

Saúde e políticas da vida

*Chiara Albino
Jainara Oliveira
(Orgs.)*

Seriguela

Editora

Saúde e políticas da vida

Saúde e políticas da vida

Organizado por Chiara Albino & Jainara Oliveira

Editora Seriguela - Recife - 2021

Saúde e políticas da vida

Coleção Mandacaru

Organização [CC] das Organizadoras

Contribuições individuais [CC] das Autoras

Você tem permissão de compartilhar, copiar, distribuir e transmitir esta obra, desde que cite a autoria e não faça uso comercial.

Editoras Responsáveis

Chiara Albino

Jainara Oliveira

Organização

Chiara Albino

Jainara Oliveira

Conselho Científico

Carla Pires Vieira da Rocha (UFSC)

Caroline Soares de Almeida (UFPE)

Denise Machado Cardoso (UFPA)

Fernanda Cardozo (UFSC)

Hélder Amâncio (UEM, Moçambique)

Helma Oliveira (UFPB)

José Duarte Barbosa Júnior (IFRN)

Marcos Mariano (UFRN)

Mariana Melo (UFPB)

Mikelly Gomes da Silva (UFRN)

Moisés Alessandro de S. Lopes (UFMT)

Tarcisio Dunga Pinheiro (UFERSA)

Telma Amaral Gonçalves (UFPA)

Vera Fátima Gasparetto (UEM, Moçambique)

Normatização

Chiara Albino

Jainara Oliveira

Revisão

Das autoras

Projeto Gráfico e Diagramação

Chiara Albino

Jainara Oliveira

Capa

Foto: Jay Oliveira

Arte e Edição: Chiara Albino e Jainara Oliveira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Saúde e políticas da vida [livro eletrônico] /
organização Chiara Albino , Jainara Oliveira. --
Recife, PE : Editora Seriguela, 2021.
PDF

Vários colaboradores.
ISBN 978-65-995519-3-2

1. Ciências sociais 2. Políticas públicas de
saúde 3. Saúde pública 4. Sistema Único de Saúde
(Brasil) I. Albino, Chiara. II. Oliveira, Jainara.

21-78002

CDD-362.1

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública : Diagnóstico : Bem-estar social
362.1

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Editora Seriguela

Recife, 2021

www.editoraseriguela.com

editoraseriguela@gmail.com

@editoraseriguela

Sumário

9 Apresentação
Chiara Albino
Jainara Oliveira

17 Neoliberalismo e saúde pública
Chiara Albino
Jainara Oliveira

47 Saúde, responsabilização e moralidade política
em tempos de racionalidade neoliberal
Jainara Oliveira

77 Entre os riscos e os benefícios da pílula anticoncepcional:
os processos de subjetivação dos cuidados de si
Virgínia Squizani Rodrigues

117 Fazer e deixar morrer:
uma reflexão sobre práticas de cuidado e agência
entre moradores de um hospital psiquiátrico
Sabrina Melo Del Sarto

153 Etnografando o SUS:
humanização na assistência ao pré-natal
Alana Aragão Ávila

189 Experiências de Mulheres Lésbicas em Cuiabá-MT:
inteligibilidade em saúde e existência como resistência
Kamylla Cavalcante Taques dos Reis
Moisés Lopes

227 Sobre as Autoras

Apresentação

“Foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito”.

— Michel Foucault, *História da sexualidade I*, 1988

Nos anos de 1970, ao escrever sobre o direito de vida e morte do poder soberano no Ocidente, Foucault (1988) assinalou que esse direito seria um direito assimétrico. Trata-se de um direito de “*causar* a morte ou de *deixar* viver” (*Ibidem*, p. 148) que está historicamente ligado a um tipo de sociedade. No século XVII, o poder de morte passou a complementar o poder sobre a vida, assim sendo, “pode-se dizer que o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (*Ibidem*, p. 150). Nesse deslocamento, os procedimentos do poder começaram a se afastar da morte e a se estabelecer sobre a vida, assumindo a função de gerir a vida. Entre os séculos XVII e XVIII, o desenvolvimento desse poder sobre a vida foi constituído pelas disciplinas do corpo e pelas intervenções e controles reguladores da população. Disso resulta disciplinas e técnicas diversas que tinham o

objetivo de sujeitar os corpos e controlar as populações, as quais caracterizam a administração dos corpos, bem como a gestão calculista da vida. Mais fundamentalmente, verifica-se a entrada dos processos da vida no campo relativo às técnicas políticas e, a partir do século XIX, a vida foi tomada como objeto político, ou seja, “foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito” (*Ibidem*). Desdobrando as consequências dessas análises de Foucault, este livro desenvolve uma reflexão cultural e social sobre a articulação entre saúde e políticas da vida. Trata-se, mais precisamente, de discutir a nossa condição biopolítica contemporânea, isto é, as diferentes formas de administração dos corpos, de intervenções e controles reguladores das populações e dos sujeitos, de tecnologias políticas da vida, de processos de subjetivação e de medicalização do sofrimento psíquico, assim como a pluralidade das práticas estatais, das políticas públicas e dos serviços de saúde. Nele, os ensaios discutem a questão da saúde e das políticas da vida a partir das negociações que caracterizam as relações entre processos de saúde e doença, modos de atenção à saúde e práticas terapêuticas locais.

