVISTADAS

A primeira entrevistada foi Dilma⁶, 43 anos, viúva, funcionária pública aposentada. Tinha dois filhos e nasceu em Florianópolis. Não tinha religião definida, mas frequentava cultos evangélicos. Segundo ela, foi diagnosticada com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e depressão. Relatou que sempre apresentou os sintomas e não associava a doença a nenhum fator desencadeante. Fazia acompanhamento com psiquiatra e utilizava psicotrópico.

A entrevista foi realizada em um dia frio de maio, em sua própria residência, situada em um bairro próximo ao CS. Dilma morava com seus dois filhos, um deles dependente químico que estava para ser internado. Na sala havia quadros e trabalhos artesanais que Dilma confeccionava, os quais, como comentou, considerava “sua terapia”. Dilma foi muito receptiva, mostrou ser uma pessoa extrovertida e alegre. O resultado foi uma entrevista de mais de uma hora de duração e relatos com riqueza de detalhes.

A segunda entrevistada foi Maria, 62 anos, separada, advogada aposentada. Tinha três filhos e nasceu no município do Rio de Janeiro. Era católica. Tinha depressão, atribuindo a patologia ao falecimento do irmão e a problemas de saúde. Fazia acompanhamento com psiquiatra e psicanalista e utilizava fluoxetina.

Maria foi muito receptiva e a entrevista foi realizada imediatamente após o convite em uma sala do CS. Suas

respostas foram curtas e objetivas, sem muitos detalhes. A entrevista foi realizada em 10 minutos. Essa situação (entrevista no próprio Centro e pouco tempo de conversa) pode ter enviesado algumas das respostas, especialmente aquelas referentes à relação com os médicos, embora o único vínculo dela com o CS fosse o recebimento da fluoxetina, como veremos abaixo.

A DISPENSAÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS NO CENTRO DE SAÚDE

O presente estudo mostrou que a quantidade expressiva de unidades de antidepressivos dispensada em três meses no CS, bem como a indicação de fluoxetina predominantemente para mulheres (81,5% do total de usuários, sendo a maioria delas entre 31 e 60 anos), confirmam a importante relação entre gênero e prescrição de antidepressivos já assinalada pela literatura.

Andrade *et al.* (2004), estudando o cumprimento da legislação quanto à prescrição e dispensação dos medicamentos psicotrópicos das Listas B e C1⁷, definidas pela Portaria n. 344/98 (Brasil, 1998), no município de Ribeirão Preto, São Paulo, analisaram receitas e notificações dos medicamentos retidas em farmácias particulares com manipulação, referentes ao mês de novembro de 2000. Foram coletadas 753 receitas, sendo 527 (70,1%) de substâncias da Lista B e 226 (29,9%) da Lista C1. Nesse trabalho, as autoras observaram que da Lista C1, o medicamento mais prescrito foi a fluoxetina (68,8%), sendo significativa a diferença para o segundo fármaco mais

prescrito, a amitriptilina (12,5%). Os dados observados por Andrade *et al.* (2004) assemelharam-se aos encontrados nesta análise: a fluoxetina foi o antidepressivo mais prescrito (54,7%) no período analisado, também com significativa diferença em relação à amitriptilina (30,6%) e à imipramina (14,8%).

Outros trabalhos no Brasil, que corroboram tendências semelhantes em outros países ocidentais, têm demonstrado que a receita médica de psicotrópicos (especialmente antidepressivos e ansiolíticos) para mulheres é mais frequente do que para homens (Silveira, 2000; Diehl, 2001; Rodrigues *et al.*, 2006; Lima *et al.*, 2008). As razões pelas quais os médicos prescrevem esses medicamentos mais frequentemente para as mulheres do que para os homens são complexas. Dentre elas, autores apontam para a influência da propaganda da indústria farmacêutica, que promove os medicamentos como solução para os estresses e os conflitos próprios do papel da mulher, descrevendo a depressão como um distúrbio mental feminino (Mastroianni *et al.*, 2008); as dificuldades do médico para lidar com os problemas socioafetivos das mulheres, não vendo alternativas a não ser medicalizá-los (Whyte *et al.*, 2002); a maneira que as mulheres manipulam seus problemas de modo a receberem receitas dos medicamentos que desejam (Whyte *et al.*, 2002). Em contraste, o álcool e o fumo (drogas lícitas), e não os psicotrópicos, parecem ser o principal consolo químico usado pelos homens em diversas sociedades.

Para Traverso-Yepéz e Medeiros (2004), um dos fatores de maior procura das mulheres pelos serviços de saúde deve-se ao fato de que ao assumir o papel de cuidadora na família, a mulher tende a prestar uma atenção maior às sensações corporais, bem como se preocupar com os sinais e sintomas da doença. Observa-se que as diferenças de gênero relacionadas ao processo saúde-doença referem-se muito mais ao papel social, às dificuldades socioeconômicas, às condições de trabalho e às desigualdades a que as mulheres são submetidas, criando uma imagem de fragilidade e submissão.

Chamou a atenção o número expressivo de receitas emitidas por médicos de família e comunidade. Segundo o modelo da Estratégia de Saúde da Família, que preconiza vínculo com a população, é esse o profissional que acompanha o usuário, o que justificaria o dado encontrado. Outros estudos (Rozemberg, 1994; Silveira, 2000; Diehl, 2001; Rodrigues *et al.*, 2006) apontaram que os psiquiatras fornecem menos receitas de psicotrópicos do que os clínicos gerais e outros especialistas, pois de maneira geral o usuário consulta uma primeira vez com o psiquiatra e após mantém as receitas com outros médicos que estão mais acessíveis nas comunidades e nos serviços de saúde. No caso desse Centro, a presença de atendimento psiquiátrico todas as tardes de segunda-feira à sexta-feira contribuiu para o número significativo de receitas dessa especialidade.

Andrade *et al.* (2004) verificaram que quanto à relação entre a especialidade do prescritor e o perfil de prescrição, as especialidades foram muito variáveis, sendo que em 124 receitas (32,8%) não foi possível identificá-las, pois não constava o número do CRM-SP ou, nas que constavam, o profissional não estava incluso na listagem que o órgão disponibilizava em sua página eletrônica. Entre as prescrições com especialidade identificada, a maioria foi emitida por clínicos gerais (25,1%), seguida por psiquiatras (13,9%), neurologistas (12,1%), endocrinologistas (9,9%) e ginecologistas (4,5%).

Outras observações sobre as receitas aviadas no CS que mereceram destaque: das 13 receitas assinadas por ginecologistas, uma foi emitida para um homem; as 12 receitas aviadas por pediatras eram de usuários adultos, com a faixa de idade variando de 25 a 78 anos. Esses dados confirmam que para muitos usuários de psicotrópicos o mais importante é a manutenção da emissão das receitas, permitindo, muito provavelmente, o manejo fora do controle médico.

Comparando o dado DCB desse trabalho (99,4% das receitas traziam essa informação) com aqueles encontrados por Andrade *et al.* (2004), que observaram que em 78,2% das receitas os medicamentos não foram prescritos de acordo com a DCB, podemos sugerir que em Florianópolis os médicos aderiam melhor a essa exigência legal. Segundo o artigo 59 da Portaria n. 344/98 (Brasil, 1998), a quantidade prescrita de cada medicamento constante da Lista C1 está limitada a cinco

ampolas e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade corresponde a no máximo 60 dias de tratamento. As 49 (5,7%) receitas que indicavam quantidades superiores ao tratamento de 60 dias geravam problemas na dispensação, pois o usuário, por desconhecer a legislação, exigia a entrega da quantidade prescrita pelo médico, o que demandava explicações sobre o motivo para dispensar somente a quantidade permitida pela legislação. A ausência da posologia em duas receitas e a ilegibilidade⁸ em 13 delas podiam também causar problemas, já que o número de unidades dispensadas era calculado com base na posologia. Além disso, a dificuldade de leitura da letra do prescritor tem sido responsável por graves problemas de saúde, pois pode induzir a erros no uso.

O CONTEXTO DE USO DA FLUOXETINA

Dilma relatou sofrer de TOC. Dizia sempre ter tido os sintomas, mas só descobriu que estava doente em setembro de 2006: *“infelizmente eu fui me dar conta disso aos 40 anos”*.

Como não sabia que estava doente, Dilma sofreu achando que o *“problema era com ela”*. Isso a afastou da vida social, do convívio com amigos e família. Segundo ela:

Eu perdi alguns amigos, alguns colegas, eu fiz algumas inimizadas no meu local de trabalho, casamento eu passei por três. Eu atribuo tudo isso ao TOC. (Dilma)

Após perceber-se doente, imputou à doença dificuldades de sua vida. Para ela, o TOC a impediu de realizar muitas coisas:

Quando eu olho pra trás eu vejo que tudo na vida que eu não consegui realizar foi por causa do TOC (...) Aquelas coisas que eu não consegui realizar, eu não conseguir realizar por causa do TOC e as coisas que eu perdi, eu também perdi por causa do TOC. (Dilma)

Ela teve câncer na mandíbula, fez tratamento e no momento da entrevista fazia acompanhamento. Como já mencionado, também tinha problemas com o filho mais novo, que era dependente químico. Nenhum desses problemas era comparado ao TOC:

Apesar de todo sofrimento que eu tive com o câncer, tudo, eu não considero nada pior do que o TOC. Considero porque o TOC faz com que eu sinta vontade de morrer, eu tenho vontade de me machucar (...). (Dilma)

Maria sofria de depressão. Problemas de saúde e o falecimento do irmão desencadearam sua doença. Em seu relato:

Meu irmão, um cara novo e tudo, teve linfoma... Podem ter sido todos esses problemas... Porque todo mundo tem problema, mas de repente a gente tem um pouco mais do que os outros e você segurar como eu sempre segurei, nunca procurei ninguém pra me servir de bengala, fui superando as coisas da vida... Claro, você vai crescendo... Tudo tem um preço... (Maria)

Quando perguntada se conhecia as causas de sua doença, Maria soube informar a possível causa orgânica de sua

depressão. Demonstrou ter conhecimentos mais técnicos sobre a doença e sobre a ação do medicamento.

Dilma fazia acompanhamento mensal com um médico psiquiatra. Chegou a fazer terapia, mas:

Fui a várias terapias. Eu parei de ir pra psicoterapia porque eu já tava com vontade de pegar a psicóloga e de socar sabe? Eu sentia raiva... Eu não queria admitir de jeito nenhum que eu tinha algum problema, não queria admitir que eu tivesse que tomar um psicotrópico, sabe? (Dilma)

Usuária de fluoxetina desde setembro de 2006, começou a terapia com uma cápsula ao dia e chegou a tomar quatro cápsulas. Ela era a grande responsável pelo manejo de sua terapia, como relatou:

Ele [o médico] acha que eu tô tomando quatro [cápsulas]. Já faz um tempão que eu tomo três. Como eu não quero ficar sem medicação, eu deixo ele pensar que eu to tomando quatro aí eu nunca fico sem. (Dilma)

Para não ficar sem a medicação, ela não contou ao médico que diminuiu a dosagem, e assim continuava obtendo prescrições de quatro cápsulas diárias. Para Dilma, o médico era um instrumento para conseguir a prescrição. Whyte *et al.* (2002), descrevendo um estudo realizado entre mulheres holandesas usuárias de benzodiazepínicos (medicamentos ansiolíticos), enfatizaram o papel ambíguo dos medicamentos na vida delas, pois assim como aumentavam a dependência de

consultas e eram agentes de controle médico, eles eram importantes recursos de poder, dando às usuárias controle sobre suas vidas, isto é, nas “interações entre mulheres com problemas de saúde mental⁹ e tranqüilizantes, pode ser dito que mulheres e medicamentos têm agência” (Whyte *et al.*, 2002, p. 61). Segundo esses autores, inicialmente os médicos exercem poder, pois prescrevem os medicamentos – ainda que as mulheres possam manipular esse momento, representando seus problemas de tal maneira a obter os medicamentos que desejam; com o uso contínuo, as mulheres passam a ter o controle, decidindo quando e como tomam seus medicamentos e certificando-se de que conseguirão os mesmos através dos médicos – o uso contínuo não é questionado pelos profissionais, pela família ou pelos amigos e esse silêncio dá autonomia às mulheres; para algumas mulheres que se tratam por muito tempo, com aumento das doses, há um sentimento de perda do controle e nesse estágio o medicamento é que tem mais poder.

No caso de Dilma, encontrava-se há poucos meses usando a fluoxetina, conferindo-lhe autonomia sobre seu tratamento. Além disso, a manipulação do tratamento e da relação com o médico tinha motivos práticos, pois Dilma já havia enfrentado o desabastecimento do antidepressivo na rede pública e para ela fazer um estoque minimizava o problema de uma possível falta do mesmo. Foi observado durante a pesquisa que muitos usuários chegavam com receitas do Dr. X que fazia prescrições

de, por exemplo, quatro tipos de antiinflamatórios para a mesma pessoa. O farmacêutico da unidade relatou que a comunidade “gostava” do Dr. X, pois com suas receitas se podia armazenar medicamentos em casa, já que a falta destes era recorrente nos Centros de Saúde. Portanto, essa estratégia dos usuários compensava o receio de ficar sem medicamentos.

Dilma usou fluoxetina pela primeira vez quando um de seus filhos sofreu um acidente. Segundo seu relato, ela foi bem orientada para tomar uma cápsula por vez, mas por livre arbítrio tomou 30 de uma só vez e ficou cerca de uma semana praticamente dormindo. Ela não contou ao médico que tomou esta quantidade de cápsulas, mas questionou o papel do prescritor:

Meu Deus como esses médicos são irresponsável, né? Dá um monte de remédio desses pra uma pessoa que estava no estado que eu tava... Por pouco eu não morri, né? (Dilma)

Eu acho pra te falar a verdade que esses psiquiatras são uns irresponsáveis, eu acho... Porque se eu chegar lá pra ele e contar uma historinha pra ele e pedir um monte de remédio pra dormir com certeza ele vai dar... (Dilma)

Maria fazia acompanhamento com endocrinologista, e foi este médico que indicou o uso da fluoxetina:

Meu médico quis que eu tomasse porque eu tava com problema de ficar assim... Um pouco parada e tive uma fase né de vontade de não sair de casa. (Maria)

Após a indicação do endocrinologista, Maria procurou

um psiquiatra, com quem fazia acompanhamento no período da entrevista. Ela possuía uma boa relação de confiança com seu médico:

Eu tenho um grande médico me tratando, então a gente tem aquela certeza de ter um suporte bom. (Maria)

As relações estabelecidas com os médicos diferiam entre Maria e Dilma. Maria tinha confiança em seu médico e atribuía a ele a decisão de iniciar e cessar o uso da medicação; já Dilma questionava o papel do médico e era a responsável pela sua terapia, utilizando desta relação para obter o que necessitava, isto é, a prescrição.

Para Carvalho e Dimenstein (2003), o medicamento representa, na relação médico-usuária o poder que esse profissional exerce, na medida em que é ele que “sabe o que é bom” para a paciente. Segundo as autoras, nessa relação existe geralmente uma submissão ao saber e à figura do médico como autoridade que não pode ser colocada em dúvida, principalmente se o profissional é aquele que a acompanha há muito tempo. Por outro lado, existe uma linha tênue entre medicamento prescrito a automedicação, pois não se tem a certeza de que os medicamentos serão utilizados corretamente conforme a posologia médica (Van Der Geest *et al.*, 1996).

Dilma, mesmo relatando não gostar de usar medicamentos, criou uma relação de dependência com a fluoxetina. Em seus relatos, o medicamento aparecia como o principal responsável pela sua melhora:

Eu atribuo a minha melhora ao remédio. Não à psicoterapia, não à consulta com o psiquiatra... (Dilma, grifo das autoras)

Mas eu tenho percebido que depois que eu comecei a tomar a fluoxetina, eu tô mais tranquila pra cuidar dos outros problemas. (Dilma)

Ela condicionava seu dia ao medicamento, à fluoxetina: levantar da cama, fazer suas atividades, sair de casa:

Fica sempre em cima do armário. Eu nunca deixo de tomar, é a primeira coisa que eu faço quando eu acordo. Nem tomo café, nada. A primeira coisa que eu faço é tomar a fluoxetina. (Dilma)

Eu já sinto de manhã como é que eu tô. Todo dia. *Eu não me esqueço um dia só de tomar o comprimido* nenhum dia, porque pra mim é a coisa mais séria da minha vida... (Dilma, grifo das autoras)

É uma coisa assim bem engraçada porque o comprimido na realidade, ele tem me ajudado muito assim, *ele tornou, pra mim, meu melhor amigo*. Se eu vou pro centro, eu levo o comprimido, se eu vou viajar eu levo o comprimido... Qualquer lugar eu vá, eu levo o comprimido, porque eu não sei né se eu vou ficar ou se eu vou voltar... Eu não posso deixar acontecer. (Dilma, grifo das autoras)

A entrevistada deixou claro que não pretendia abandonar o tratamento:

Nunca abandonei [o medicamento], não vou abandonar. Posso abandonar marido, filho, colega (...) porque eu tenho a impressão de que se eu parar a fluoxetina agora, eu vou ter uma crise redobrada de TOC. (Dilma)

O medicamento aparecia personificado como um melhor amigo. Representava a solução para um grande problema em sua vida, o TOC, e por isso ganhava lugar de destaque em sua vida. Era atribuído a ele um poder extraordinário, com um sentido que extrapolava as indicações terapêuticas desse recurso.

Maria utilizava outros medicamentos devido a outras comorbidades. Dizia não gostar de tomar medicamentos, mas que aderiria ao tratamento por ser necessário. Em suas palavras:

Eu não gosto de tomar remédio, mas a fluoxetina eu fui realmente compelida a tomar porque bom... Eu não vou entrar em parafuso pra amanhã ou depois tá morrendo cedo, sem necessidade... e tem muita gente precisando de mim também...e eu também tenho que achar alguma coisa de que gostar na minha vida... (Maria)

Para Maria, a fluoxetina representava um importante recurso para enfrentar a sua vida e poder continuar sendo apoio de outras pessoas. Segundo ela, o tratamento com a fluoxetina não seria contínuo. Assim que o médico diagnosticasse a cura de sua doença ela pretendia descontinuar o uso. Em suas palavras era possível identificar a importância do papel do médico no manejo da terapia. Segundo ela:

Com certeza melhorei... Curar ainda não me sinto curada, ainda não me sinto com o pique necessário pra poder parar de tomar... Quem vai dizer isso talvez junto com aquilo que eu conversar com ele vai ser meu próprio médico né? (Maria)

Quando questionada sobre sua religião, Dilma dizia não acreditar em mais nada. Frequentava alguns cultos evangélicos em uma igreja próxima de sua casa. A fluoxetina assumia papel em sua vida que a religião não alcançou: o da cura. Segundo ela:

Tem hora que eu faço umas coisas que não sou eu, não sou eu! Parece que me baixa uma coisa, um troço, sabe? (...) Eu acreditei em tanta coisa. Em nome de Jesus eu fiz tanta coisa pra me livrar disso e acabei na fluoxetina (...) e com a fluoxetina eu não sinto mais isso. *A minha melhor amiga chama-se fluoxetina.* (Dilma, grifo das autoras)

Não precisei comprar vela, não precisei comprar coração de boi, nada [risos]. Não precisei trocar de religião. Foi tão simples resolver. (Dilma)

Segundo Whyte *et al.* (2002), nas sociedades modernas o medicamento tem substituído a religião como ideologia moral dominante e instituição de controle, tornando mais e mais o dia-a-dia sob o domínio, influência e supervisão médica. As críticas à medicalização indicam que o processo tem efeitos negativos que diminuem a autonomia, transformam o indivíduo em paciente e aumentam sua dependência na profissão médica e indiretamente na indústria farmacêutica.

Carvalho e Dimenstein (2003), citando Barros, relataram que o medicamento assume uma conotação de mercadoria e também um duplo papel ao satisfazer, ao mesmo tempo, os interesses do capital e do modelo hegemônico que orienta a prática médica. A partir desta idéia generalizada de solução, ele satisfaz as expectativas do paciente e do profissional, quando da prescrição, momento que se transformou na parte mais importante da consulta. Na relação médico-usuária, o profissional até consegue ampliar a visão sobre os problemas da mulher usuária dos medicamentos psicotrópicos, na medida em que os reporta a aspectos sociais e econômicos. Porém, esse olhar escapa da possibilidade de atuação dos profissionais, já que as questões sociais não lhes dizem respeito. O social aparece de uma maneira totalmente naturalizada, como se todas as mulheres vivenciassem esses eventos da mesma forma, e por não levarem em conta a subjetividade das usuárias, eles acabam por atuar de forma reducionista, medicalizando os problemas (Diehl, 2001; Carvalho; Dimenstein, 2003).

A alta medicalização dos processos de doença pode estar encobrendo questões de mudanças sociais e culturais mais profundas, semelhante ao que Rozemberg (1994) encontrou entre uma população rural no Espírito Santo em relação ao uso de ansiolíticos, onde as dificuldades em manter os modos tradicionais de agricultura de subsistência têm sido “silenciadas pelo uso de calmantes” (Rozemberg, 1994, p 307). Da mesma maneira, Silveira (2000) observou que entre moradoras de um

bairro de Florianópolis, Santa Catarina, o uso de medicamentos através da “receita azul” significou a “medicalização de problemas socioafetivos, econômicos e outros não passíveis de melhora com calmantes, erros na dosagem e uso prolongado de agentes psicoativos, com graus de dependência e iatrogênese variáveis” (Silveira, 2000, p. 76). Para essa autora, na perspectiva das pacientes e de sua família, a medicalização dos problemas sociais funcionava somente como uma solução para o médico, já que, mesmo usando tais medicamentos, as crises permaneciam.

É necessário ainda compreender que a prática da medicalização na saúde mental (e em todos os outros âmbitos de atenção à saúde) é reflexo de um modelo de formação médico centrado, especialista, curativista, focado no medicamento e que incentiva o uso abusivo de tecnologias. É preciso levar em consideração também o papel da indústria farmacêutica na manutenção deste modelo.

Dilma e Maria relataram que mantinham o vínculo com o CS apenas em função da possibilidade de obter o medicamento. Ao longo da pesquisa foi possível perceber que essa era uma prática constante entre os usuários dos antidepressivos. Outros autores (Rodrigues *et al.*, 2006; Lima *et al.*, 2008) encontraram associação significativa entre o alto consumo de psicotrópicos e a utilização de serviços públicos de saúde. Embora os dados indiquem melhor acesso aos antidepressivos e outros fármacos psicoativos (no caso de

Florianópolis com a descentralização da dispensação dos medicamentos controlados em cinco CS de atenção básica), o fato de não haver outros vínculos com o CS restringia e dificultava o trabalho dos profissionais envolvidos, pois não conhecendo e acompanhando o usuário, o trabalho destes limitava-se a somente fornecer o medicamento. Além disso, pode-se sugerir que a organização do serviço estava contribuindo para a medicalização, pois os serviços ofertados eram basicamente o atendimento individual e a entrega dos medicamentos.

Essa situação indica que, no planejamento e organização dos serviços de atenção básica, devem ser considerados

participação comunitária, controle social, saberes populares e/ou tradicionais sobre saúde e doença, redes sociais, grupos de auto-ajuda, abordagem de patologias crônico-degenerativas, envelhecimento, adolescência, dependência química, violência, relações de gênero e educação para a saúde, fazendo-se necessário o entendimento dos sentidos atribuídos, pelos sujeitos, aos eventos patológicos, às políticas públicas e aos serviços de saúde que lhe são acessíveis. (Garneleto; Langdon, 2005, p. 135)

Os dados desta pesquisa lançam algumas questões: a ampla variedade de especialidades médicas identificadas nesse estudo está apta para diagnosticar e tratar comorbidades que requeiram o uso de fluoxetina? Será que todos os casos demandam tratamento com terapia medicamentosa? Sabe-se que há a

sobrevalorização do medicamento e a não consideração de outros fatores no processo saúde-doença. As visões divergentes entre as duas usuárias (por exemplo, na relação com o medicamento e com o prescritor) reforçam que o processo saúde-doença não é um evento biológico universal como propõe a biomedicina e suas intervenções, mas que as concepções e experiências individuais sobre o mesmo, marcadas por um contexto sociocultural e político específico, afetam as formas ou padrões de consumo e as percepções dos medicamentos da parte dos/as usuários/as.

NOTAS

¹ Segundo a Portaria n. 344/98 (Brasil, 1998), psicotrópico é a substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela *Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas*, reproduzidas nos anexos da Portaria.

² A fluoxetina, um inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS), é um agente psicotrópico cujas propriedades antidepressiva, antiobsessiva-compulsiva e antibulímica são atribuídas à inibição da captação da serotonina nos neurônios do sistema nervoso central. A ligação aos receptores muscarínicos, histaminérgicos, alfa(1)-adrenérgicos e outros receptores no cérebro é muito menor quando comparada com os antidepressivos tricíclicos clássicos. As indicações classificadas pelo órgão regulador dos Estados Unidos da América (FDA – *Food and Drug Administration*) são: depressão, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), bulimia nervosa, transtorno do pânico, síndrome de tensão pré-menstrual.

³ No Brasil, a legislação que aprova o regulamento técnico sobre

substância e medicamentos sujeitos a controle especial é a Portaria n. 344/98 – SVS/MS, de 12 de maio de 1998 (Brasil, 1998).

⁴ Portal Médico CRM-SC. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=pesqmedcrm&portal=SC>>. Acesso em: 19 maio 2007.

⁵ A Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada foi definida pela Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS em 2001 (Brasil, 2001), conhecida como NOAS-SUS 01/01, sendo que os municípios habilitados deveriam incluir como áreas estratégicas mínimas de atuação o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. O processo de habilitação dos municípios para a gestão do sistema de saúde conforme a NOAS-SUS 01/01 foi extinto em 2006 pelo “Pacto pela Saúde” (Brasil, 2006), mas o município de Florianópolis, na época da pesquisa, ainda não havia aderido integralmente às novas regras.

⁶ Os nomes foram alterados para preservar a identidade das entrevistadas.

⁷ Os antidepressivos fluoxetina, amitriptilina e imipramina fazem parte da Lista C1, sujeitos a Receita de Controle Especial em duas vias.

⁸ A ilegitimidade de uma receita (para qualquer classe terapêutica) é classificada como falta ética pelo artigo 39 do Código de Ética Médica (CFM, 1988).

⁹ No original em inglês, *female distress* foi identificado como problemas de saúde mental, incluindo ansiedade e insônia (Whyte *et al.*, 2002, p. 52).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Márcia F.; ANDRADE, Regina C. G.; SANTOS, Vânia. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das Informações contidas em receitas e notificações. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 40, n. 4, p. 471-479, out./dez. 2004.

AZIZE, Rogério L. *A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre o uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras*. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Republicada no: *Diário Oficial da União*, de 31 de dezembro de 1998, Seção I, p. 50-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 95*, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: < <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=696&word=noas>>. Acesso em: 03 agosto 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 399*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: < <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=21812&word=Pacto pela Saude>>. Acesso em: 03 agosto 2009.

CARVALHO, Lúcia F.; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de

subjetividade nos serviços de saúde. *Revista Interações*, v. 8, n. 15, p. 37-64, jan./jun. 2003.

CFM – Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM n. 1.246*. Código de Ética Médica, de 08 de janeiro de 1988. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=codigoetica&portal=>>. Acesso em: 28 maio 2007.

DIEHL, Eliana E. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, Brasil)*. 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

ETKIN, Nina L.; ROSS, Paul J.; MUAZZAMU, Ibrahim. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. *Social Science and Medicine*, v. 30, n. 8, p. 919-928, 1990.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde Gestão 2002-2005*. 2002-2005. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>>. Acesso em: 03 agosto 2009.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. *Instrução Normativa n. 1 – 2006*. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>>. Acesso em: 28 maio 2007.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2007-2010*. 2007a. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>>. Acesso em: 03 agosto 2009.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. *Unidades Locais de Saúde com Medicamentos Controlados*. 2007b. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>>. Acesso em: 11 abril 2007.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. A antropologia e a

reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C.E.A. (org.). *Críticas e Atuantes – Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 133-156.

LIMA, Maria Cristina Pereira; MENEZES, Paulo Rossi; CARANDINA, Luana; CESAR, Chester L.G.; BARROS, Marilisa B.A.; GOLDBAUM, Moisés. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 717-723, ago. 2008.

MASTROIANNI, Patrícia C.; VAZ, Amanda C.R.; NOTO, Ana R.; GALDURÓZ, José C.F. Análise do conteúdo de propagandas de medicamentos psicoativos. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 968-971, out. 2008.

MOORE, Anna. Felicidade na dose certa? *Carta Capital*, São Paulo, 23 mai. 2007. Especial, ano XIII, n. 455, p. 8-13.

RODRIGUES, Maria Aparecida P.; FACCHINI, Luiz A.; LIMA, Maurício S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 107-114, jan./fev. 2006.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Porque a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. p. 13-52.

ROZEMBERG, Brani. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, v. 28, n. 4, p. 300-308, 1994.

SARTOR, Vânia de B. *A assistência farmacêutica e a estratégia saúde da família: em busca da integralidade da atenção à saúde no Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência*. 2004. Trabalho de Conclusão (Especialização em Saúde da Família)

- Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/ Modalidade Residência, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- SILVEIRA, Maria Lúcia. *O Nervo Cala, O Nervo Fala: A Linguagem da Doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 123 p.
- TRAVERSO-YÉPEZ, Marta; MEDEIROS, Luciana F. Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. *Revista Interações*, v. 9, n. 18, p. 87-108, jul./dez. 2004.
- VAN DER GEEST, Sjaak. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. *Social Science and Medicine*, v. 25, n. 3, p. 273-76, 1987.
- VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan R. The charm of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 3, n. 4, p. 345-367, 1989.
- VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan R.; HARDON, Anita. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, v. 25, p. 153-78, 1996.
- WHO – World Health Organization. *The World Medicines Situation*. Geneve: WHO, 2004.
- WHYTE, Susan; VAN DER GEEST, Sjaak. Medicines in Context: an Introduction. In: VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan. (ed.). *The Context of Medicines in Developing Countries – Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., 1988. p. 3-11.
- WHYTE, Susan R.; VAN DER GEEST, Sjaak; HARDON, Anita. Woman in distress: medicines for control. In: WHYTE, Susan R.; VAN DER GEEST, Sjaak; HARDON, Anita. (org.). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 50-63.



**NOTAS DE UM “NÃO-PRESCRITOR”: UMA ETNOGRAFIA
ENTRE OS ESTANDES DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO
CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA¹**

└
Rogerio A zize

INTRODUÇÃO

No livro “A cientista que curou o seu próprio cérebro”, a neurocientista Jill Bolte Taylor relata como se recuperou de um derrame no lado esquerdo do seu cérebro, partindo do momento em que percebeu que estava tendo um AVC, até o que ela chama de “my stroke of insight”: uma tomada de consciência de que ela poderia em parte “assumir o comando” do que se passa no seu cérebro, escolhendo reativar ou não determinados neurocircuitos em seu processo de recuperação.² Não se trata aqui de apresentar o livro, mas apenas tomar de empréstimo uma frase curta, porém paradigmática para introduzir o debate que proponho aqui: “A saúde mental de nossa sociedade é estabelecida pela saúde mental dos cérebros que a formam...” (Taylor, 2008, p. 190).

Duas questões relacionadas entre si surgem de imediato a partir deste excerto. A primeira seria o que significa “saúde mental” no contexto da frase de Taylor; a segunda seria a

propósito da relação que a frase estabelece entre mente e cérebro. Não precisamos ir muito longe para perceber que mente, no trecho apresentado, é uma espécie de fenômeno de segunda ordem do cérebro, uma consequência da atividade em rede de nossos bilhões de neurônios, o mesmo valendo para a idéia de saúde ou doença mental. Esta é a perspectiva que as neurociências contemporâneas, assim como a corrente que se convencionou chamar psiquiatria biológica, nos apresentam hoje – uma visão fisicalista da idéia de mente, que trabalha com a possibilidade de uma base biológica para as doenças mentais em suas mais variadas formas. Assim, cérebro, mente e sujeito se confundem, saúde mental parece ser um sinônimo para saúde cerebral e males como a esquizofrenia e as variantes da depressão e da ansiedade possuiriam uma materialidade equivalente a um acidente vascular cerebral³.

Mais um ponto merece destaque no trecho acima destacado. A noção de que a saúde mental de uma sociedade é estabelecida pela saúde mental dos cérebros que a formam traz embutido o pressuposto, nada óbvio, de que uma sociedade é formada por cérebros. Temos aqui uma pista etnográfica importante: um acento no *cerebralismo* – face específica da idéia mais ampla de um fisicalismo – marca a noção de pessoa que perfaz tais discursos, e marca mesmo uma noção de sociedade.

A difusão destas idéias é um processo complexo que se dá em inúmeros espaços, mas não sem encontrar opositores ou pesquisadores que trabalham com uma perspectiva

interacionista entre mente e cérebro⁴. Ainda que uma ‘visão de mundo’ cerebralista tenha hoje larga difusão, não se trata de um ponto de vista unívoco mesmo internamente à psiquiatria, como aponta uma já razoável bibliografia produzida por profissionais da área⁵.

Este artigo apresenta dados de uma etnografia realizada em um espaço onde essa tensão entre diferentes paradigmas a respeito da saúde mental/cerebral se mostra bastante evidente: o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que no de 2007 estava em sua 25ª edição, em Porto Alegre. Participei deste congresso movido especialmente por um interesse no marketing dos psico/neuro-fármacos, já informado de que parte do espaço físico do evento é ocupada por estandes de laboratórios farmacêuticos, agentes importantes na difusão de uma perspectiva fisicalista das doenças mentais, tanto para o público leigo quanto para os profissionais da biomedicina. Minha intenção era etnografar este espaço do evento – ainda sem muita clareza de como isso poderia ser feito – e coletar material publicitário para posterior análise.

O evento, assim eu soube posteriormente, “recebeu 5.038 congressistas inscritos em atividades científicas e o público total presente foi de 7.000 pessoas”, o que faz desta reunião a terceira maior em sua especialidade, conforme informa a própria Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), organizadora e promotora do evento⁶. Tanto as atividades científicas quanto a área de exposições ocupavam o centro de eventos e exposições

da Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (FIERGS). Em síntese, trata-se de um evento de grandes proporções, cuja programação se espalha por mesas redondas sobre os mais diversos temas (67, ao todo), conferências especiais, simpósios, fóruns, sessões de casos clínicos e sessões de vídeos. Alguns simpósios, chamados justamente de “Simpósios da Indústria”, são organizados pelos laboratórios farmacêuticos com objetivos específicos de divulgação. Em alguns casos, é possível encontrar o mesmo profissional apresentando trabalhos em atividades diversas, como por exemplo em uma conferência especial e em um simpósio da indústria, o que demonstrava haver trânsito entre as áreas científica e comercial do congresso.

Os limites deste texto vão pouco além da área dos expositores, apesar da programação do congresso ir muito além disso. Por vezes farei menção a outros espaços e atividades do congresso, mas somente quando isso for essencial e especialmente quando estas atividades estiverem em relação – de identidade ou oposição – ao que vi nos estandes da indústria. Isso não significa que as outras atividades do congresso não sejam dignas de nota, mas um relato ainda mais extenso vai além das possibilidades deste artigo.

No Brasil, lembremos, é vetada a publicidade de medicamentos controlados – caso de grande parte dos medicamentos que atuam no sistema nervoso central – diretamente ao público consumidor; sendo assim, a publicidade

de laboratórios voltada aos profissionais de saúde aptos a prescrever cresce ainda mais em importância no processo de divulgação de medicamentos. A relação que se estabelece a partir daí entre indústria e médicos vem sendo alvo de críticas que denunciam desde uma possível criação e difusão de diagnósticos⁷, favorecendo os interesses comerciais da indústria – o que já foi chamado de *disease mongering*⁸ –, até uma desobediência às regras que limitam a publicidade aberta ao consumidor⁹. Aliás, vale dizer que, mesmo seguidas à risca, tais limitações não significam que a indústria farmacêutica não tenha formas de acesso ao público leigo, se atentarmos às inúmeras campanhas de sensibilização criadas pela indústria farmacêutica, que não divulgam determinados medicamentos, mas sim determinadas doenças, mas que podem funcionar como um mecanismo poderoso de divulgação indireta de um ou outro produto¹⁰.

Faz-se necessário ainda sublinhar a seriedade com a qual um tema como a saúde mental deve ser encarado, seja qual for o *front* de pesquisa. Mas por que ocupar algumas linhas com essa observação redundante? No caso da área de estandes do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, parte do relato pode soar engraçada e até irônica; se algo soar assim, é preciso lembrar que este espaço é dedicado à divulgação de medicamentos, mas também acaba por funcionar como uma área de lazer dos congressistas (alimentação, sorteios, distribuição de brindes diversos, sociabilidade), o que pode gerar cenas, de fato, peculiares. A pretensão deste artigo é muito mais etnográfica

do que teórica; assim sendo, serei econômico nas citações, mas procuro fazer justiça nas breves notas de rodapé a autores que me são de grande inspiração.

ENTRE OS ESTANDES

Minha intenção, ao chegar ao local da reunião, era permanecer na área destinada aos estandes da indústria farmacêutica, o que de fato fiz na maior parte do tempo durante os quatro dias de congresso. Mas, ao analisar melhor o programa oficial, outros eventos chamaram a minha atenção, como os “simpósios da indústria”, palestras e mesas-redondas. Ainda assim, procurei me concentrar na chamada “área dos expositores”.

Ao fazer a inscrição, recebi um crachá com uma tarja azul bebê (a cor é assim identificada no Programa Oficial do Congresso), que identificava a categoria estudante. Outras cores eram destinadas aos membros da organização (vermelho), associados da Associação Brasileira de Psiquiatria (verde escuro), médicos (amarelo escuro), profissionais da saúde (azul), etc. Logo no espaço de recepção aos congressistas, deparei-me com uma placa na qual se lia

AVISO: é permitido o acesso de congressistas não-médicos na área de exposição da indústria desde que sejam respeitadas as normas da ANVISA. Os participantes do evento têm sua categoria profissional facilmente identificada de acordo com as cores da tarja do crachá. É proibida a distribuição de materiais publicitários de medicamentos a profissionais de saúde não habilitados a prescrever

Como uma de minhas intenções era colher material publicitário, fiquei preocupado com a restrição legal de distribuição do material. A cor azul bebê em meu crachá explicitava minha condição de estudante e poderia dificultar, assim eu acreditava, meu acesso a alguma atividade dos estandes e ao material distribuído. É claro que eu não tinha a intenção de me fazer passar por médico, ou mesmo estudante de medicina; mas, como veremos logo adiante, a minha condição de “estudante” pouco me atrapalhou, devido à forma como as regras da agência reguladora parecem ser interpretadas naquele espaço.

No mesmo prédio, contíguo ao espaço de inscrição e recepção, abria-se um amplo salão ocupado pelos expositores. Uma linha imaginária dividia este salão em dois lados, um deles ocupado pelos estandes da indústria farmacêutica, e o outro ocupado por estandes de livrarias, grupos de ajuda mútua, chapelaria e venda de produtos identificados com a região, como chocolates e doces.

Não foi sem alguma angústia que dei os primeiros passos no que me parecia ser uma espécie de Shopping Center voltado exclusivamente para o marketing de psico/neurofármacos, e comecei a me aproximar dos estandes. A comparação com um centro de compras pode soar estranha, visto que eu estava em um congresso científico; mas, de fato, é a imagem mais próxima que me vem à cabeça em termos comparativos. Visto de cima, a partir de um andar mais alto, ficava evidente uma diferença

entre os dois lados do amplo salão: o estímulo visual, iluminação e concentração de congressistas circulando era claramente maior no lado ocupado pela indústria. Quanto à minha ansiedade, ficava por conta de uma ‘estréia’ em um novo campo, com regras que teriam que ser decodificadas em pouco tempo, já que se tratava de uma experiência curta de 4 dias, ainda que bastante concentrada em um espaço físico relativamente pequeno – mas não por isso menos complexo e denso de significados. O relato da minha experiência neste espaço não é linear no tempo ou no espaço, já que voltei várias vezes aos mesmos estandes em momentos e dias diferentes do congresso. Procurei visitá-los com atenção a todos, mas sem dúvida alguns deles – pelo seu tamanho, decoração ou pelas atividades que propunham aos congressistas – chamavam de imediato mais atenção do que outros. Por vezes um estande de apresentação menos espetacular poderá concentrar a presença de congressistas (incluindo a mim mesmo) devido a algum brinde distribuído, à presença de uma celebridade ou uma alimentação específica.

A dinâmica da minha circulação pela área dos estandes variava ao sabor das atividades que chamavam mais atenção a cada momento. Optei, então, por uma apresentação não linear que toma como ponto de partida cada estande em separado; seriam vários os exemplos possíveis, então me concentrarei em alguns que considero mais significativos, no que diz respeito à densidade das experiências etnográficas e mesmo ao fato de ter havido alguma interação com os funcionários dos estandes e com os congressistas.

CYMBALTA®: QUÍMICA E SENTIDOS

Quando comecei a circular pela área dos expositores, as atividades do congresso estavam apenas começando: impressos ainda estavam sendo arrumados para distribuição e algumas equipes pareciam estar tendo os primeiros contatos com ações de marketing dos estandes. O primeiro expositor que prendeu minha atenção – na verdade, o primeiro estande no lado da indústria para quem adentrava o salão vindo da área de recepção – divulgava o medicamento Cymbalta® (cloridrato de duloxetine)¹¹, do Laboratório Lilly Boehringer-Ingelheim. Ao me aproximar do estande, recebi alguns brindes: um biscoito da sorte, cuja mensagem era “preparado para ver as coisas de forma diferente?”, e um pequeno brinquedo plástico, com uma lente que aumenta um pequeno impresso interno (uma espécie de óculo), no qual se lia “PR3P4RADO P4R4 V3R A5 CO1545 D3 UMJ3170 D1F3R3N73? Visite o estande do Cymbalta!”.

Conforme anunciado em um pequeno folheto que me foi entregue, as ações de marketing neste espaço estavam baseadas no conceito “trata além do óbvio”. O promotor que trabalhava no estande me explica a idéia: além de tratar a depressão, o remédio trata sintomas associados à doença, como dores e “problemas sexuais”, e aí estaria a conexão com “ver as coisas de forma diferente” ou com o “além do óbvio”. O foco da ação de marketing mais visível estaria nos sintomas físicos da depressão, dividindo a atenção com os sintomas emocionais.

As atividades estavam voltadas de diferentes formas para o estímulo dos sentidos. No interior do estande, três espaços principais chamavam atenção: o “planetário de palavras”, a “parede dos sentidos” e um balcão com serviço de café e alimentação. Além disso, no chão do estande estavam impressas as frases “a depressão fez de mim uma pessoa solitária”, “meu sonho é voltar à vida que eu tinha antes”, “vivo preocupada e não consigo resolver nada”, “minha vida não é mais como era antes”. Já nas paredes principais, impressos maiores contrapunham problemas e soluções: um deles mostra uma mulher com as mãos na cabeça e destaque para a frase “estou me sentindo desanimada o tempo todo”; a partir da palavra “desanimada”, saem traços que indicam outros termos: *perda de prazer, tristeza, ansiedade, queixas dolorosas, tensão muscular e alteração do apetite*. Em contraposição, o impresso central do estande destaca uma mulher sorrindo e a frase “eu posso ter a minha vida de volta” – e, a partir da palavra “vida”, indicava-se os termos *tempo com a família, voltar a trabalhar, ter confiança, sorrir, reencontrar amigos e caminhar*.

É digno de nota um certo recorte de gênero neste estande, já que as imagens em destaque são sempre de mulheres, o mesmo valendo para o material impresso distribuído. Fica mais do que evidente, ao menos no que diz respeito a este estande, a relação entre a depressão e uma imagem feminina. Isso não deveria ser surpresa já que, no caso da depressão maior (uma das indicações do medicamento), dados epidemiológicos

indicariam uma prevalência na proporção de 2:1 entre mulheres e homens (Justo e Calil, 2006). O dado epidemiológico justifica o porquê da prevalência de imagens femininas; mas é aconselhável desconfiar um pouco dos números, já que a própria produção do dado científico pode ser generificado, influenciado pela representação da biomedicina acerca do feminino.¹²

Entrei por uma porta, convidado pelos funcionários, onde se lia “planetário de palavras”, onde eles disseram que eu teria uma “experiência visual”. A sala estava já escura quando entrei. Em alguns segundos, cercado por quatro paredes, teve início a projeção de uma série de poemas e letras de músicas, que giravam em torno do grupo presente. Trechos de João Cabral de Melo Neto, Chico Buarque, Nelson Sargento e outros poetas e compositores são projetados nas paredes, circulando por elas, e ao mesmo tempo são declamados no áudio¹³. Os primeiros trechos em destaque falam de tristeza, angústia e desesperança; em seguida, outros trechos falam de “dar a volta por cima” e felicidade. A contraposição dos poemas claramente nos leva da doença à cura, da depressão à redescoberta do prazer com a vida e conclui com um tom otimista. No escuro e cercado por mais sete pessoas, não tenho condições de tomar notas dos trechos de poesias e letras de músicas. Em seguida à projeção/leitura dos poemas, divulga-se o medicamento, indicado para transtorno depressivo maior e para tratamento das dores relacionadas à neuropatia diabética; chama-se atenção

ainda para as possíveis “novas indicações” de Cymbalta, como o transtorno de ansiedade.

Ainda neste mesmo estande, o laboratório traz um móvel com 48 gavetas, uma estrutura de madeira denominada “parede dos sentidos”. Entre uma maioria de gavetas brancas, algumas coloridas (azuis e verdes) trazem o nome dos cinco sentidos humanos. A idéia é que, ao abrir as gavetas indicadas, o congressista tenha uma experiência sensorial a partir de um sentido: a visão trazia fotos, a audição um fone e o dizer “aperte no play” (mas que não emitia qualquer som), a gaveta do olfato trazia um *sachet* perfumado, o tato apresentava uma substância gelatinosa (mas que não grudava nos dedos) e o paladar oferecia pequenas balinhas.

A estratégia era estabelecer uma relação entre a perda de prazer acarretada pelos estados depressivos e o estímulo dos sentidos dos congressistas. A escolha de marketing fica mais clara quando folheio uma monografia do medicamento, disponível no estande, a qual tive acesso sem qualquer impedimento. Na introdução desta monografia, apresenta-se a “teoria bioquímica da depressão”, baseada no papel dos neurotransmissores serotonina e noradrenalina; o texto confere destaque aos

sintomas físicos [que] são fortemente reconhecidos como parte da síndrome depressiva” e sublinha que “os principais sintomas da depressão (...) que incluem humor depressivo, dores e queixas físicas, perda de energia e prejuízo da função cognitiva, não estão claramente

identificados com um ou outro neurotransmissor. Dessa forma, vemos que há uma grande sobreposição dos sintomas mediados por estes dois neurotransmissores, tornado impossível determinar clinicamente se um paciente deprimido responderá melhor a um inibidor de recaptção de serotonina ou de noradrenalina. Além disso, pelo fato de muitos pacientes se apresentarem tanto com sintomas emocionais quanto físicos da depressão, usar um antidepressivo que atue tanto na serotonina como na noradrenalina pode aumentar a chance de melhorar todos os sintomas do paciente.

Sendo o Cymbalta um inibidor de recaptção dos dois neurotransmissores, a estratégia de destacar os sintomas físicos da depressão no estande – indo “além do óbvio”, que seria tratar os sintomas emocionais – ficava agora mais clara para um leigo como eu. Como não se conhece, conforme se afirma na monografia, qual a relação exata de cada neurotransmissor com os sintomas destacados no estande, o Cymbalta traria vantagens sobre, por exemplo, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, como o conhecido Prozac, por exemplo.¹⁴

Percebi nas experiências neste estande que eu deveria estar atento a uma relação fina entre os medicamentos e as ações de marketing, relação esta que nem sempre é tão óbvia para alguém não versado em psicofarmacologia; e deveria atentar também a um possível diálogo surdo entre os estandes, visto que eu estava em meio a empresas concorrentes, divulgando

argumentos para convencer os prescritores. Em dias seguintes do congresso, passei a me apresentar mais diretamente aos promotores como um estudante com interesse em fazer um trabalho sobre esta relação.

RIVOTRIL®: DRINKS E ARTE NO ESTANDE DO PÂNICO

O estande que divulgava o Rivotril® (Clonazepam), do laboratório Roche, parecia-me um dos mais peculiares. Talvez por isso, durante os quatro dias de congresso presenciei e participei de algumas cenas que se relacionam especificamente com este espaço, ao qual voltava ciclicamente. As atividades oferecidas pelo estande combinavam artes plásticas e um clima de *lounge*, com serviço de bar e um DJ. O formato do espaço pode remeter a várias imagens: um disco-voador, uma flor ou mesmo uma taça de champagne (talvez inspirado na arquitetura do Museu de Arte Contemporânea em Niterói-RJ, um dos conhecidos projetos de Niemeyer); em torno desta estrutura funcionava o bar onde eram servidos coquetéis não alcoólicos no horário comercial do congresso, e alcoólicos no momento do happy-hour, no início da noite, quando um clima de festa tomava conta da área próxima a este estande. Uma vez terminadas as atividades, era nesta região onde se concentravam os congressistas.

Das diversas indicações previstas na bula do medicamento, o estande destacava o distúrbio do pânico, um dos transtornos de ansiedade. Um grande cartaz no centro do estande mostra um corpo – que parece ser masculino – em corrida, e traz a palavra “pânico” impressa sobre ele.

Dj, barman e os promotores do estande vestiam uma camiseta preta, na qual as letras R-I-V se multiplicavam, de forma irregular. Em uma primeira aproximação, tomei um drink não alcoólico. As 3 opções de drinks disponíveis eram adjetivos: *rápido*, *eficaz* e *barato* (este último, por exemplo, era feito com suco de laranja, suco de maracujá, mix de limão e sprite); adjetivos estes que, obviamente, são características atribuídas ao medicamento pelo laboratório. No bar, tive acesso ao cardápio completo de coquetéis não-alcoolicos criados sob encomenda para este estande por uma empresa especializada em serviços de *barman*, que incluía ainda as opções *eficaz*, *acessível*, *seguro* e *controle* (a receita deste último contem monin blue Curaçao, groselha, mix de limão e sprite).

Dois situações no espaço da Roche/Rivotril são especialmente dignas de nota. No primeiro dia de congresso, chamou minha atenção uma grande tela para pintura, em um dos cantos deste estande, com várias pequenas latas de tinta próximas a ela. Além de outras formas, mais ou menos irregulares – um duende, um gato, olhos, uma estrela, um coração, a palavra “Rivotril” em destaque – lia-se na parte de baixo da tela a frase “viva a psicanálise”. Tive o reflexo de fotografar esta imagem, porque achei interessante a valoração da psicanálise no estande de um medicamento. Quando voltei, algumas horas mais tarde, a este mesmo ponto, a tela continuava lá, mas o conteúdo dos desenhos tinha se modificado. As intervenções haviam se multiplicado, a tela tinha menos espaços

vazios, e da frase “viva a psicanálise” havia sobrado somente o “viva”. O resto da frase estava coberto por novas pinturas. Perguntei a um dos promotores se eles haviam trocado a tela. Ele me disse que não, e explicou que se tratava de uma “obra conjunta”, que qualquer pessoa poderia fazer uso das tintas e pintar alguma coisa. Comentei sobre a frase que havia sumido, e ele me disse “é, só ficou o viva... deve ter sido algum psiquiatra clínico que passou por aqui... e esse ‘rivotril’ não fomos nós, porque a ANVISA não permite”. Uma resposta curta, mas na qual se entrevê tensões: a suposta figura de um “psiquiatra clínico”, cuja intervenção na pintura coletiva insere uma diferença entre o medicamento e a psicanálise; e também, mais uma vez, a ANVISA, órgão cujos olhos estariam supostamente atentos em busca de alguma irregularidade.

Uma segunda situação ocorreu após mais uma volta pelos estandes, e um retorno ao espaço do “pânico”. Desta vez estava acompanhado de uma amiga, com quem encontrei por acaso, uma médica/psiquiatra com formação também em antropologia, como eu. A companhia desta colega ajudou-me a perceber uma tensão nem sempre explícita naquele espaço entre diferentes paradigmas que convivem nas áreas Psi. Quando nos aproximamos do estande, ela se mostrou surpresa por uma das atividades organizadas pelo laboratório ser de artes plásticas, com tintas e mesas disponíveis para quem quisesse dispor do material. A surpresa dela estava relacionada à sua opinião de que o Rivotril seria um medicamento que “chapa”

o usuário, efeito colateral que estaria em tensão com atividades artísticas. De qualquer forma, nos aproximamos do bar para tomar um coquetel (ainda não-alcoolico); presenciei então um diálogo curioso: um congressista deixava o balcão com o seu drink, que era servido com uma espécie de gelo especial, que faz com que o drink solte fumaça – ao passar por mim e minha amiga, ele comenta “só que o Rivotril não solta fumaça”, ao que minha amiga contrapôs com “e o coquetel não chapa como o Rivotril”.

O estande disponibiliza um grande volume de material de marketing, entre pequenos impressos, monografias do produto e sobre doenças por ele tratadas, além de uma série de CDs que continham filmes promocionais que seriam parte de um “Festival de Curtas” chamado “Pânico em cena 2007”¹⁵. Como já disse, os laboratórios estavam proibidos por ordem da ANVISA de entregar material de marketing para um “não-prescritor” como eu. Mas, nesta passagem pelo estande descrita acima, acompanhado da colega psiquiatra, percebi que essa regra era tratada com ambigüidade. Quando nos aproximamos, fomos atendidos por uma promotora do estande, a quem perguntamos a respeito do acesso ao material publicitário. Ela nos questionou se alguém “nos visita”, uma frase que eu ouviria com frequência em vários estandes durante o congresso. Ela se refere aos representantes dos laboratórios, que circulam por consultórios médicos divulgando os produtos. A médica que me acompanhava disse que ninguém a visita, e a promotora

informou que, se ela o quisesse, seria necessário cadastrar o endereço do consultório. Eu acusei de imediato minha condição de “não-prescritor”, e foi então que percebi como os laboratórios expositores – ou ao menos os promotores destes espaços – interpretavam as regras da ANVISA. Ela disse que não poderia me entregar alguns materiais “porque os fiscais da ANVISA estavam de olho”, mas que os folhetos estão em exposição e eu poderia pegá-los por conta própria. Por um segundo, refleti se eu estaria ferindo algum critério ético de pesquisa antropológica, mas concluí que, se havia algum mal-entendido, seria entre os laboratórios e a agência reguladora. O fato é que, em todos os dias do congresso, eu tive que fazer uso do serviço de chapelaria, tal o volume de material impresso que me era disponibilizado, o que gerava um peso considerável. Eu voltava para casa com algumas sacolas de material publicitário dos laboratórios, peças que me foram entregues pelos promotores ou que estavam disponíveis nos estandes, mesmo para um “não-prescritor”.¹⁶

UM RELAX COM LORAX®

No caso do medicamento Lorax® (Lorazepam), o estande disponibilizava massagens de diversos estilos para os congressistas, em cadeiras especiais, uma atividade bastante concorrida. Em destaque na estrutura do estande, lê-se a chamada “proporcione um relax com lorax” e, mais abaixo, “rápido e eficaz alívio da ansiedade”. Considerei eu mesmo que uma massagem não faria mal, já nesta altura no terceiro

dia de congresso. O massagista por quem fui atendido era na verdade um fisioterapeuta; pergunto a ele sobre a relação entre as massagens e o medicamento lorax®, ao que ele responde: “olha, eu não tenho conhecimento farmacológico, mas lendo ali [na estrutura do estande] ‘ansiedade’, acho que a idéia é relacionar o relaxamento gerado pela massagem com o remédio. Eu trabalho em outra linha.”. Ele começa a me explicar os efeitos positivos da massagem, como ela “mexe com os meridianos, como comprovado pelos orientais; mas essa coisa dos meridianos e a nossa explicação hormonal na verdade é a mesma coisa, né”, e segue explicando como a massagem pode atuar no nível dos neurotransmissores dopamina e endorfina.

A forma como ele equipara a lógica dos meridianos à “explicação hormonal” da biomedicina Ocidental pode ter um caráter pedagógico, mas não deixa de mostrar como diferentes sistemas de crença circulam naquele espaço, ainda que submetidos ou equiparados à lógica dos neurotransmissores.

DEPAKOTE® E O DIAGNÓSTICO DE VAN GOGH

Este estande contava com um garoto-propaganda bastante conhecido, o pintor Van Gogh, imagem que prendeu minha atenção. Por experiência própria de pesquisa e também pelo relato de outros pesquisadores (Martin, 2007), sei ser comum atribuir diagnósticos psiquiátricos a personagens conhecidos da história universal. Van Gogh pode ser bipolar, assim como Abraham Lincoln ou Mark Twain são indicados como tendo

tido depressão; o subtexto visa diminuir o estigma em torno destas doenças – explicitamente –, mas também fala das pretensões universalizantes das categorias nosológicas psiquiátricas, que viajam entre culturas e também no tempo.

O pintor, especialmente, tem sido citado quando se discute – caso de um documentário da BBC chamado *Brain Story*, apresentado pela neurocientista Susan Greenfield – as relações entre cérebro e criatividade, de como uma doença cerebral poderia influenciar a visão e as técnicas de um artista. Perguntei a um dos expositores neste estande o porquê de se utilizar imagens do pintor. Ele me explicou que Van Gogh era “bipolar e sofria de crises convulsivas. A idéia é que se o Depakote existisse na época, ele não teria se matado, cortado a orelha ou casado com uma prostituta”. Imediatamente me veio à cabeça um complemento para a frase: pensei que ele também não teria pintado o que pintou e da forma como pintou, se pensarmos o sujeito em sua totalidade; mais um segundo e percebi que o meu incômodo falava das minhas crenças e acusava um algo que eu poderia chamar etnocentrismo, uma postura que seria aconselhável ter sob controle. Questionei ainda por que a coluna do estande trazia um impresso com a palavra “EvoluiR” com a 1ª e última letra destacadas em maiúsculas; o mesmo funcionário me explicou que eles estavam divulgando uma nova apresentação “extended release”, o que explicava o ER.

ZYPREXA® E ABILIFY®: ANTIPSICÓTICOS ENGORDAM?

Dois estandes que divulgavam anti-psicóticos estavam lado a lado na área dos expositores, o dos medicamentos Zyprexa® (olanzapina, do laboratório Lilly) e o Abilify® (aripirazol, do laboratório Bristol). O mesmo motivo movia as escolhas de marketing dos dois estandes – a relação entre uso de anti-psicóticos e aumento de peso –, mas as soluções encontradas foram diferentes. O estande do Zyprexa era maior em tamanho e recebia um maior movimento de congressistas; quem passava por ali poderia tirar uma foto de recordação do congresso – eu fiz isso –, na qual o fotografado ficava logo abaixo da frase “Zyprexa 10 anos. Obrigado por fazer parte dessa história”. Outra atividade neste espaço era uma espécie de competição em bicicletas ergométricas, cujo vencedor levava como prêmio uma garrafa *squeeze*, do gênero utilizado por ciclistas e outros atletas. Enquanto observo três congressistas competindo, eu tiro uma foto minha no sistema instantâneo disponível e aproveito para fazer um pequeno lanche, oferecido pelo laboratório, composto por iogurte natural sem açúcar, flocos de milho sem açúcar e pequenos pedaços de melão. A alimentação leve e o exercício físico no estande estavam relacionados ao programa que o laboratório Lilly, fabricante do Zyprexa, divulgava, chamado “bem estar”, voltado, segundo um folheto distribuído, para “promover a atenção à saúde dos portadores de transtornos mentais levando em conta a integração entre corpo e mente saudáveis”, em convênio com

o Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Quando questionei o funcionário sobre a relação entre o medicamento e as atividades do estande, ele me explicou que o “Zyprexa é um antipsicótico; o uso de antidepressivos e anti-*psicóticos* muitas vezes acarreta um aumento de peso. Então a gente faz isso para que os médicos digam aos seus pacientes ‘façam exercício, comam melhor’”. Em uma tarde, uma extensa fila se formou rumo a este estande porque o ex-jogador de vôlei Giovane Gávio, contratado pelo laboratório, distribuía aos profissionais prescritores bolas de vôlei autografadas, em mais uma atividade que relacionava o Zyprexa de alguma forma a uma vida saudável e atividade física.

O estande ao lado, que divulgava o remédio Abilify® (aripirazol) também relacionava os seus brindes a idéia de que antipsicóticos podem, ou não, causar aumento de peso. Passei por este estande em um horário de almoço, e uma fila já tinha se formado para ter acesso a um prato com arroz, batata palha e carne. Como o serviço estava parado para reposição dos alimentos, houve certa demora. Atrás de mim, uma mulher comenta que uma certa demora “faz parte da estratégia, né?, ficar de frente pro *aripirazol*, não tem jeito”, comentário que gerou risos em outras pessoas na fila. Dois dias depois, neste mesmo estande, estavam distribuindo como brinde uma fita métrica; a escolha deste brinde me surpreendeu: se antipsicóticos podem gerar aumento de peso, por que investir em um presente para os médicos que realça este possível

aumento de medidas? O funcionário do estande me esclarece que o Abilily® não engorda, “pelo contrário, o Abilify atua de forma agonista e antagonista no sistema dopamimérgico – onde diminui, ele ajuda a aumentar, onde aumenta, ele ajuda a reduzir, atua como um regulador”. Eu questiono para que então a fita métrica, ao que ele responde com um sorriso: “porque quando a pessoa perceber que as medidas estão aumentando, está na hora de mudar de medicação”.

Os dois estandes vizinhos pareciam estar travando uma pequena guerra silenciosa entre antipsicóticos diferentes. Não pude deixar de notar que a alimentação no estande do medicamento que “não engorda” era mais pesada, enquanto o estande que divulgava o Zyprexa investia em estratégias junto aos médicos que visavam gerar uma mudança de estilo de vida, incluindo o fornecimento de uma alimentação leve.

TRABALHO DE CAMPO EM UM CAMPO DIVIDIDO

Algumas das cenas descritas neste artigo falam de uma cisão no campo da psiquiatria. Refiro-me ao suposto “psiquiatra clínico” que teria desenhado por cima da frase “viva a psicanálise” na pintura coletiva do estande do Rivotril; ou mesmo à percepção crítica que minha colega psiquiatra tinha a respeito das técnicas de marketing neste mesmo estande. Essa tensão não deveria ser exatamente uma surpresa, já que expressa, de certa forma, uma diferença entre perspectivas clínicas que marca o campo da saúde mental/cerebral. Se há alguma novidade trazida pelas situações etnográficas aqui

descritas, é que elas ilustram uma tendência atual que subsume a mente ao cérebro, o psicológico ao orgânico, abrindo caminho para a ampliação daquilo que podemos chamar uma medicamentação da subjetividade, ou, com Maluf (2008), uma “racionalização biomédica da vida subjetiva”. Não há dúvida de que, na difusão desta noção cerebralizada de ‘pessoa’, atores relacionados às neurociências contemporâneas e à chamada psiquiatria biológica têm um papel central, com espaço crescente em diversos meios de comunicação de massa e técnicas de marketing e divulgação para especialistas, como no caso da área de estandes do congresso de psiquiatria que visitei.

Mas isso não significa que não haja vozes dissonantes, como também fica explícito no relato que faço aqui. Como imaginei que chegaria ao congresso às cegas, com uma idéia na cabeça por certo, mas sem ter grande noção do espaço por onde estaria me movendo, busquei ajuda de informantes privilegiados, a quem poderia recorrer caso necessário. Antes de viajar a Porto Alegre, fiz contato – mediado muito gentilmente por uma professora minha – com um psiquiatra que iria ao congresso e se dispôs a me ajudar. Ficou claro que se tratava de um profissional com uma visão crítica da tendência exclusivamente ‘cerebralista’ e medicamentosa que se convencionou chamar psiquiatria biológica. O mesmo vale para alguns colegas seus, com quem também tive oportunidade de conversar, alguns com diálogo com as ciências sociais ou passagem por esta área.

O contato com este grupo não foi constante durante os dias de congresso, até porque eu não tinha intenção de atrapalhá-los – alguns inclusive tinham *papers* a apresentar –, mas se mostrou, além de agradável, útil para que eu entendesse a natureza das diferentes atividades no congresso, e no que consiste essa diferença, a partir do ponto de vista deles. No fim de tarde do primeiro dia de congresso, encontrei este grupo fazendo um happy-hour nas proximidades do estande do Rivotril, onde havia um DJ e se servia bebidas alcoólicas após o final do horário de atividades do congresso. Fui apresentado ao grupo pelo meu ‘guia’ como um antropólogo que estava ali com interesses etnográficos; enquanto tomávamos um drink, expliquei de forma sintética que o meu trabalho estava relacionado ao corte ‘cerebralista’ do fisicalismo contemporâneo, e a relação direta que o tema possui com neurociências, psiquiatria biológica e o papel da indústria farmacêutica. Naquele grupo, o tema de pesquisa encontrou eco visto que eles não se identificam com a tendência mais fisicalista da psiquiatria. Esta diferença era marcante e marcada em vários momentos da conversa; por exemplo, em certo momento quando uma pessoa do grupo me relatou de seu incômodo ao ouvir um comentário de um conhecido psiquiatra brasileiro, que teria dito, antes de uma palestra: “eu sou patrocinado por uma indústria farmacêutica, eu carrego esta marca; mas quem não carrega alguma marca na vida?”. Ela sorri e comenta comigo que “esta marca” não é como qualquer

outra, e fica claro a sua posição crítica ao tipo de relação que pode se estabelecer entre médicos e laboratórios.

Em certo momento, eu comento que pretendo prestigiar a fala deles em mesas-redondas do congresso. O meu guia me questiona se “é essa tribo que você quer etnografar?” e os colegas fazem eco afirmando que eu deveria procurar a produção mais fisicalista de discurso no congresso. Um colega dele indica que eu procure comparar os discursos dos mesmos profissionais nos “simpósios da indústria” – palestras feitas por médicos e pesquisadores patrocinados pelas empresas, com o objetivo explícito de divulgar um produto determinado – e nas mesas-redondas, nas quais o tom mudaria, visto não haver explícito interesse comercial, e os profissionais “teriam uma outra postura com o objetivo de angariar um certo tipo de respeito entre os pares”. Outro ponto que o grupo destaca é que eu deveria estar atento ao crescimento da neuroimagem na construção do diagnóstico, tema que de fato se espalhava por várias palestras do congresso.

Foi impossível seguir todos estes conselhos, ainda que tenham sido muito pertinentes. De qualquer forma, os conselhos por si só falavam de uma diferença e tensões naquele espaço, para as quais eu deveria estar atento. Acompanhei algumas mesas-redondas durante o congresso e, de fato, a possibilidade de que um médico direcione o seu discurso no sentido de valorizar um medicamento específico, sem que isso seja explicitado claramente, pode ser motivo de discussões acaloradas.

Quando havia alguma espécie de vínculo entre o profissional que apresentaria o trabalho e um laboratório farmacêutico, apresentava-se no início da fala o “conflito de interesses”, ou seja, explicitava-se o tal vínculo. Mas isso não zera a possibilidade de que haja desconfianças quanto à neutralidade do discurso. Foi este o caso de uma cena que se passou em uma mesa sobre “depressão grave” (um dos trabalhos discutia inclusive o conflito de interesses em ensaios clínicos), durante a qual um dos apresentadores foi questionado no momento do debate se ele não teria privilegiado em sua fala o Citalopram (um inibidor seletivo de recaptção de serotonina). Ele defendeu-se nos seguintes termos: “por favor, numa mesa em que se fala de conflito de interesses, não diga que eu privilegio este ou aquele antidepressivo, isso se vê caso a caso”.

Fiz uma breve entrevista com o psiquiatra questionado após a mesa. Apresentei-me como um antropólogo interessado em etnografar o congresso buscando compreender os mecanismos de divulgação da indústria. Ele me disse que desenvolve estudos para a indústria, mas que explicitou este “conflito de interesse” na introdução de sua fala, e que naquele momento não estava a serviço do laboratório. A respeito do hábito de se apresentar o conflito de interesses antes da palestra, ele me diz que se trata de um “modelo copiado do FDA¹⁷, porque a coisa estava ficando avacalhada, o profissional estava divulgando uma molécula e não deixava isso claro”. Conversamos sobre o papel da indústria farmacêutica, o que

ele definiu como “uma espécie de mal necessário... em um mundo ideal devia ser diferente”, mas que hoje “95% dos estudos são desenvolvidos pela indústria e 5% por iniciativas particulares ou universidades”.

CONCLUSÃO

Ficava claro que havia no ar uma tensão com o papel da indústria no congresso, em contraste com estudos não patrocinados, apresentados nas mesas-redondas; mas mesmo nestas podem surgir desconfianças de que a palestra tenha um determinado viés com o objetivo de divulgar um ou outro medicamento.

Quanto às condições de possibilidade de se realizar este esforço etnográfico, vale concluir destacando o lugar que me era atribuído no espaço dos expositores. Desde o começo, a minha condição explícita de estudante no crachá não foi impedimento para que me fosse entregue – ou para que eu pudesse coletar sem ser questionado – uma grande quantidade de material publicitário de medicamentos. Na primeira manhã de congresso, por volta das 11 da manhã, eu já tinha mais material impresso do que poderia carregar comigo, e mais do que eu já tinha tido acesso em vários anos de interesse no assunto. Somente no terceiro dia de congresso, um funcionário de um estande obedeceu as regras da ANVISA sem qualquer ambigüidade e não me permitiu acesso aos *folders* disponíveis. Apesar dele estar com toda razão, tive a sensação de ter meu espaço invadido, já que ele aproximou a mão do meu peito e

virou o meu crachá, que nesta altura estava virado ao contrário. Em verdade, acredito que a condição a se destacar no lugar que me era atribuído naquele espaço era a de “não-prescritor”, que foi diversas vezes ressaltada em diálogos com funcionários dos estandes.

Quando decidi participar do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, fui informado sobre o quão surpreendente pode ser a área dos estandes da indústria para um marinheiro de primeira viagem. Antes de partir, ouvi falar sobre o congresso em outros anos, quando o personagem “Zé do Caixão”, de José Mojica Marins, foi utilizado como garoto propaganda em um estande que divulgava uma medicação para um transtorno de ansiedade; ou ainda sobre teorias a respeito de mecanismos de controle dos médicos por parte das indústrias: os congressistas teriam seus interesses no congresso mapeados através do código de barras no crachá, o que permitiria às indústrias saber qual assunto ou medicamento interessa a qual profissional. Verdade ou não, o que importa aqui é como um pequeno mito se constrói em torno da relação entre indústria e profissionais.

A área dos expositores era também um espaço de lazer e sociabilidade entre os congressistas. Mas cabe ressaltar que qualquer diversão oferecida sempre relacionava ‘química e sentidos’ de alguma forma. Em cada estande era possível vivenciar de alguma maneira o estado no qual supostamente o paciente pode ser colocado através daquela droga; uma

atividade proposta pode se contrapor a um efeito colateral do medicamento; os brindes, por sua vez, podem ir de viagens ao próximo congresso mundial da área, passando por carimbos e chegando a uma fita métrica que simboliza a idéia de que um medicamento concorrente engorda; mesmo a escolha da alimentação oferecida parece longe de ser gratuita.

O importante aqui é salientar que as tensões que se desenhavam no congresso – nas mesas redondas, nos estandes ou em discursos isolados aqui e ali – falam sobre a presença, como definiu o meu guia e informante privilegiado, de diferentes *tribos* dentro do campo da psiquiatria hoje¹⁸. Diferenças eram marcadas especialmente no que diz respeito ao papel da indústria farmacêutica no congresso e ao maior espaço ocupado por um discurso de base neurocêntrica (com destaque para a neuroimagem como possível ferramenta diagnóstica de doenças mentais/cerebrais). Pensando posteriormente, é quase como se o “viva a psicanálise” pintado na tela coletiva no estande do Rivotril no início do congresso fosse uma ‘pichação’ feita por um grupo de resistência, que logo foi apagada.

NOTAS

¹ Agradeço os comentários preciosos das professoras Sônia Weidner Maluf e Carmen Susana Tornquist, incorporados ao trabalho na medida do possível. Devo um duplo agradecimento à minha colega de doutorado Marta Cioccarri, que, além da generosa hospedagem em Porto Alegre, fez observações muito pertinentes sobre este texto.

² A expressão foi traduzida para o português como “meu derrame de sabedoria”. A sua escolha caminha na direção do lado direito do cérebro/mente: “Com base em minha experiência de perder o lado esquerdo da mente, acredito inteiramente que o sentimento de paz interior está localizado no circuito neurológico do lado direito do cérebro”. (p.169)

³ Ver Dumit, 2004, para uma discussão a respeito do uso de neuroimagem como uma forma de visualizar estes males no cérebro, e do uso destas imagens em contextos como a medicina e o direito.

⁴ Foi Luiz Fernando Dias Duarte quem fez uso da noção de *interacionismo* para fazer referências a pesquisas e pesquisadores que pensam a relação entre mente e cérebro como sendo de influência mútua, em uma palestra proferida na Academia Brasileira de Ciências, em 5 de maio de 2009, por ocasião da Reunião Magna desta instituição.

⁵ Ver Serpa Júnior, 1998; Bezerra Jr., 2000; Aguiar, 2004.

⁶ As informações estão disponíveis no edital de concorrência para apresentação de proposta comercial de empresas candidatas a prestadoras de serviços de montagem para o mesmo congresso no ano seguinte.

⁷ Ver Payer 1992; Healy 2004; Moynihan e Cassels 2005; Applbaum, 2006.

⁸ Que pode ser traduzido como “apregoar” ou mesmo “vender doenças”.

⁹ Ver Nascimento 2005.

¹⁰ Em outros espaços, procurei analisar essas diferentes formas de divulgação por parte da indústria farmacêutica (Azize, 2002); para uma análise do material de divulgação de ‘doenças do cérebro’ como a depressão e a ansiedade, ver Martin 2007 e Azize 2008b.

¹¹ No Brasil este medicamento tem indicação na bula para

tratamento de transtorno de depressão maior. No site www.cymbalta.com, vemos que o medicamento é indicado no mercado americano também para transtorno de ansiedade generalizada, fibromialgia e para as dores relacionadas à neuropatia diabética.

¹² Não possuo dados para avançar nesta discussão. A respeito das representações diferenciais da medicina sobre o feminino, ver Martin 2006 e Rohden 2001.

¹³ A experiência estética tem como referência uma das atividades no Museu da Língua Portuguesa, em São Paulo.

¹⁴ Na monografia disponível no estande sobre o Cymbalta, parte do texto é dedicada a diferenciar a estrutura química de Cymbalta, Prozac e Strattera (este último um inibidor seletivo de recaptção de noradrenalina), todos os três fabricados pelo mesmo laboratório. O texto ressalta que não se trata de isômeros, apesar de compartilharem algumas características químicas: “entretanto são moléculas distintas, com diferenças estruturais, sendo que Cymbalta não foi desenvolvido a partir de Prozac, que é um ISRS. Essas diferenças estruturais podem ser consideradas em relação aos diferentes efeitos clínicos proporcionados por cada uma das drogas”.

¹⁵ Posteriormente, já de volta do congresso, entendi do que se tratavam os filmes. Trata-se de curtas metragens produzidos para a Roche, o laboratório fabricante do Rivotril, que mostram pessoas que sofrem de síndrome do pânico. Imagino que tais filmes sejam utilizados pelos médicos – ao menos este seria o objetivo da peça publicitária – para mostrar aos pacientes outros indivíduos em situações semelhantes a deles, reduzindo assim alguma resistência ao diagnóstico, se fosse o caso. Um texto no verso do CD termina com a frase “A síndrome do pânico pode acontecer com qualquer um e não marca hora para alterar a rotina e prejudicar quem está sofrendo desse mal”.

¹⁶ De fato, tive acesso a um volume grande de material de marketing da indústria farmacêutica voltado para os médicos, que, por uma questão de economia do espaço, não será analisado aqui; eu já havia analisado em outro artigo (Azize, 2008b) algumas peças voltadas para a divulgação de males psiquiátricos – ou doenças mentais, se assim se preferir – entre o público leigo.

¹⁷ Sigla para Food and Drug Administration, o órgão americano que regulamenta o mercado de remédios, entre outras coisas.

¹⁸ O livro de Tanya Luhrmann (2000), chamado “Of two minds: the growing disorder in american psychiatry”, foi esclarecedor da minha experiência de campo, ainda que *a posteriori*. Professora da Universidade de Chicago, ela realizou uma etnografia entre os residentes de psiquiatria. Neste momento de formação, os residentes estão, de certa forma, aprendendo a ver ‘doenças’ que não podem ser diagnosticadas com marcadores biológicos, ao menos não diretamente. Ela explora as tensões no processo de aprendizagem em uma área na qual diferentes paradigmas estiveram por muito tempo em debate: refiro-me ao paradigma que se convencionou chamar “psiquiatria biológica” em tensão com uma linha psicodinâmica. Luhrmann preocupa-se em mostrar que a psiquiatria parece encaminhar-se para um paradigma de ordem fisicalista-reducionista, no qual uma das ‘lentes’ utilizadas pelos psiquiatras para entender os transtornos mentais estaria sendo perdida. A autora toma partido e interpreta este movimento como uma perda que levaria os psiquiatras e a sociedade como um todo a ‘ver’ menos complexidade do que antes. (Luhrmann, 2000:24) Tal perda fica evidente quando ela analisa unidades psiquiátricas nas quais o ‘modelo de doença’ segue o paradigma da psiquiatria biológica: “The patient was telling the doctor about her soul’s history, and he was hearing through it the shape and balance of her brain.” (ibidem:135)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, Adriano Amaral de. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- APPLBAUM, Kalman. Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer. *PLoS Med*, 3(4):189. 2006.
- AZIZE, Rogerio Lopes. A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002. 121p.
- _____. Saúde e estilo de vida: divulgação e consumo de medicamentos em classes médias urbanas. In: D. K. Leitão *et alii* (orgs.), *Antropologia e consumo: diálogos entre Brasil e Argentina*. Porto Alegre: Editora AGE, 2006, 119-137.
- _____. A ordem cerebral e as 'desordens' do cérebro: uma etnografia da divulgação neurocientífica e da psiquiatria biológica. In: *26ª Reunião Brasileira de Antropologia, 2008, Porto Seguro / Bahia. Desigualdade na diversidade*, v. 1.
- _____. Uma Neuro Weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. *Mana* (Rio de Janeiro), v. 14, 2008b, 7-30.
- BEZERRA JR., Benilton. 2000. Naturalismo como anti-reduccionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. *Cader nos IPUB*. VI: 158-177.
- DUMIT, Joseph. *Picturing personhood: brain scans and biomedical identity*. Princeton: Princeton University Press, 2004.
- HEALY, David. Psychopharmacology at the interface between the market and the new biology. In: S. Rose & D. Rees (orgs.), *The new brain sciences: perils and prospects*. New York: Cambridge University Press, 2004, 232-248

- JUSTO, Luiz Pereira e CALIL, Helena Maria. Depressão- o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de psiquiatria clínica*, v. 33, n.2, 2006, 74-79.
- LUHRMANN, Tanya M. *Of two minds: an anthropologist looks at american psychiatry*. First Vintage Books Edition. 2001.
- MALUF, Sônia Weidner. Sofrimento, 'saúde mental' e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero. Mesa Redonda Saúde, corpo e sofrimento. *Seminário Internacional Fazendo gênero 8*, Florianópolis: UFSC, 2008.
- MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- MARTIN, Emily. *Bipolar expeditions: mania and depression in american culture*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2007.
- MOYNIHAN, Ray. & CASSELS, Alan. *Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books, 2005.
- NASCIMENTO, Álvaro. "Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado" *Isso é regulação?* São Paulo: Sociedade brasileira de vigilância de medicamentos, 2005.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- SERPA JÚNIOR, Octavio Domont de. *Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Té Cora Editora, 1998
- TAYLOR, Jill Bolte. *A cientista que curou seu próprio cérebro*. São Paulo, Ediouro, 2008.



**O QUE SE VÊ NO CÉREBRO: A PEQUENA DIFERENÇA
ENTRE OS SEXOS OU A GRANDE DIFERENÇA ENTRE OS
GÊNEROS?**

└
Fabíola Rohden

A QUESTÃO

Neste artigo discuto a recorrência da tentativa de descrever em bases naturalizantes as diferenças de gênero por parte da ciência. Como foco central foi escolhido o cérebro, já que as representações em torno desse órgão podem ser vistas como sintetizadoras do empenho em delimitar precisamente o que caracterizaria homens e mulheres distintamente. Tomo como objeto o contraste entre trabalhos médicos de meados do século XIX e artigos de divulgação científica contemporâneos. A natureza evidentemente distinta em termos formais e cronológicos desses dois tipos de material cumpre a função de reforçar o caráter provocativo da comparação.

A intenção é oferecer uma interpretação possível que segue a perspectiva dos estudos de gênero e ciência. Seguindo a inspiração de autoras como Ludmila Jordanova (1989) e seu tratado sobre as representações dualistas na ciência, Nelly Oudshoorn (1994) sobre a “criação” dos chamados hormônios

sexuais, Marianne Van Den Wijngaard (1997) quanto ao surgimento da teoria da organização cerebral e Anne Fausto-Sterling (2000) sobre o corpo caloso e a diferença cerebral entre homens e mulheres, para citar apenas referências mais centrais no tema em questão aqui, discuto a intrincada relação entre produção científica e hierarquia de valores baseada em uma concepção dualista de gênero que tem caracterizado a nossa sociedade nos últimos séculos.

GÊNERO E CÉREBRO NO SÉCULO XIX

O tema da diferença entre os sexos aparece de forma insistente na produção científica do século XIX (Laqueur, 2001) e de modo especial se traduz nos trabalhos médicos. No Brasil, isso pode ser exemplificado com as teses defendidas no final do curso de graduação da prestigiosa Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Esse material ilustra o conhecimento científico oficial que se dispunha na época e o que seria traduzido na prática dos consultórios médicos.¹

A tese *A puberdade da mulher* de João das Chagas e Andrade, defendida em 1839, é exemplar no que se refere à descrição das diferenças entre homens e mulheres. Além disso, mostra como sexo e gênero eram pensados de forma totalmente imbricada ou como, mesmo quando se acreditava estar falando de sexo biológico ou corporal, entravam em cena os atributos de gênero. O trabalho é dedicado ao que o autor chamou de “idéia geral a respeito da mulher” e por isso são definidas com

precisão as características que fazem da mulher um ser essencialmente diferente do homem em função do papel que a natureza teria lhe reservado. Estas características podem incluir peculiaridades quanto à voz, que é mais fraca, terna, doce e aguda; ao sono, menos profundo, de menor duração e mais perturbado; à digestão, que exige menor quantidade de alimentos; à respiração, que produz menos sangue; e mesmo à circulação, que é mais viva e dota melhor as artérias da bacia para fornecer mais sangue aos genitais. O trecho a seguir exemplifica a diferença entre homens e mulheres a partir de uma conformação corporal diferente, própria ao destino feminino:

Estes mesmos ossos, variando em suas formas, e não guardando as mesmas proporções de grandeza, dão ao corpo da mulher uma conformação diferente, mas análoga aos destinos que lhes são prescritos; assim sua cabeça mais pequena, a face mais curta e mais redonda, o pescoço mais comprido e mais fino, o peito de uma menor capacidade e mais afinado para a parte superior, seu diâmetro esterno-vertebral corresponde à sétima vértebra dorsal, como no menino; as clavículas são menos curvas para fornecerem um maior espaço ao desenvolvimento dos seios. Por causa desta menor capacidade do tórax, ela é obrigada a multiplicar os movimentos respiratórios, razão porque a respiração é mais ligeira, a circulação mais apressada e o pulso mais fraco. (Andrade, 1839, p. 2).

A bacia recebe grandes atenções e é a partir de sua largura que o autor cita a imagem da pirâmide que define o caráter inverso do corpo do homem em relação ao da mulher, uma referência que se tornaria comum em outros trabalhos. Além disso, também aparece a associação entre beleza e a grandeza das cadeiras:

O abdome é de uma capacidade maior que o do homem, e repousa sobre os ossos que formam a bacia. É nestes ossos que se notam as maiores diferenças, os ilíacos são mais largos, o sacro e o cóccix da mesma sorte, porém mais curtos, e por isso a bacia toma uma maior capacidade em seus diâmetros; e como coube à mulher o trabalho da gestação e do parto, necessária lhe era tal disposição orgânica, em que o feto achasse asilo em seu desenvolvimento e facilidade em seu nascimento. Se à finura do tórax, aumento do abdome, juntarmos a largura da bacia, veremos que o tronco da mulher representa uma pirâmide cônica, que tem por ápice o peito e por base a bacia, em sentido oposto ao homem que, em razão da amplitude do tórax, diminuição do abdome e estreiteza da bacia, apresenta esta pirâmide com a base no peito e o ápice na bacia. Resulta ainda desta disposição que o tronco da mulher é maior que o do homem, e que o meio do corpo em vez de se achar sobre os púbis, como no homem, se acha entre elas no umbigo. Da largura do sacro e dos ilíacos resulta que as articulações femuro-ilíacas se acham mais distantes; e, se a esta distância acrescentarmos o maior

desenvolvimento dos músculos grande e pequeno glúteos, teremos a razão da grandeza de suas cadeiras, conformação a que se liga uma alta idéia de beleza. (Andrade, 1839, p. 2).

O autor afirma ainda que o sistema muscular na mulher é menos desenvolvido, que as próprias fibras dos músculos são mais moles e mais delicadas e que as inserções tendinosas são mais fracas. Todos os intervalos são preenchidos por “tecido celular gorduroso”, o que dá à mulher as características “formas lisas e arredondadas”. No homem, ao contrário, devido à força e ao “predomínio muscular” essas formas são substituídas por “asperidades”. A referência a um determinado padrão de beleza aparece também a partir dos vasos, nervos e mesmo da natureza do sangue feminino:

Os vasos e os nervos são mais delicados e mais divididos em suas extremidades, contendo um sangue mais sutil; e, penetrando em tecidos mais laxos, vão levar à superfície de seu corpo aquele colorido que, confundindo-se com a alvura e delicadeza da pele, patenteia, com a maior presteza, em seus semblantes as alternativas de seus afetos. (Andrade, 1839, p.3).

A mulher é considerada mais sensível do que o homem devido a uma maior fragilidade. Isto significa que os seus sentidos são mais delicados, que para ela as sensações são mais vivas. Seus olhos não suportam a luz forte por muito tempo e nem seus ouvidos aguentam o barulho de um canhão. A suscetibilidade nervosa é a qualidade característica desse sexo.²

Como consequência, a mulher é extremamente impressionável e instável. Está sempre e constantemente preocupada com as causas imediatas que produzem as mais diversas sensações, o que qualificaria a sua leviandade. O autor acrescenta a inevitável evocação ao cérebro feminino:

De mais, já vimos que a cabeça da mulher era mais pequena que a do homem, e isto não só de uma maneira absoluta, mas até comparando-se os cérebros de dois indivíduos de sexo diferente e da mesma estatura.

Desta inferioridade do cérebro decorre naturalmente que a energia das faculdades intelectuais da mulher, consideradas coletivamente, será menor que no homem. Seu frontal é menor, mais coberto, segue mais a direção do nariz, e deixa ver apenas uma pequena curva; disposição que importa menor capacidade da parte craniana que contém os órgãos cerebrais, que presidem as faculdades intelectuais.” (Andrade, 1839:4).

Em função de diferentes desenvolvimentos nas partes do cérebro em cada sexo seriam desenvolvidas determinadas faculdades:

(...) sendo o frontal tão pequeno na mulher, se observa geralmente em grau muito fraco os órgãos da *comparatividade* e da *causalidade*, dos quais o primeiro dá a faculdade de discernir com habilidade os traços e semelhanças dos objetos para formar um juízo exato a seu respeito; o segundo a de elevar-se à origem das coisas, e de aprofundar sua natureza. Mas, em

compensação à estreiteza do frontal, a parte posterior do crânio é mais larga e mais saliente, e é nesta parte que residem os órgãos correspondentes às qualidades afetivas, que, por assim dizer, constituem a existência moral da mulher. Vê-se pois que o mau êxito que elas obtêm sempre que se dedicam às altas ciências e à política, é antes um efeito de organização que um vício de educação, como pretende Condorcet. O homem, destinado para os grandes trabalhos, para com a energia de sua inteligência fazer conquistas nas artes e nas ciências, não devia ter uma organização em tudo igual à da mulher, porque os fins destinados a ele em grande parte diferem dos destinados à mulher.” (Andrade, 1839, p. 4. grifos do autor).

Em virtude de diferenças cerebrais e de correspondentes capacidades, tem se claramente desenhada uma justificativa biológica para os papéis sociais diferenciados exercidos por homens e mulheres. O autor deixa bem claro que não se trata simplesmente de falta de preparo da mulher, mas sim de uma organização corporal diferenciada. A natureza já teria definido e qualificado homens e mulheres para o preenchimento de funções específicas. A mulher é mais afetiva, enquanto o homem é dotado de inteligência. No mundo das ciências e da política, ou seja, no mundo público, só há chances para o segundo. Essa passagem talvez seja uma das que melhor sintetizem a pretensão e abrangência política que o discurso médico pode ter, além de ilustrar com primor a justificativa anatômica da hierarquia de gênero em voga em meados do

século XIX. Essa justificativa também é resumida da seguinte forma: “Já vimos que, em consequência do tamanho e conformação dos ossos, pequenez e moleza dos músculos, todos os movimentos são morosos, e que por isso mesmo a vida sedentária se lhes torna como necessária, correspondendo no físico à fraqueza que temos notado no moral.” (Andrade, 1839, p.6). Além de não ter capacidade mental para o mundo público a mulher também não têm capacidade física, só lhe restando permanecer no lar.

Andrade segue afirmando que ao homem cabe lidar com a natureza e com os entes animados através da força e da inteligência. À mulher só resta o poder de sedução em relação ao homem. A seguinte frase atribuída a Cabanis corroboraria sua hipótese: “Se a fraqueza dos músculos da mulher a proíbe de descer ao ginásio e ao hipódromo, as qualidades de seu espírito lhe proíbem mais imperiosamente ainda de se apresentar no Liceu ou no Pórtico.” (Andrade, 1839, p. 5). Certamente, há referências a mulheres inteligentes, cultas e famosas. Mas estas, como toda exceção, só confirmam a regra. Além disso, seu principal pecado é terem deslizado dos deveres que a sociedade e a natureza lhes impuseram, ou seja, a maternidade e o cuidado da família. Amar é o grande objetivo de sua existência, o que já é pré-determinado pela natureza. É por isso que desde cedo a menina se interessa por bonecas, desenvolvendo um sentido que aplicará mais tarde ao marido e aos filhos. É também a natureza que determina um certo

tipo de qualidades bem particulares. A dissimulação, a arte de agradar, a *coquetterie*, e mesmo o choro, a timidez e o pejo, são artefatos dos quais a mulher lança mão para atrair o sexo oposto. Andrade reprova a atitude de alguns homens que têm sido pouco indulgentes com estas manifestações da natureza feminina, agindo como se as mulheres fossem culpadas, responsáveis por esse tipo de comportamento (Andrade, 1839, p. 5).

Quanto ao aparelho reprodutor feminino, Andrade descreve as diferenças em relação ao masculino, ao mesmo tempo em que nos dá uma noção das dúvidas que persistiam para a medicina naquele momento. O autor afirma que na mulher os órgãos da geração estão dispostos de uma maneira diversa daquela que estão no homem e para a realização de todos os eventos da geração, o corpo feminino dispõe de quatro aparelhos: germinação, gestação, copulação e lactação. Merece destaque o comentário feito a respeito dos ovários, sobre os quais não se sabia grande coisa, mas notava-se que, quando não se desenvolviam adequadamente, a mulher assumia uma forma ambígua, se aproximando do homem. O mesmo aconteceria com o homem que tivesse perdido os testículos (Andrade, 1839:3).

Percebe-se um forte enraizamento das diferenças na anatomo-fisiologia que vai ser mais detalhado a partir da época da puberdade. Andrade (1839) refere-se a essa fase como o momento em que a menina começa “a respirar o doce e imperioso sentimento da reprodução”. Esse sentimento,

traduzido nos gozos do amor e da amizade, está relacionado com uma compensação que a natureza oferece aos incômodos implicados na conservação da espécie. Durante a puberdade, a natureza inaugura essas sensações e dessa forma prepara a economia da mulher para o exercício da função reprodutiva. Duas ordens de fenômenos intimamente ligados se desenvolvem: fenômenos físicos e fenômenos intelectuais ou cerebrais. Estes últimos são os precursores dos outros. Referem-se a uma mudança nos interesses da menina. Mesmo ainda sem ter tido a sua primeira menstruação, ela sofre um processo de transformação que se caracteriza pela atenção que passa a dedicar ao sexo oposto e pela necessidade de amar que brota em seu espírito. Os jogos de sedução passam a governar seu comportamento. Isso nada mais é do que um artifício da natureza. A menina aprende a se fazer de difícil para se tornar mais desejada. Dos diversos meios que emprega para esse fim, resulta uma nova qualidade, a dissimulação. A dissimulação, que não é efeito da educação mas sim inerente à organização feminina, revela um estado de perfeição das faculdades intelectuais na mulher. No homem, ela deve ser reprovada como uma prova de fraqueza e corrupção enquanto que na mulher, “quando diretamente dirigida, deve ser estimada como consequência de sua fraqueza, de sua modéstia, de seu pejo, e dos impulsos do amor, qualidades de cujo equilíbrio depende a perfeição de seu sexo” (Andrade, 1839, p. 13).

Quanto aos fenômenos físicos, trata-se do processo através do qual a natureza vai desenhando as formas específicas de cada sexo. Na mulher as formas vão se tornando mais salientes e os genitais vão adquirindo maior importância na economia corporal, como descreve o parágrafo que segue:

Tornando-se [os genitais] centro de uma nova excitação e parecendo reunir em si toda a sensibilidade, ou como foco das forças vitais, de secundários, tendem a ocupar agora o primeiro lugar nas operações da economia; então os ovários e o útero, refletindo o excesso de excitação de que são sede, para as partes com quem estão ou direta ou simpaticamente relacionados, dão-lhes uma nova forma na marcha funcional; ao mesmo tempo os órgãos sexuais externamente desenvolvem maior volume (...). (Andrade, 1839, p. 14-15).

A puberdade é entendida como uma época em que algumas doenças podem aparecer assim como outras podem ser curadas. Tudo depende de como essa fase é administrada. Perturbações como a clorose, a histeria, a loucura, a ninfomania, que dependem da desarmonia de diversos sistemas do organismo, podem aparecer. É preciso seguir certas regras higiênicas que impeçam estas manifestações. Moderar a energia despendida com o sistema nervoso e intelectual é fundamental. O colégio, pelo convívio que oferece e pela exigência intelectual, deve ser preterido em prol da instrução fornecida pela própria mãe da menina (Andrade, 1839, p. 21-28).

A tese de José J. Firmino Junior (1840) aprofunda a descrição do sistema das diferenças, evidenciando o poder de raciocínio, a força física e o movimento para o homem, a função reprodutiva, o repouso e a quietude no caso da mulher:

um vive para usar de seu extremo mais elevado; no outro parece que tudo é sacrificado ao livre exercício da função da reprodução; a natureza indica àquele o poder de raciocínio, o emprego das forças físicas; e a esta a quietação, o repouso: mesmo uma razão puramente mecânica esteia esta ordem natural; porque sendo o corpo do homem mais longo que o da mulher, e estando o centro de gravidade dele mais elevado que o dela, deve ela procurar conservar-se estacionária, e ele entregar-se aos trabalhos, e atos de movimentos; e tanto esta idéia merece consideração, quanto a mulher, cujo corpo aproxima-se mais ao daquele, imita-o, e segue-o nos seus trabalhos e funções. (Firmino Junior, 1840, p. 2).

Esse autor também recorre à imagem da pirâmide inversa para ilustrar a comparação entre os corpos de homens e mulheres. E faz precisões quanto às diferenças inerentes a todas as partes que compõem o organismo. Quanto aos ossos, por exemplo, afirma que qualquer anatomista seria capaz de discernir os que pertencem à mulher ou ao homem. Os músculos, na mulher, são mais fracos, pequenos e delgados e terminam em tendões mais finos. Não são próprios a suportar grandes esforços. Uma espécie de atrofia fisiológica ataca os músculos do corpo feminino, com exceção daqueles que

circundam a bacia e as coxas, importantes no processo de reprodução. No homem, o sistema sanguíneo predomina tornando-o mais bem dotado de grandes forças físicas e morais, além de uma constituição rígida e seca. Na mulher, o sistema linfático torna-se preeminente, transformando-a em um ser mais mole e úmido. Mas, é quanto ao sistema nervoso que temos uma noção clara da natureza feminina:

as mulheres são mais sensíveis, mais impressionáveis, menos aptas para a meditação, volúveis, inconstantes, extremosas em tudo, dadas a coisas de pouca ou nenhuma consideração, mais eloquentes, mais sujeitas a serem vencidas, graciosas em todos os seus atos; finalmente, é no sistema nervoso que reside toda a vida da mulher. (Fimino Junior, 1840, p. 5).

O autor ainda afirma que os órgãos, as necessidades, as faculdades e os tipos de exercícios possíveis são absolutamente distintos para homens e mulheres. Da mesma forma, não pode haver igualdade em suas funções. Em oposição ao homem, a vida da mulher converge para um único fim, que é a reprodução da espécie. A puberdade ilustra bem isso na medida em que consiste na época em que a menina deixa de viver para si e torna-se propriedade da espécie, da posteridade. E é exatamente nessa sua missão que ela ganha ares de divindade:

Sem dúvida o mais importante ato da vida de uma mulher é o da propagação; nela ela emparelha com a Divindade enchendo a superfície da terra de seres, que lhe são semelhantes, assim como o Criador encheu o

nosso planeta de entes diversos, e o imenso espaço, que o separa das mais remotas regiões celestes, de corpos, que estão em perene movimento. Talvez possamos dizer, sem temor de errar, que a mulher é para a procriação do homem o, que o Autor do Universo é para todo o mundo. (Fimino Junior, 1840, p. 7).

Em função do cumprimento dessa tarefa essencial, torna-se impossível para a mulher a dedicação a outras atividades, especialmente aquelas que exigem esforço intelectual:

Fica portanto manifesto que as ciências, as artes, as invenções não devem merecer muito a atenção do belo sexo; tendo ele uma parte tão ativa, e prolongada na propagação, muito pouco tempo restar-lhe-ia para a meditação, a conjectura, e as ciências, que demandam um aturado estudo, e continuada reflexão; a mulher a cada momento interrompida pelos expressivos gritos do recém-nascido, que reclamam socorros a miúdo, perturbaria a todo instante a concatenação de suas idéias, e raciocínios; uma incompatibilidade manifesta existe entre a abstração matemática, e as distrações pueris; entre a volubilidade de seus pensamentos, e a estabilidade de uma questão física; enfim entre as faculdades intelectuais, e as diversas funções, a que por necessidade de sua organização ela é sujeita. (Fimino Junior, 1840, p. 7).

Assim como a mulher tem a gratificante mas árdua tarefa da procriação, ao homem cabe também cumprir um papel produtivo. Não foi criado apenas para desfrutar os gozos do

mundo, mas para executar todas as tarefas inerentes à esfera do trabalho. Assim foi estabelecido pela natureza e assim deve permanecer. Afinal, percebe-se logo que as mulheres que pegaram em armas ou se dedicaram a funções masculinas perderam todos os seus encantos femininos, o que é prejudicial para a organização da sociedade. Firmino Junior (1840, p. 8) adverte que cada sexo não deve transgredir as raias de seus deveres, limitando-se a fazer aquilo que é compatível com a sua organização corporal. Só assim a felicidade será possível e completa.

Esse tipo de entendimento das diferenças leva esses médicos a exigirem dos pais um sério cuidado com a educação das filhas. Essa tarefa fundamental para o trabalho de vigilância e direção moral poderia ser resumido na proibição de uma educação intelectual mais aprimorada. João de Oliveira Fausto (1846, p. 17), por exemplo, incita as mães a ajudar a natureza, contribuindo para que todos os seus esforços possam ser concentrados nos órgãos genitais. Isso significa que a excitabilidade dos outros órgãos deve ser controlada, principalmente do cérebro. A dedicação aos estudos pode fazer com que todas as energias que deveriam ser empregadas no amadurecimento do aparelho reprodutor sejam desviadas para o cérebro. Isso pode causar tanto o retardo no aparecimento da primeira menstruação, como problemas para aquelas já menstruadas que insistem em esforços mentais na época do seu ciclo. É o que afirma Fausto (1846, p. 19):

É igualmente muito importante que elas não se entreguem, durante o corrimento das regras, a trabalhos intelectuais, e a estudos muito assíduos, que estabelecendo uma super-excitação cerebral, determinam uma desigual divisão das forças vitais, e fazem afluir o sangue para o cérebro.

José Tavares de Mello (1841) é ainda mais enfático ao condenar a aplicação intelectual das mulheres. Esse autor justifica sua posição pela teoria do desvio das forças ao cérebro, mas também em função do lugar que a mulher ocupa na sociedade:

Tristes exemplos atestam todos os dias a inutilidade, e até o perigo de obrigar as meninas à cultura da ciências, e demonstram os inconvenientes de uma aplicação muito sustentada, e a perniciosa influência que ela exerce sobre a saúde. A excitação prolongada do cérebro não se limita só a fazer dele o centro exclusivo de ações e movimentos, enfraquecendo a energia dos outros órgãos; mas o força também a tornar-se a sede de uma suscetibilidade, que ocasiona cefalgias, doenças nervosas, e outras muitas afecções, que envenenam os mais belos dias da existência das mulheres.

A espécie de império, que exercem na sociedade, exige que elas não sejam ignorantes; porém não lhes é devido o mesmo grau de instrução dos homens, cujos destinos partilham e embelezam. O estudo moderado das artes de recreação é o único, que lhes convém; porém somente como meio de adoçar as tristezas, suavizar o

aborrecimento da solidão, lançar sobre o curso de sua vida doces e agradáveis distrações, de variar enfim os prazeres distraíndo-as em seus trabalhos. (Mello, 1841, p. 15).

Torna-se evidente como os médicos vinculam “dados biológicos”, como a maternidade, a atividades consideradas femininas. Os processos observados no corpo feminino, nesse caso a menstruação no contexto da puberdade, adquirem um peso de extrema importância.³ São utilizados de forma a corroborar as teorias a respeito das relações entre os gêneros. A hierarquia de funções que prevê como única possibilidade para a mulher o papel de mãe e esposa está ancorada na definição de um conjunto de dados considerados naturais. Essa hierarquia condena a educação feminina a partir dos supostos prejuízos que traria à função primordial da mulher, a maternidade. Educação, aliás, desnecessária, já que aquela função não exige um grande desenvolvimento das faculdades intelectuais. A educação implicaria em uma usurpação das forças destinadas à reprodução. A mulher que se entrega ao estudo das ciências estaria se dedicando a um empreendimento que não tem razão de ser e prejudicando a ordem natural das coisas. Além de tudo, por mais que se esforçasse jamais seria capaz de realizar algo produtivo nesse campo. Nessa fase do século, os médicos sequer discutem a possibilidade da contribuição feminina no mundo extra-doméstico. O aprofundamento da educação é visto como algo sem sentido por natureza e potencialmente prejudicial.⁴

A produção médica sobre a diferença entre os sexos, com ênfase na associação entre conformação corporal diferenciada e ilustrada sobretudo com o cérebro e capacidades intelectuais correspondentes, segue aparecendo de forma significativa ao longo do século XIX. Entre a década de 1840 até o início da década de 1860 se traduz especialmente na preocupação em torno da puberdade e da menstruação. Posteriormente aparecerá atrelada também aos temas da menopausa, sexo e casamento em teses produzidas nas últimas décadas do século XIX e primeiras décadas do século XX.⁵

GÊNERO E CÉREBRO NO SÉCULO XXI

Certamente temos muita facilidade em estranhar o conteúdo das teses apresentadas acima. Embora estivessem refletindo a verdade científica da época, traduzida em trabalhos com toda a legitimidade acadêmica, o passar dos anos nos permite exotizar aquelas considerações sobretudo em função das profundas modificações sociais ocorridas desde então. Especificamente no que se refere às relações de gênero, as convicções igualitárias mais arraigadas de uns ou a obrigação com o politicamente correto de outros levam a uma peremptória condenação dos “evidentes” excessos cometidos em nome da ciência. Excessos estes relacionados, poderíamos dizer hoje, com a enfática influência do gênero na produção do conhecimento científico.

Gostaria de sugerir que não conseguimos ter a mesma capacidade de estranhamento em relação ao que vemos publicado hoje. Evidentemente é óbvio que um oceano de “descobertas” nos separa daquele momento e não se pretende negar isso. Contudo, o que importa aqui é discutir a natureza das conexões em jogo e o modo como o gênero entra em cena nos trabalhos que pretendem tratar da diferença entre homens e mulheres ou mais especificamente, do cérebro de cada um.

Nesse caso, vou privilegiar textos de divulgação científica.⁶ É evidente que não são diretamente comparáveis, em termos formais, a teses produzidas no século XIX. Mas, exatamente por isso, revelam uma grande transformação que precisa ser apontada. Atualmente, nos constituímos em uma sociedade ávida pelo consumo de informação e de artefatos que são colocados à disposição com a chancela de serem resultados do progresso científico. A legitimidade da ciência é utilizada o tempo todo na promoção e aquisição de novos recursos para a administração de nossa vida cotidiana. As informações “traduzidas” pela mídia nos fornecem o arsenal básico por meio do qual orientamos e justificamos inclusive a performance de nossos corpos e nossos comportamentos.

Não é sem razão que temos assistido a um crescimento no número de publicações de divulgação científica, tanto livros quanto revistas e suplementos de jornais, sem falar, é claro, dos programas de televisão e *sites* na internet. Um dos temas mais recorrentes nesses veículos tem sido as supostas diferenças

entre homens e mulheres, com destaque para o cérebro.⁷ Tomarei como foco de análise exemplos de artigos escritos por pesquisadores mas voltados ao grande público que parecem expressar de maneira contundente esse tipo de fenômeno. Foram escolhidos porque incidem exatamente sobre o tema em questão, ou seja, a preocupação em definir as diferenças de gênero em termos biológicos.

Escolhi para analisar especificamente neste item, um volume do periódico *Viver - Mente e Cérebro*⁸: a edição de março de 2005 (número 146) cujo título é “Diferenças entre os sexos: muito além dos fatores culturais, a diversidade entre homens e mulheres é inata”. Vale acrescentar que a revista publicou também uma Edição Especial (número 10, sem data) intitulada “A trégua dos sexos: bases neurais, cognitivas e hormonais determinam divergências entre homens e mulheres”, além deste tema aparecer constantemente no seu quadro de matérias.⁹ Nota-se já com os títulos a preeminência do inato sobre a cultura e a reafirmação da diferença.

De um modo geral os artigos tratam do “fato” de que haveria uma “pequena diferença essencial” entre homens e mulheres em função de tipos de cérebro diferentes. A censura do politicamente correto faz com que se reafirme a idéia de que é apenas uma pequena diferença, mas que é o tempo todo qualificada como inata e essencial. Além disso, tem-se o cuidado de tentar valorizar as qualidades que seriam específicas de cada sexo. Depois das ressalvas, vão se opondo uma série de

características como uma maior facilidade para localização espacial dos homens e uma maior capacidade comunicativa por parte das mulheres ou maior capacidade de sistematização para os primeiros e empatia para as segundas.¹⁰ Tudo isso com base em estudos recentes que estariam conseguindo provar que as diferenças não seriam decorrentes da socialização mas teriam uma origem biológica.

O artigo de Markus Hausmann (doutor em psicologia, trabalha no Instituto de Neurociência Cognitiva da Faculdade de Psicologia da Universidade do Ruhr, em Bochum, Alemanha) começa afirmando que, se há muito tempo os cientistas cognitivos suspeitavam que homens e mulheres pensam de modo diferente, hoje dispõem de dados biológicos que confirmam isso. O autor atesta que, mais importante do que considerar que o córtex cerebral feminino possui cerca de 3,5 bilhões de neurônios a menos do que o masculino (uma diferença de 16%), é tratar das diferenças em regiões cerebrais específicas. Como exemplo cita que os núcleos neuronais apresentam grande diferença de tamanho nos hipotálamos masculino e feminino, região que participa do controle do sistema hormonal e influencia comportamento sexual e reprodução. Acrescenta que:

Também os feixes de fibras nervosas que ligam os dois hemisférios cerebrais parecem diferir nos dois gêneros. São essas comissuras que possibilitam a comunicação entre os hemisférios esquerdo e direito. A maior dessas

conexões – o corpo caloso, com pelo menos 200 milhões de fibras nervosas – parece mais robusta nas mulheres, sobretudo em sua porção posterior. O mesmo acontece com outras conexões, menores, entre os hemisférios cerebrais. Isso permite supor que, no cérebro feminino, os dois hemisférios interagem com maior intensidade.

Além disso, nas mulheres os dois hemisférios são mais parecidos do que nos homens. Neles, a diferenciação entre os hemisférios é mais nítida, tanto pelo tamanho de determinadas estruturas como pela forma e pelo curso de muitos sulcos cerebrais (Hausmann, 2005:42-43).

O autor então se pergunta se essas “diferenças estruturais” refletiriam na capacidade do cérebro. E o interessante é que, apesar de toda a preocupação com a correção política e mesmo da sintomática utilização do termo “gênero” em situações em que parece estar se referindo a sexo, ainda perpassa uma hierarquia de valor na comparação entre homens e mulheres. É o que aparece quando descreve que a assimetria funcional (relação entre a função exigida e o hemisfério cerebral utilizado) é mais pronunciada nos homens do que nas mulheres. Enquanto elas recorrem a regiões cerebrais de ambos os hemisférios nas tarefas lingüísticas ou relacionadas à orientação espacial, os homens tendem a restringir sua atividade neurológica a um dos lados. Hausmann (2005), nesse ponto, recorre à dúvida sobre o que seria melhor, mas evidentemente acaba privilegiando os detentores da assimetria:

É difícil definir qual princípio de organização é melhor – a simetria ou assimetria. O cérebro assimétrico é capaz de processar informações com rapidez em regiões contíguas, sem precisar enviá-las para o outro lado. Quanto menores as distâncias entre as regiões cerebrais no interior de uma associação neuronal, tanto mais rapidamente elas processarão as informações – uma clara vantagem da assimetria. (Hausmann, 2005:43)

A vantagem da organização cerebral simétrica estaria reduzida a uma menor propensão a distúrbios em caso de lesão a um único hemisfério. Mas é preciso chamar a atenção para que não se trata de uma qualidade constitutiva. Na verdade, quando entra em jogo o que importa, o que é constitutivo, faz-se referência ao papel dos hormônios.¹¹ O autor, apesar da ressalva de que os dois sexos dispõem de hormônios “masculinos” e “femininos” afirma que a diferença biológica entre homem e mulher se baseia na economia hormonal desde antes no nascimento:

É o que demonstram exames feitos em bebês, antes ou logo após o nascimento, expostos a uma alta concentração de hormônios sexuais, em razão, por exemplo, da chamada hiperplasia adrenal congênita (HAC). Essa enfermidade acarreta um exuberante aumento no nível de hormônios sexuais masculinos.

Meninas afetadas por essa doença possuem genitália masculinizada, o que em geral pode ser corrigido muito cedo com cirurgia. A terapia hormonal pode fazer com

que a secreção de mensageiros químicos masculinos seja atenuada. Pessoas que passaram por esse fluxo hormonal intenso até pouco antes do nascimento são o alvo ideal da pesquisa científica: nesse caso, diferenças posteriores em suas capacidades mentais podem ser atribuídas à influência hormonal precoce e por um período de tempo bastante limitado. Os primeiros exames com meninas com HAC relataram inteligência acima da média. Hoje se sabe que isso se deve sobretudo às capacidades relacionadas à orientação espacial, um dos típicos pontos fortes ‘masculinos’. (Hausmann, 2005, p. 44).

Notamos, então, uma associação entre hormônios masculinos, cérebro masculino e maior inteligência mesmo quando a descrição é feita a partir da exceção de meninas “masculinizadas”. O tema da influência dos hormônios está ganhando cada vez mais espaço, e nesse número de *Viver – Mente e Cérebro* que estou analisando consta um artigo especialmente dedicado à influência do estrogênio nas mais diversas capacidades cognitivas de homens e mulheres. Ulrich Kraft (médico e colaborador da revista *Gehirn & Geist*) apresenta a questão da seguinte forma:

[...] o estrogênio influencia diversas esferas cognitivas, como aprendizado, memória e comportamento. Afinal, independentemente de estereótipos e clichês, não há como ignorar a ‘pequena diferença’ entre os sexos no tocante à prevalência de certos talentos específicos em homens e mulheres. Hormônios sexuais dão aí sua contribuição, e disso existe comprovação bastante

convicente: nas mulheres, determinadas capacidades cognitivas se alteram de acordo com o nível do hormônio. Kraft (2005, p. 47-48).

Esta descoberta é exemplificada com um teste de rotação mental (por exemplo, girar mentalmente uma figura geométrica), usado para avaliar a capacidade de visualização espacial, realizado pelo biopsicólogo alemão Onor Güntürkün com mulheres em diferentes fases do ciclo menstrual. Durante a menstruação, quando os hormônios sexuais se encontram em níveis mais baixos, as mulheres se saíram tão bem quanto os homens do grupo de controle. Mas quando os níveis de estrogênio sobem, no final do ciclo, o desempenho delas “caiu sensivelmente”. Contudo, no teste realizado paralelamente, para encontrar palavras apropriadas, a performance foi melhor. Como conclusão, temos que: “Os resultados comprovam que as habilidades espaciais das mulheres não são, em essência, inferiores às dos homens: o que ocorre com elas é, antes, uma oscilação mais forte do nível de estrogênio no cérebro, deslocando a ênfase de um talento para outro”. Kraft (2005, p. 48).

Além dessa oscilação periódica que caracterizaria a capacidade cognitiva das mulheres – diga-se, de passagem, tão ao gosto dos escritos médicos do século XIX – acrescentar-se-ia uma deficiência mais acentuada a partir da menopausa. Nesse caso, é feita referência ao trabalho de Bruce McEwn, (neuroendocrinologista da Universidade Rockefeller),

pesquisador que defende uma espécie de “terapia de reposição hormonal para o cérebro, da qual se beneficiariam sobretudo as mulheres de mais idade” (Kraft, 2005:50).

Nessa linha da conexão entre as descobertas sobre as diferenças cerebrais (e hormonais) entre homens e mulheres e a prescrição de recomendações, nada supera o artigo de Hartwig Hanser¹² intitulado “Diferentes desde o nascimento”. São várias páginas dedicadas a demonstrar que sociólogos, pedagogos e psicólogos estariam errados em explicar as diferenças por meio da socialização. Desde o final dos anos 60, segundo o autor, já teríamos pesquisas comprovando que diferenças comportamentais ligadas ao sexo já se manifestariam desde o nascimento. Hanser relata que:

Aos seis meses de idade já fica evidente que impor a própria vontade é mais relevante para eles do que para as meninas; e são eles que mais freqüentemente tomam os brinquedos de outras crianças. Com um ano, Ana e suas amiguinhas gostam de brincar com ursinhos e bonecas, enquanto Félix e seus amiguinhos preferem carrinhos e outras máquinas – qualquer coisa que faça algum tipo de movimento. Eles também se interessam mais por coisas proibidas, têm maior tendência a desobedecer a regras e a fazer coisas arriscadas e, a partir dos três anos, gostam de lutar. (Hanser, 2005, p. 32-33).

Ainda segundo o autor, essas diferenças estariam no centro das discussões sobre igualdade de oportunidades entre homens e mulheres e têm sido, erroneamente, abordadas através da

influência do meio social. Com o auxílio de referência a padrões evolucionários, Hanser propõe que a nossa “disposição natural” tem um peso bem maior do que tem sido considerado. E se certos comportamentos são mais fáceis para os homens e certos objetivos são mais gratificantes para as mulheres, agir contra essas “inclinações naturais” representaria “um grande esforço e dispêndio de energia”. Além disso, “ao final, poderíamos não nos sentir tão contentes quanto o esperado, pois nosso mecanismo de gratificação interna não corresponde tão bem à situação criada” (Hanser, 2005, p. 39).

Como não poderia deixar de ser, o tema da educação passa a ser um alvo central e tem destaque sobretudo a discussão em torno do modelo de escola a adotar (misturando ou separando meninos e meninas, com um preferência do autor por este último padrão) e do tipo de habilidades a incentivar. Depois de sistematizar dados de pesquisas a respeito, pontifica que:

Uma coisa, no entanto, está clara: o tão propalado tratamento igualitário como remédio para a discriminação contra as mulheres só funcionaria se meninos e meninas não fossem essencialmente diferentes. Na realidade eles são por natureza tão distintos que o tratamento igualitário se torna contraproducente. (Hanser, 2005, p. 39).

Para concluir o artigo, Hanser faz uma curiosa oscilação entre defender a adoção de comportamentos masculinos pelas mulheres e femininos pelos homens (já que estas exigências

“estão tão difundidas”), o fundamento das diferenças em um substrato biológico e uma possível flexibilidade, que parece mais retórica do que efetivamente considerada:

As mulheres devem se impor com maior firmeza na competição com os homens, e os homens devem empenhar-se no cuidado das crianças – essas exigências estão hoje muito difundidas e se tornaram quase lugar-comum. Mas para que os indivíduos tenham sucesso nessas empreitadas eles devem estar bem conscientes de que impedimentos internos a essas atividades podem estar fundados em nosso substrato biológico, embora não de maneira alguma inflexível. (Hanser, 2005, p. 39).¹³

Vale ainda acrescentar que cuidar das crianças para os homens e resistir ao insucesso e ter autoconfiança para as mulheres corresponde a desenvolver conscientemente os “aspectos negligenciados pela Mãe Natureza” (Hanser, 2005, p. 39). Ou seja, reafirma-se, na última frase do artigo, a noção de que uma maior aproximação no cumprimento de tarefas, sem falar em luta por igualdade, implicaria em ir contra o que, afinal, a Mãe Natureza havia prescrito.

AS SURPREENDENTES CONTINUIDADES

Espero que com a descrição apresentada acima possa sugerir também um estranhamento em relação ao que hoje em dia costumeiramente, nos meios de divulgação científica, costuma-se definir como a pequena diferença entre homens e mulheres. Percebe-se uma re-encenação do contraste físico

entre os sexos em virtude do cérebro e da conseqüente assimetria entre os gêneros. Mais uma vez, para além das possíveis diferenças existentes, o que importa aqui é refletir sobre a insistência na descoberta e na explicação naturalizante dessas diferenças. Mesmo acreditando que hoje saberíamos muito mais sobre o corpo e o cérebro e a relação com o comportamento do que em meados do século XIX, estamos ainda muito longe de chegar a uma verdade definitiva, se é que ela seria possível. Ou, pelo menos, estamos distantes do estabelecimento de paradigmas consolidados nesse domínio do conhecimento ainda tão recente que é a neurociência.¹⁴ Cabe chamar a atenção para o fato de que os próprios cientistas atestam que ainda estariam engatinhando no que se refere ao potencial futuro de descobertas quanto ao cérebro. Além disso, constantemente reafirmam a flexibilidade desse órgão em adaptar-se a novas situações.

O que é curioso, então, é que apesar dessas ressalvas e especialmente no que se refere ao gênero, mas não só, temos uma suposição de que estão sendo traduzidas para o público leigo as grandes verdades científicas sobre as diferenças. Surpreendentemente, o tom se assemelha muito ao que aparece nas teses de medicina do século XIX. A diferença é que, aos nossos olhos de hoje, parece difícil acreditar que aqueles médicos sabiam o que estavam dizendo, principalmente no que diz respeito às variações cerebrais. Já no contexto atual, embora se admita formalmente a insipiência do conhecimento

produzido, na versão mais difundida observamos o privilégio a um tom de certeza, como se, de fato, soubéssemos como cérebro e diferenças de gênero se associam em relações de causalidade. Embora a controvérsia caracterize e seja um dos principais componentes impulsionadores da produção do conhecimento e marque muito fortemente esse campo hoje, o que consumimos nas bancas de jornais e revistas são supostas verdades que explicariam e justificariam a assimetria entre homens e mulheres.

A constatação da permanência dessas idéias e da sua expressão de forma contundente em momentos tão distintos como meados do século XIX e início do século XXI leva a supor que algum tipo de mecanismo muito resistente pode estar em cena, embora bastante modificado pela passagem do tempo. Sugiro que estamos assistindo a uma nova remodelagem da reafirmação do dualismo de gênero, agora repaginado com as cores da neurociência. Trata-se do que poderíamos chamar de uma “substancialização da diferença”, caracterizada pelo enraizamento constantemente renovado do gênero em determinadas marcas corporais.

Quando analisamos a produção médica e científica sobre a mulher e sobre a diferença entre os sexos de uma perspectiva de mais longa duração, notamos focos importantes desse processo. Se no século XIX, tínhamos uma insistência nas diferenças anatômicas e fisiológicas atribuídas aos corpos de homens e mulheres, com o passar dos anos, temos a

transferência do interesse para os hormônios. Já nas primeiras décadas do século XX serão esses mensageiros químicos os responsáveis pelas atribuições das características fundamentais aos dois sexos. A idéia de que haveria hormônios masculinos e hormônios femininos, embora questionada já a partir da década de 1920, permanece até hoje como explicação legítima para distinções inclusive no que se refere ao comportamento e às capacidades cognitivas. Como vimos na segunda parte deste artigo, aos hormônios é designado um papel imprescindível no processo de diferenciação cerebral, ajudando a converter o cérebro no novo foco de substancialização da diferença.

Para finalizar gostaria de insistir no argumento de que importa menos para o debate em torno do gênero se de fato existem diferenças e muito mais o que se tem feito com elas ou, melhor dizendo, a partir da suposição de que elas existem. Quase sempre que uma gramática naturalizante da diferença é acionada, tem sido para falar em nome da imutabilidade. É como se atribuir adjetivos como hormonal ou cerebral servisse ao propósito de atestar o caráter natural, intrínseco e cristalizado das diferenças. Esse processo, talvez longe de espelhar um conhecimento último sobre o corpo e suas variações, reflete uma verdadeira obsessão com o esquadrinhamento e manutenção das diferenças de gênero. Revela também que uma reconsideração sobre a qualidade imutável de certos atributos tende a ser percebida como uma séria ameaça. E é justamente porque se suspeita que essas

diferenças conhecidas não sejam tão substancializáveis ou definitivas que tanto se insiste na procura de novos fatos irreduzíveis.

Em um momento em que tanto no plano acadêmico e científico quanto no plano do ativismo tanto se questiona ou problematiza a naturalização das diferenças, assistimos também a tentativas de re-embasamento delas na biologia. Nada mais apropriado, pareceria, no contexto atual, do que a eleição do cérebro como foco de novas descobertas a este respeito. O surpreendente, talvez, seja o fato de que o cerne desses achados já aparecesse notavelmente descrito em trabalhos do século XIX. Além disso, não deixa de causar espanto também que a assimetria de valor nas descrições das características atribuídas a cada sexo, seja por exemplo no “cérebro” do século XIX ou no “cérebro” do século XXI, caminhe sempre na mesma direção. Tanto naquele momento como agora, e apesar de se reconhecer as qualidades de cada um, o sinal de mais “vantajoso” na escala de valores continua sendo insistentemente posicionado no lado masculino. Precisamos ainda refletir muito sobre as razões da necessidade de enxergar e prescrever essa “pequena diferença essencial”.

NOTAS

¹ Para uma discussão detalhada das teses apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1833 e 1940, considerando as questões relativas ao gênero, ver Rohden (2001).

² Sobre a importância dos nervos e da configuração “do nervoso”, com uma descrição pormenorizada deste modelo, ver Duarte (1986:cap.3).

³ Russett (1995:28-31) aponta as mesmas características para a produção científica anglo-americana.

⁴ Esta discussão é bastante citada pelos autores que estudam a medicina sobre a mulher no século XIX pelo menos desde a década de 1970, quando foi publicado o trabalho de V. Bullough e M. Voght (1973). Nesse artigo destaca-se a grande produção de teorias sobre a menstruação elaboradas pelos médicos norte-americanos no final do século XIX que incidiam sobre a impossibilidade natural da mulher se dedicar aos estudos. Para os autores, esse argumento ganha impulso na medida em que os próprios médicos se vêem diretamente ameaçados pela reivindicação de entrada das mulheres nas faculdades de medicina e na profissão médica.

⁵ A partir de 1890 os temas da puberdade e da menstruação voltam a interessar mais os médicos. Temos várias teses, artigos e livros sobre esses assuntos. Esses trabalhos se dedicam a redefinir as modificações causadas na mulher com a chegada do ciclo menstrual a partir de novas descobertas ou novas teorias centradas, por exemplo, em uma definição mais precisa seja da relação entre menstruação e ovulação seja da importância dos hormônios (Rohden, 2001).

⁶ A revista *ComCiência - Revista eletrônica de jornalismo científico*, editada pelo Labjor/SBPC dedicou a sua edição especial, de número 100, em 10/07/08, ao tema da divulgação científica. Disponível em www.comciencia.br em 27/04/09.

⁷ Em levantamento realizado com a revista *Veja*, encontramos as

seguintes matérias onde a diferença, sobretudo cerebral, tem destaque: “Frisson cerebral: a beleza feminina causa, sim, reações primitivas nos homens” *Veja* (05 de dezembro de 2001), “O sexo oprimido” *Veja* (01 de outubro de 2003), “O cérebro devassado: o cérebro deles e delas” *Veja* (04 de agosto de 2004), “Diferentes, mas unidos. Por que nelas o QI alto atrapalha o casamento e nos homens ajuda?” *Veja* (02 de março de 2005), “A atração está no cheiro: estudo explica como sexos se atraem e reforça a tese da origem biológica do homossexualismo” *Veja* (18 de maio de 2005), “Eles vão ficar impossíveis: estudo divulgado na Inglaterra mostra que o QI dos homens é, em média, 5 pontos mais alto do que o das mulheres” *Veja* (31 de agosto de 2005), “Enfim a ciência entendeu a mulher. Uma revolução muda (quase) tudo na forma como a medicina trata o corpo feminino” *Veja* (07 de março de 2007), “A diferença se vê no cérebro: descoberto que os homossexuais são mais parecidos com pessoas do sexo oposto” *Veja* (25 de junho de 2008). Conferir também, em outros veículos: “O sentido das diferenças. Ciência mapeia as diferenças fisiológicas e de comportamento para ajudar a medicina e a convivência entre homens e mulheres” Caderno Folha Equilíbrio (*Jornal Folha de São Paulo*, 18 de março de 2004). “Como pensam as mulheres. Uma neuropsiquiatra aponta as razões biológicas que tornam o cérebro feminino diferente do masculino”, Revista *Época* (29 de janeiro de 2007) e o “Sexo dos neurônios”, caderno Ciência e Vida, do *O Globo* (08 de outubro de 2006).

⁸ De acordo com página da revista na internet, *Viver – Mente e Cérebro* é uma publicação mensal que “apresenta as mais recentes descobertas de pesquisas de ponta nos diversos ramos das neurociências, da psicologia, da psicanálise e da psiquiatria. Suas reportagens e artigos são assinados por cientistas, escritores, e jornalistas de vários países e abordam em profundidade temas como

inteligência, consciência, emoções, motivação, cognição, percepção, personalidade e criatividade” (informação disponível em www.multiverso.com.br em 27/04/09). A revista reproduz conteúdo internacional fornecido pela *Gebrin & Geist*, com autorização da *Scientific American* e é editada pela Ediouro, Segmento Duetto Editorial.

⁹ Em 2008 foi lançada uma série especial de quatro volumes intitulada “Sexos” cujo objetivo era “lançar múltiplos olhares para a sexualidade humana em seus aspectos neurobiológico, evolutivo, subjetivo, antropológico e sociocultural” (informação disponível em www.locaweb.com.br/clubeduetto em 27/04/09).

¹⁰ No caso do cérebro feminino como agente da empatia e do masculino como agente da sistematização, a referência constantemente citada é o livro *Diferença essencial: a verdade sobre o cérebro de homens e mulheres* de Simon Baron-Cohen (2004).

¹¹ Sobre a história dos hormônios sexuais desde uma perspectiva crítica, ver Oudshoorn (1994), Sinding (2003), Gaudillière (2003), Löwy (2003) e Rohden (2008).

¹² Na apresentação do autor, temos as seguintes referências: “é doutor em bioquímica e redator da *Gebirn & Geist*. Richard, seu filho de três anos, é fascinado por automóveis, não se interessa por bonecas e faz questão de lutar todas as tardes com o papai.” (Hanser, 2005, p. 36).

¹³ A perspectiva de que precisamos entender melhor nossas “diferenças naturais”, inclusive para dar uma vida mais satisfatória às mulheres, é desenvolvida pela neuropsiquiatra norte americana, Louann Brizendine, no seu livro *Como as mulheres pensam* (2006).

¹⁴ Sobre a neurociência e a criação do chamado “sujeito cerebral”, ver Vidal (2005). Quanto à recorrência da imagem do cérebro na mídia e na cultura popular, dentro de um contexto de análise mais geral sobre a história da visualização médica do corpo, ver Ortega (2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, João Chagas e. *A puberdade na mulher*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.
- BARON-COHEN, Simon. *Diferença essencial: a verdade sobre o cérebro de homens e mulheres*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.
- BRIZENDINE, Louann. *Como as mulheres pensam*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- BULLOUGH, Vern e VOGHT, Martha. "Women, menstruation, and nineteenth-century medicine". *Bulletin of the history of medicine*, XLVII(1), 1973, 66-82.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- FAUSTO, João de Oliveira. *Acerca da menstruação, seguida de regras higiênicas relativas às mulheres menstruadas*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1846.
- FAUSTO-STERLING, Anne. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books. 2000.
- FIRMINO JUNIOR, José Joaquim. *Sobre a menstruação, precedida de breves considerações sobre a mulher*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1840.
- GAUDILLIÈRE, Jean-Paul. La fabrique moléculaire du genre: hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule. *Cahiers du Genre*, n. 34, 2003, 57-81.
- HANSER, Hartwig. Diferentes desde o nascimento. *Revista Viver - Mente e Cérebro*. São Paulo: Ediouro, n° 146, 2005, 32-39.
- HAUSMANN, Markus. Questão de simetria. *Revista Viver - Mente e Cérebro*, São Paulo. Ediouro. n° 146, 2005, 40-45.
- JORDANOVA, Ludmilla J.. *Sexual Visions: Images of gender in science and medicine between the Eighteenth and Twentieth centuries*. The University of Wisconsin Press. 1989.

- KRAFT, Ulrich. O poder do feminino. *Revista Viver - Mente e Cérebro*, São Paulo. Ediouro. n.º 146, 2005, 46-51.
- LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LOWY, Ilana. Intersexe et transsexualités: les technologies de la médecine et la separation du sexe biologique du sexe social. *Cahiers du Genre*, n. 34, 2003, 81-105.
- MELLO, José Tavares de. *A higiene da mulher durante a puberdade e aparecimento periódico do fluxo catamenial*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.
- ORTEGA, Francisco. O corpo transparente: para uma história cultural da visualização médica do corpo. In: – . *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008, 69-184.
- OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. London: Routledge, 1994.
- ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a constituição da diferença entre os sexos. *História, ciências, saúde – Manguinhos*. 2008, 133-152.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Coleção Antropologia e Saúde. 2001.
- RUSSETT, Cynthia E. *Sexual science. The Victorian construction of womanhood*. Cambridge: Harvard Univ. Press, 1995 [1989].
- SINDING, Christiane. Le sexe des hormones: l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles. *Cahiers du Genre*, n. 34, 2003, 39-81.
- VIDAL, Fernando. "Sujet cerebral". In: ANDRIEU, Bernard (org.). *Dictionnaire du corps*. Paris: Eds. du CNRS, 2005, 485-486.
- WIJNGAARD, Marianne Van Den. *Reinventing the sexes: the biomedical construction of femininity and masculinity*. Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press, 1997.



**NERVOS E NERVOSAS NO CONTEXTO DAS AFLIÇÕES
CONTEMPORÂNEAS:
ENTREVISTA COM MARIA LUCIA DA SILVEIRA**

└
Carmen Susana Tornquist
Sônia Weidner Maluf

O livro *O nervo cala, o nervo fala. A linguagem da doença*, publicado em 2000, que foi originalmente uma dissertação de mestrado em Antropologia Social, pela Universidade Federal de Santa Catarina, tornou-se uma referência nos estudos antropológicos de saúde e especificamente sobre doença dos nervos no Brasil. Sua autora, a médica sanitarista Maria Lúcia da Silveira, é professora aposentada do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná e doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Em seu livro, Maria Lucia da Silveira aborda a doença dos nervos entre as mulheres moradoras de uma comunidade de origem pesqueira de Florianópolis, articulando essa experiência de perturbação com fatores da vida cotidiana e familiar dessas mulheres, distanciando-se de sua própria formação “naturalista” e “objetivista”, como ela própria define, e buscando compreender as dimensões sociais da experiência

de adoecimento. Maria Lucia mergulha fundo nos relatos e narrativas das mulheres sobre seu drama, seus “ataques” e sensações físicas e emocionais ligadas a essa experiência, assim como a suas estratégias de alívio e reorganização da vida cotidiana. Sem ter suas queixas acolhidas ou levadas a sério pelos médicos (e pelo sistema médico em geral), as mulheres *nervosas* acabam muitas vezes sendo tratadas com calmantes ou mesmo placebos. Aquilo que aparece como um idioma que expressa dimensões pessoais e sociais, dando visibilidade a dramas relacionais e sociais em que questões de uma configuração hierárquica de gênero vêm à tona, ao ser medicalizado, “domesticado pelas drogas (em que pesem ser medicamentosas), perde essa visibilidade social, tirando de cena não só um dos atores mais destacados, mas o próprio drama social”¹.

Nesta entrevista, Maria Lucia faz um balanço de seu trabalho quase dez anos após sua publicação, buscando articular a questão dos “nervos” e do “nervoso” com o contexto atual de disseminação da depressão como a língua social das aflições contemporâneas e do uso de medicamentos psicotrópicos, principalmente por mulheres.

O seu trabalho sobre “as nervosas” do Campeche foi feito há mais de dez anos, mas já naquela época apontava para o crescente uso de remédios controlados (requerentes de receita médica) por parte das mulheres “nervosas”. Como você vê hoje este trabalho, considerando a expansão extraordinária do consumo de psicotrópicos no Brasil?

Naquela época, não só o meu trabalho mas muitos outros já alertavam para o excesso e a facilidade de obtenção de psicotrópicos e de outros medicamentos cujo uso deveria ser controlado com rigor devido a seus efeitos indesejáveis, porém, em que pesem as medidas restritivas que os serviços de vigilância sanitária vêm adotando, o uso indevido e abusivo continua. Enfatizo o uso indevido porque uma das vertentes do abuso medicamentosos é a medicalização da vida e dos sofrimentos corriqueiros da vida cotidiana, nem todos qualificáveis como sendo da competência médica. Assim é que frustrações ou mesmo meras insatisfações na vida pessoal ou no trabalho, dificuldades de relacionamento, privações materiais, etc. vêm sendo “tratadas” com calmantes, soníferos e outros psicotrópicos. Qualquer tristeza ou desânimo, até mesmo aqueles atribuíveis unicamente ao cansaço, tendem a ser diagnosticados por clínicos, psicólogos inexperientes, ou menos atentos, como depressão, e as pessoas recebem antidepressivos desnecessários, em dosagens e tempo de prescrição inadequados. As pílulas da felicidade circulam abundantemente por aí, e nem profissionais nem pacientes se dão conta que não resolvem problemas existenciais, afetivos ou relacionais. Para esses a abordagem pode até contemplar o uso eventual, temporário e muito limitado de medicamentos, mas exige muito mais do que isso em termos terapêuticos. Já problemas de ordem externa ao indivíduo, como os socioeconômicos, nessa abordagem, no máximo, terão sujeitos

dopados, se importando pouco com eles, ao invés de alertas e ativos, com condições psíquicas de agir em busca da resolução dos mesmos.

O abuso segue facilitado também pelos esquemas ainda em funcionamento, montados para burlar a vigilância e a legislação: donos de farmácia mantêm e comercializam esquemas de receitas e formulários de controle previamente assinados e carimbados por médicos tão inescrupulosos quanto eles e com isso fornecem, com aparência de “legal” e com uma suposta atitude benevolente - pois parecem facilitar a vida de velhinhos principalmente, e de outras pessoas que têm dificuldade de acesso a serviços de assistência saúde. Isso sem falar do buraco sem fundo que é o comércio ilegal feito através da internet, onde um dos principais atrativos é justamente não precisar de receita médica para adquirir qualquer medicamento!

Nos últimos cinco anos tenho vivido a experiência de ser paciente e passar boa parte de meu tempo em salas de espera ou de tratamento em clínicas, oncológicas ou não, o que me colocou na escuta de outros pacientes, numa posição interessante: uma espécie de pesquisa participante, e ali pude confirmar todos os esquemas que as pessoas em sofrimento acionam para acessar livremente medicamentos controlados, e como a convivência médica participa dos mesmos. Portanto muda um pouco a forma, mas o problema continua.

Sobre os remédios, você observou naquela época que eles circulavam entre as casa e farmácias, muitas vezes sem a prescrição médica. Como era este processo, como as pessoas se “apropriavam” dos medicamentos e das receitas?

Naquela época havia um esquema que passava por dentro do aparato médico-psiquiátrico de Florianópolis e funcionava assim: pacientes eram encaminhados dos postos de saúde para dois serviços de psiquiatria então existentes no município: no Hospital universitário da UFSC e outro remanescente do antigo INAMPS e que os pacientes ainda chamavam de INPS. Nestes eram avaliados por um especialista e recebiam uma autorização, válida por seis meses, para receberem medicação psicotrópica nos postos de saúde. Com ela bastava chegar ao posto, dentro do período de validade da mesma, e receber o medicamento nela indicado, sem passar por nova consulta. Só que não havia restrições nessa autorização nem um controle central, de tal forma que aos pacientes bastava fazer um *tour* pelos postos de saúde da ilha, e até do continente, pegando medicamento em vários deles, formando assim, seu estoque particular de substâncias controladas.

Não tenho informações atualizadas sobre essa questão em Florianópolis, porém minhas observações aqui em Curitiba, como exposto acima, mostram que a necessidade de ter esse estoque em casa, ainda hoje é justificado, em parte, pela precariedade do sistema público de saúde, dificuldades várias de acesso e à insegurança que a possível falta do medicamento no momento necessário traz.

Você poderia falar mais sobre o costume das mulheres do Campeche de fazer pequenos estoques de remédios “controlados” em casa?

Uma vez formado seu estoque particular, a sua detentora se reveste de alguns poderes: em primeiro lugar acha que com eles controla seu próprio sofrer, depois pode, como frequentemente alegado pelas mulheres entrevistadas, ajudar pessoas próximas em situações dolorosas (luto, perdas emocionais ou materiais que impliquem em grande nervosismo, etc). Finalmente, um poder sobre sua própria vida, nenhuma das que entrevistei desconhecia os riscos da sobredosagem e manipulavam as pessoas próximas, quando as coisas não lhe eram favoráveis, com a ameaça velada ou não de tomarem todos os comprimidos de que dispunham e dessa forma acabarem com o sofrimento de todos. Interessante que na minha vivência atual, observo as mesmas operações de poder ligadas aos medicamentos entre os pacientes oncológicos, neste caso ligado aos analgésicos opiáceos. Estabelecem entre si redes de troca, e vejo, por vezes, alguns que não receberam prescrição desses produtos de seus médicos, porque ainda não precisavam deles ou porque frente ao profissional foram tímidos em suas falas, mas recebem de outro paciente “generoso” o medicamento que pode até ser contraindicado em seu caso. Noto como o paciente “doador” se reveste imediatamente de uma aura de poder parecida com aquela que enxergam nos médicos, e em tudo semelhante àquela percebida nas nervosas em posse de tais produtos.

Você poderia contar como lidou com as suas várias identidades (mulher, mãe, médica, pesquisadora antropológica) que você analisa no livro? Como as mulheres com quem realizava a pesquisa a viam, e como você lidou com isto? E com os homens?

As várias identidades... acho que lidamos com isso constantemente; hoje sou uma médica- antropóloga, aposentada, paciente de câncer em tratamento contínuo há cinco anos, filha órfã de pai e com a mãe seriamente afetada pela Doença de Alzheimer, mãe de filhas que entram em sua idade adulta e se definem profissionalmente... Condições essas que muitas vezes me colocam em situação muito delicada, como acontece, por exemplo, em salas de espera de clínicas, onde, na maior parte do tempo, omito a minha condição profissional para evitar que me solicitem opiniões ou interferências no tratamento de outras pessoas. Na pesquisa sobre nervos, o entrelaçar das várias Marias Lucias foi por vezes trabalhoso, mas, no meu entender, foi um dos aspectos mais ricos do trabalho e, percebi depois, me acalmou um conflito trazido dos bancos da escola de medicina: lá aprendera (até onde isso era possível para uma pessoa passional como eu) a ser fria, ficar o máximo distante dos problemas das pessoas, a não me envolver emocionalmente com pacientes, a esquecer que eles eram seres humanos em sofrimento e a encará-los como máquinas avariadas. Esta era a regra de ouro, segundo a maioria esmagadora dos meus professores, para ser um bom médico. Claro que tentar segui-la sempre pôs a mim própria e creio

que a muitos outros colegas, em situação de sofrimento. A maioria nunca mais conseguiu se desvencilhar dessa postura e sofre, ou deixa que sua clientela sofra com as suas implicações, e nem têm consciência disso. O trabalho de campo em epidemiologia que eu desenvolvi por alguns anos para a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná já me garantira a oportunidade de afrouxar um pouco essa postura, uma vez que me colocava frente a frente com as pessoas e suas condições reais de vida e apontava como muito daquilo que eu aprendera como sendo informação insignificante do ponto de vista médico, as emoções e idiosincrasias pessoais, influenciava profundamente a saúde. Portanto, a investigação sobre nervos aprofundou o cisma entre a minha formação profundamente naturalista e as minhas percepções enquanto pessoa, coisa esta já apontada em minha própria busca pelas ciências sociais, particularmente pelo meu encontro com a antropologia. Aliás, lembro muito bem da emoção ao ler trabalho etnográfico de Malinowski e saborear a diferença entre esse tipo de relato, que na época eu qualifiquei com tendo alma, e os secos e frios relatos médicos. Bem, o quero dizer é que, embora em alguns momentos ainda tenha sido um choque, as percepções de campo no Campeche foram parte de um processo de crescimento e abertura profissional e, como todo processo, teve seus momentos de confusão, de conflitos e de espelhamento. Assim, algumas vezes, como disse no relato da pesquisa, “mordi minha língua”, língua de médica, pois estive

a ponto de criticar as entrevistadas por um viés puramente biomédico, mecanicista, ou quase verbalizei aplausos para a conduta de meus colegas; e foram as próprias pacientes que corrigiram meu prumo com suas observações e críticas, me fazendo perceber a inadequação das mesmas. O fato de ser mulher me permitiu num primeiro momento que, conhecendo por dentro o papel feminino, eu pudesse me desprejar da perspectiva meramente profissional e pudesse desenvolver uma empatia de fato compreensiva e não apenas formal, daquilo que me era relatado. Depois, o espelho generosamente apresentado pelas sofredoras de nervos, propiciou à cidadã e à pesquisadora Maria Lucia compreender melhor seu papel pessoal, familiar e social, suas dores e sobrecargas ou mais ainda, como disse o poeta, saber a dor e, sobretudo, a delícia de ser o que é! Mas ser tudo isso implicou em usar em alguns momentos a estratégia de realçar uma dessas identidades: ora eu era apenas médica, ora eu era a mulher disposta a uma escuta amigável e mesmo a trocar confidências, relatar minha própria história, ora era a antropóloga diligente buscando o entrecruzar de várias narrativas que passavam também por mim... Aposto que se os médicos, em seus consultórios, pudessem ampliar a escuta, permitindo o aflorar da pessoa que precede o profissional, essa escuta seria mais profícua, menos exames precisariam ser solicitados, os diagnósticos seriam mais fáceis e precisos, a terapêutica, que já teria sido iniciada com o diálogo entre iguais (dois seres humanos em comunicação) muito mais eficaz. Mas

para isso um conceito ampliado de cura teria que ser importado da antropologia, rompendo com o círculo estreito da compreensão biomédica de cura apenas como reparo maquínico.

Inicialmente acho que eu enfatizava uma dessas identidades para facilitar o acesso e obter mais rapidamente a confiança das entrevistadas; à medida que estabelecemos certo vínculo, acho que tanto eu mostrava quanto elas percebiam a resultante delas que, afinal, é o que eu realmente sou. Falei pouco com os homens do Campeche sobre a pesquisa, um deles, um líder comunitário, se interessou pelo assunto, reconhecendo-lhe relevância social e como um problema de mulheres, facilitou os contatos com outras mulheres e acho que para ele a médica pesquisadora era a identidade mais proeminente. O mesmo parece ter acontecido em relação aos outros dois entrevistados como pacientes. Já para o dono da farmácia local acho que me recebeu apenas como uma médica, quem sabe meio chata, cuja pesquisa poderia atrapalhar um pouco seu negócio.

Nas narrativas e relatos que você escutou sobre os nervos (e observou, naquela época), quais eram os recursos terapêuticos procurados pelas pessoas em relação a suas aflições e sofrimentos – dos nervos etc? Poderia falar um pouco sobre isto?

As mulheres e suas famílias lançavam mão de vários recursos, muitas vezes simultaneamente e por várias razões: suas crenças, religiosas ou não, e suas concepções sobre o adoecimento as

levavam a itinerários religiosos, que também eram buscados por causa da ineficiência dos recursos médicos; os serviços médicos eram buscados na tentativa de encontrar razões para esse sofrimento e outros concomitantes e também para dar o aval socialmente aceito para a identidade de doente, e como via de acesso aos medicamentos controlados (muitas ocasiões, exclusivamente para esta finalidade); recursos e remédios caseiros eram utilizados baseados em indicações cuja origem se perde na história, como é o caso da noz moscada ou de outras substâncias de cheiro forte ou desagradável que se faz o paciente inalar e que nos primórdios da medicina ocidental eram referidos como o tratamento da ‘sufocação uterina’, sofrimento cuja descrição coincide grande parte com a das nervosas. Em relação à assistência médica, o contundente nessa pesquisa é a queixa repetida da surdez médica em relação ao sofrimento, demonstrada na repetida frase “não é nada”. Reclamando dessa atitude, as nervosas desnudam a debilidade médica na escuta dos pacientes em geral, mazela que hoje as escolas médicas e alguns serviços tentam reparar através dos movimentos de humanização da medicina, mas que encontram inúmeras dificuldades, uma delas o excesso tecnológico que afasta o profissional do paciente e cria ilusões de competência médica ilimitada. Não quero qualificar a tecnologia como inconveniente, e sim a atitude que se alastrou entre os médicos de achar que máquinas e aparelhos podem “facilitar” sua vida, desobrigando-os da escuta atenta e compreensiva, base da

relação médico paciente e primordial, não apenas para o bom encaminhamento diagnóstico, mas sobretudo para a terapêutica.

Seu estudo é um dos pioneiros em analisar em uma abordagem antropológica a questão dos “nervos” e perturbação no Brasil considerando a dimensão de gênero. Poderia nos contar como foi o processo de construção deste “objeto de pesquisa”?

De fato, os trabalhos sobre nervos que me antecederam, dos quais destaco o do professor. Duarte [Luiz Fernando Dias Duarte²] e o de Souza [Maria Cecília Guerios de Souza³], abordavam nervos como um sofrimento de trabalhadores e, por esta razão, à época em que foram realizados, o destaque era para a relação entre eles e o universo do trabalho operário na qual predominavam os homens. Por isso quando minha orientadora no mestrado, a professora doutora E. Jean Langdon, sugeriu que eu estudasse esse sofrimento já com um recorte de gênero, resisti um pouco, tanto em relação à relevância do tema quanto a focalizá-lo como um problema de mulheres. Entretanto, eu fora fortemente sensibilizada pelas discussões desenvolvidas pela professora. Miriam Grossi na disciplina Relações de Gênero e fiquei mais atenta para as questões ligadas a vida e papéis femininos. Iniciei com uma pré-pesquisa, entrevistando dois médicos que atuavam em postos de saúde no sul da ilha e, informalmente, alguns moradores do Campeche, e entre eles a questão era

imediatamente situada como um problema das mulheres, embora referissem um ou outro caso masculino, sendo que posteriormente a investigação mostrou que ali era mesmo um problema feminino; diante disso, não só pesquisei entre as mulheres locais como prossegui numa revisão bibliográfica a respeito de gênero e saúde e esta mostrou uma quantidade de iniquidades que vão desde a incompreensão do universo e dos papéis femininos, a desvalorização dos sintomas de qualquer doença nas mulheres, práticas médicas orientadas por posições machistas e preconceituosas, entre muitas outras mais. Assim, inicialmente guiada pela população a ser estudada, encontrei reforço para abordagem de gênero na literatura acadêmica.

O que você pensa da chamada “epidemia da depressão”? Acha que há conexões com os “nervos” e, como neste, com o fato de apresentar um maior volume de diagnósticos em mulheres?

Penso que a vida contemporânea traz tantos benefícios em termos de conforto quanto pressão, sobretudo no tocante ao consumo, e vai impondo ritmos e estilos de vida altamente estressantes, constituindo-se por si só como um agente patológico que pode desencadear inúmeras doenças, entre elas a depressão. De forma que entendo que tenha havido, de fato, um incremento no número de casos. Porém, acho também que há uma tendência entre pacientes e, o que é pior, entre médicos e outros profissionais de saúde, de rotular apressadamente qualquer tipo de sofrimento psíquico como

depressão. O mesmo se aplica a outra “epidemia” atual: a de síndrome do pânico. É evidente que atribuindo-se um rótulo como o de depressão para um sofrimento físico/moral como é o dos nervos, a consequência primeira será a prescrição de um antidepressivo. Tenho ouvido com frequência de colegas psiquiatras que os clínicos gerais e outros especialistas como os ginecologistas, frequentemente o fazem nesses casos. Por isso é que eu disse que os erros de indicação de medicamentos que ocorrem na prescrição médica são uma das causas principais de abuso de medicamentos controlados.

Pela persistência, hoje, de nervos como objeto de pesquisa e reflexão tanto em trabalhos antropológicos quanto de saúde, vejo que essa problemática, provavelmente de mistura com os problemas psiquiátricos propriamente ditos, continua na ordem do dia e merecedora de atenção nos espaços de assistência à saúde, e que talvez se déssemos mais atenção ao sofrimento de nervos pudéssemos evitar a evolução senão para doenças mentais mais graves, pelo menos a cronificação de um sofrimento como estratégia de sobrevivência. Acho também que as questões mais gerais de saúde e gênero devem merecer maior atenção de pesquisadores e profissionais de saúde.

Você poderia falar um pouco da importância da dimensão narrativa – que pressupõe uma escuta interessada – na possibilidade de se construir um sentido não só à experiência “dos nervos” mas ao próprio processo de busca de alívio e cura?

Não só nervos mas qualquer sofrimento, seja ele físico ou psíquico necessita ser contado e recontado em busca de um sentido para esse sofrer. Tradicionalmente a consulta médica era um espaço privilegiado para isso, porém devido a várias circunstâncias históricas ela perdeu essa característica e a prática mais comum hoje é a aplicação de filtros biomédicos para aquilo que se narra ao médico. Melhor do que isso, o filtro biomédico já age interferindo e direcionando a conversa, determinando o que deve ser abordado (porque faz sentido no âmbito da biomedicina) e o que deve ser deixado de lado, por ser julgado sem importância, mesmo que para o paciente represente o cerne da história de seu sofrer e, portanto, da sua perspectiva e não devesse ser omitido. Eu não tenho dúvida que a dimensão narrativa da doença é o primeiro passo na busca da cura e que o trabalho terapêutico de qualquer médico começa justamente na escuta, e por ela mesma, pelo potencial mobilizador de mecanismos idiopáticos de cura, que mesmo que não sejam suficientes de *per si*, são necessários para, digamos assim, preparar o terreno interno para a atuação de outros recursos terapêuticos. Um sintoma da escuta insuficiente é a troca intensa de histórias pessoais nas antessalas de atendimento, antes e após a consulta; ali pacientes conversam entre si aquilo que queriam ter tido a chance de contar para seus médicos. Nestas extensões dos consultórios acontecem não somente as trocas de histórias mas os intercâmbios de interpretações, correlações causais, que misturam concepções populares de doença com as biomédicas reinterpretadas, e a

de medicamentos ou mesmo, a de proibições ou restrições a alguns prescritos pelos médicos mas que são desaconselhados por essa câmara, por ali se encontrar alguém que teve uma experiência desagradável ou, a seu ver, deletéria com algum remédio.

Em nossa pesquisa percebemos que as políticas de saúde mental em geral reduzem as diferenças entre mulheres à dimensão “biológica”, referente a ciclos de vida; provavelmente fiéis à tradição da biomedicina em reduzir as mulheres à “diferença”, centrada na reprodução e na maternidade. Você acha que este reducionismo ainda persiste na medicina, ou acha que já há mudanças no sentido de problematizar esta tradição na formação e na prática médicas?

Sem dúvida tem havido esforços para abandonar esse reducionismo, que em última instância, é uma ampliação do reducionismo fundador da biomedicina que é o de objetivar o ser humano a ponto de desconsiderar, no paciente, os traços que justamente o afirmam como humano! Aliás, essa redução como já apontado por autores como, por exemplo, Clavreaul [Jean Clavreaul⁴], diminui não só o paciente como o seu médico também, tirando-lhe os traços de humanidade desejáveis para o bom estabelecimento da relação médico-paciente. Entretanto os esforços são pontuais, uma ou outra disciplina, um médico ou outro, em meio à esmagadora maioria que acha que essas “frescuras” só atrapalham a dinâmica dos serviços. Outra confusão freqüente nos processos ditos de humanização é achar que o restabelecimento do uso das normas de convivência social

e da civilidade (que poderíamos agrupar sob o rótulo de boas maneiras) seja em si a humanização. Claro que isso é imprescindível, mas não o suficiente, porque em geral falta o requisito principal que é reconhecer no paciente um ser humano, com tudo de bom e de indesejável que isso possa representar! Tive oportunidade mais de uma vez de puxar a discussão para o que chamo de óbices paradigmáticos da humanização da medicina, pois entendo que a biomedicina tal como se firmou nos últimos dois séculos teria que se reconstruir em alguns de seus fundamentos para poder se humanizar. Isto sem falar da organização dos serviços de assistência médica, altamente desfavorável a gestos mais sensíveis e humanos.

NOTAS

¹ Maria Lúcia da Silveira. *O nervo fala, o nervo cala: a linguagem da doença*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2000, p. 90.

² Antropólogo, professor do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e autor, entre outros, de *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986.

³ Maria Cecília Guerios de Souza, médica psiquiatra do INPS, o trabalho 'Doença de Nervos' uma estratégia de sobrevivência foi publicado na revista do Ministério da Saúde: *A Saúde no Brasil*, vol.1, n.3, julho-set de 1983, p.131 a139.

⁴ CLAVREUL, Jean. *Ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Tradução: Colégio Freudiano do Rio de Janeiro. São Paulo: Brasiliense, 1983.



AUTORAS/AUTORES

L

Ana Paula Müller de Andrade - Tem graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas-RS (1994) e Mestrado em Educação Ambiental pela Universidade Federal do Rio Grande-RS (2002). Exerceu a função de psicóloga e coordenadora de um Centro de Atenção Psicossocial (2002-2007). Atualmente é doutoranda em Ciências Humanas no PPGICH – UFSC, cujo projeto de tese versa sobre saúde mental e gênero. Integra o *Transes* – Núcleo de Antropologia do Contemporâneo/PPGAS-UFSC e participa da pesquisa “Gênero, Subjetividade e “Saúde Mental”.

Anahi Guedes de Mello - Graduanda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), participa de diversas investigações relacionadas aos estudos sobre deficiência (Disability Studies). Foi bolsista PIBIC/CNPq do *Transes*, atuando em um projeto de pesquisa que tem como objetivo discutir a deficiência como um modo de subjetivação no contemporâneo, articulando-a em torno de temáticas como corpo, subjetividade e saúde mental, sob a

orientação da Profa Dra Sônia Weidner Maluf. Também é membro do Núcleo de Acessibilidade e Inclusão da UFSC e do grupo de pesquisa em Acessibilidade e Tecnologias do Laboratório de Experimentação Remota (RExLab), no Departamento de Engenharia e Gestão do Conhecimento da mesma universidade, onde atua em pesquisas sobre acessibilidade às comunicações, com ênfase no potencial do uso de tecnologia assistiva para a reabilitação e educação de pessoas com deficiência auditiva.

Carmen Susana Tornquist - Licenciada em História pela UFRGS (1986), mestre em Sociologia Política, pela UFSC, e doutora em Antropologia social pela UFSC, com a tese Parto e Poder: análise do movimentos pela humanização do parto, na área de estudos de gênero, antropologia da saúde e movimentos sociais. Trabalha na UDESC desde 1991, com as disciplinas de Sociologia, Sociologia da Educação, Antropologia da Educação, Antropologia Cultural e Sociologia Urbana. Coordena a pesquisa Práticas contraceptivas e aborto em grupos populares urbanos, junto com a equipe de pesquisadoras do Labgef (UDESC) e também o projeto de extensão, no formato de um cineclube, CINEARTH - cinema, artes e humanidades.

Diana Brown - Tem graduação em Literatura Inglesa pelo Smith College (1960) e doutorado em Antropologia pela Columbia University (1974) . Atualmente é Professora Associada do Bard College e funcionária da Columbia University. Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia da Saúde e do Corpo. Atuando principalmente nos seguintes temas: religiões afro-brasileiras, umbanda, antropologia da medicina, antropologia urbana, antropologia do gênero e sexualidade e antropologia do corpo.

Eliana Elisabeth Diehl - Farmacêutica e mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, atuando como professora (categoria Associado) e pesquisadora no Departamento de Ciências Farmacêuticas e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Desde 1994, realiza pesquisas entre grupos indígenas (povos de Santa Catarina), com foco na saúde indígena, articulando antropologia, saúde coletiva e ciências farmacêuticas. Participou da criação do Núcleo de Estudos de Saúde e Saberes Indígenas (NESSI), onde atua até hoje, e em 2007 inseriu-se no Núcleo de

Antropologia do Contemporâneo, ambos do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFSC. Além de pesquisas em saúde indígena, tem se envolvido no controle social, representando as Universidades no Conselho Distrital de Saúde Indígena da região sul do Brasil. Atua ainda no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da UFSC, com ênfase para a educação em serviço na atenção básica.

Fabiola Rohden - É graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Santa Catarina (1992), com mestrado e doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2000). Atualmente é professora adjunta do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pesquisadora do Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Realiza pesquisas e assessorias nas áreas de relações de gênero, corpo, sexualidade, saúde, gênero e ciência e história da medicina no Brasil. Publicou uma série de trabalhos nesses tópicos entre os quais Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher (Fiocruz, 2001) e A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto

e infanticídio no início do século XX (Fiocruz, 2003), livro vencedor do concurso promovido pela ANPOCS de melhor obra científica de Ciências Sociais no ano de 2003.

Fernanda Manzini - Farmacêutica, formada na Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC em 2007. Cursa atualmente Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da UFSC.

Maika Arno Roeder - Professora de Educação Física há vinte e cinco anos na Secretaria de Estado da Saúde, Fiscal Sanitarista da Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina e acompanhante terapêutico em saúde mental. Responde na Diretoria de Vigilância Sanitária pela área destinada às populações mais vulneráveis a estressores psicossociais, normatizando e fiscalizando instituições no Estado de Santa Catarina destinadas a atender: a população idosa; crianças e adolescentes em medida de proteção ou em medida de segurança; população carcerária; população indígena; toda a rede de assistência em saúde mental, incluindo a área de dependência química e comunidades terapêuticas. Possui Doutorado em Ciências Humanas; Mestrado em Atividade Física Relacionada à Saúde; e

especialização na seguintes áreas: Saúde Mental; Educação Especial; e Prevenção e Reabilitação Física para Grupos Especiais. Foi Coordenadora Estadual de Saúde Mental em Santa Catarina e publicou os seguintes livros: Atividade Física, Saúde Mental e Qualidade de Vida; Normas Sanitárias para Instituições de Longa Permanência para Idosos; Normas Sanitárias para Sistema Carcerário; Normas Sanitárias para Comunidades Terapêuticas; e escreveu o capítulo Atividade Sensoriomotora no Ambiente da Saúde Mental do Idoso no livro “Educação Física: O Ambiente e o Bem-Estar dos Idosos”.

Maria Lucia da Silveira - Tem graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1976), especialização em Medicina do trabalho pela Universidade Estadual de Campinas (1977), especialização em Residência Médica pela Universidade Estadual de Campinas (1979), especialização em Capacitação em Saúde da Família pela Universidade Federal do Paraná (1997) e mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1996) Publicou o livro *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença* (Fiocruz, 2000).

Marina Becker - Farmacêutica, formada na Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC em 2007.

Marina Monteiro - Acadêmica do curso de Ciências Sociais na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e bolsista de iniciação científica integrando o projeto intitulado Gênero, subjetividade e 'saúde mental': políticas públicas, ativismo e experiências sociais, coordenado pela prof.^a Sônia Weidner Maluf (UFSC) e co-coordenado por Carmen Susana Tornquist (UDESC).

Milena Argenta - cursou bacharelado em Ciências Sociais na Universidade Federal de Santa Catarina, onde trabalhou com pesquisa na área de etnicidade e relações interétnicas. Realizou pesquisas também na área de antropologia, gênero e saúde mental.

Rogério Azize - Antropólogo, doutorando em Antropologia Social no Programa de Pós-Graduação do Museu Nacional/UFRJ. Graduado em Ciências Sociais e mestre em Antropologia Social pela UFSC. Foi professor (colaborador) na UDESC entre 2002 e 2006, e na Faculdade Estácio de Sá entre 2003 e 2004. Suas pesquisas concentram-se na sub-área "pessoa, corpo, saúde e biotecnologia". Publicou artigos sobre a difusão das chamadas "drogas do estilo de vida", analisando a publicidade dos medicamentos e os sentidos atribuídos pelos consumidores. Atualmente desenvolve uma

tese a respeito da difusão dos saberes das neurociências e do cerebralismo que marca a cultura ocidental contemporânea.

Sônia Weidner Maluf - É professora do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina e pesquisadora do CNPq. É mestre em Antropologia pela UFSC, e doutora em Antropologia Social e Etnologia pela École des Hautes Études em Sciences Sociales (1996, Paris, França). Publicou os livros *Encontros Noturnos: Bruxas e Bruxarias na Lagoa da Conceição* (Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993), *Les enfants du Verseau au pays des terreiros: lês cultures thérapeutiques et spirituelles alternatives au Sud du Brésil* (Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion, 1998); organizou diversas coletâneas e publicou artigos sobre gênero, corpo, pessoa, indivíduo e sujeito contemporâneo, antropologia da narrativa, cinema e temas afins. Coordena o *Transes* – Núcleo de Antropologia do Contemporâneo do PPGAS/UFSC.

tipografia: Myriad + Jason text 11/16
papel polén suzano
impresso em 2010