Em “*Neoliberalismo e saúde pública*”, Chiara Albino e Jainara Oliveira (2021) discutem a articulação entre biopolítica contemporânea e governamentalidade neoliberal,

e destacam que essa articulação implica novos modos de subjetivação e de configuração histórica do sofrimento. Nesse sentido, as autoras chamam a atenção para os apelos à responsabilidade pela sua própria saúde e à liberdade de escolha. Resulta dessa articulação a pressuposição política de um sujeito-cidadão indivisível, independente e proprietário de si mesmo. Em “*Saúde, responsabilização e moralidade política em tempos de racionalidade neoliberal*”, Jainara Oliveira (2021) destaca como se articulam política e moralmente a racionalidade política neoliberal e a “a nova saúde pública”. A autora assinala um conjunto de prescrições morais que caracteriza essa articulação e enfatiza a noção de risco à saúde a qual, no campo da saúde pública, tem significados complexos. Nesse sentido, a autora destaca as percepções de risco de mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres e considera o sistema de valores que essas mulheres partilham em relação às suas práticas de saúde. Em “*Entre os riscos e os benefícios da pílula anticoncepcional: os processos de subjetivação dos cuidados de si*”, Virgínia Squizani Rodrigues (2021) discute a questão dos diferentes riscos e benefícios da pílula anticoncepcional, e sublinha as estratégias de cuidado de si de jovens mulheres das classes médias urbanas na busca por *uma vida mais saudável*. A autora ressalta a (re)elaboração da categoria *saúde* como uma experiência de melhoramento de si. Em

“Fazer e deixar morrer: uma reflexão sobre práticas de cuidado e agência entre moradores de um hospital psiquiátrico”, Sabrina Melo Del Sarto (2021) tensiona a relação entre necropolítica e institucionalização psiquiátrica permanente, e descreve como as pessoas “deixadas para morrer” têm suas vivências marcadas pelas coercitividades impostas e verticalizadas. Nesse sentido, a autora faz notar os meios particulares pelos quais os sujeitos vivenciam essas coercitividades, bem como os seus desejos. Em *“Etnografando o SUS: humanização na assistência ao pré-natal”*, Alana Aragão Ávila (2021) discute como a promoção de tecnologias leves, isto é, a promoção de um grupo de gestantes, produz o engajamento de profissionais e usuários em relação à ampliação do cuidado pré-natal dentro do SUS. A autora demonstra as potencialidades, bem como os desafios de uma análise voltada para à humanização da assistência ao pré-natal. Por, fim, em *“Experiências de mulheres lésbicas em Cuiabá-MT: inteligibilidade em saúde e existência como resistência”*, Kamylla dos Reis e Moisés Lopes (2021) analisam os modos pelos quais se constroem a saúde, assim como as políticas públicas voltadas para mulheres lésbicas. Nesse sentido, a autora e o autor destacam a (in)visibilidade lésbica, a não-inteligibilidade, a vulnerabilização social e em saúde destas mulheres.

Referências

ALBINO; Chiara OLIVEIRA, Jainara. Neoliberalismo e saúde pública. ALBINO; Chiara OLIVEIRA, Jainara (Orgs.). *Saúde e políticas da vida*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p.17-44.

ÁVILA, Alana Aragão. Etnografando o SUS: humanização na assistência ao pré-natal. ALBINO; Chiara OLIVEIRA, Jainara (Orgs.). *Saúde e políticas da vida*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 153-186.

DEL SARTO, Sabrina Melo. Fazer e deixar morrer: uma reflexão sobre práticas de cuidado e agência entre moradores de um hospital psiquiátrico. ALBINO; Chiara OLIVEIRA, Jainara (Orgs.). *Saúde e políticas da vida*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 117-150.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

OLIVEIRA, Jainara. Saúde, responsabilização e moralidade política em tempos de racionalidade neoliberal. ALBINO; Chiara OLIVEIRA, Jainara (Orgs.). *Saúde e políticas da vida*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 47-74.

REIS, Kamylla C. T. dos; LOPES, Moisés. Experiências de mulheres lésbicas em Cuiabá-MT: inteligibilidade em saúde e existência como resistência. ALBINO; Chiara OLIVEIRA,

Jainara (Orgs.). *Saúde e políticas da vida*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 189-224.

RODRIGUES, Virgínia Squizani. Entre os riscos e os benefícios da pílula anticoncepcional: os processos de subjetivação dos cuidados de si. ALBINO; Chiara OLIVEIRA, Jainara (Orgs.). *Saúde e políticas da vida*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 77-114.

Neoliberalismo e saúde pública

**Chiara Albino
Jainara Oliveira**

“O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão”.

— Michel Foucault, *História da sexualidade I*, 1988

Introdução

Escrevendo nos anos de 1970 sobre o direito de vida e morte do poder soberano, no mundo ocidental, Foucault (1988) mostrou que se trata de um direito assimétrico. Mais precisamente, trata-se de um direito de “*causar* a morte ou de *deixar viver*” (Ibidem, p. 148), que, como tal, se relaciona historicamente a um tipo de sociedade. A partir, sobretudo, do século XIX, o poder de morte passou a ser exercido sobre a vida e, por conseguinte, “pode-se dizer que o velho direito de *causar* a morte ou *deixar viver* foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver à morte*” (Ibidem, p. 150). Verifica-se, nesse sentido, uma desqualificação da morte e um afastamento dos procedimentos do poder em relação a ela, e o poder passa a se estabelecer sobre a vida ao assumir a tarefa política de gerir a vida. Nos séculos XVII e XVIII,

nota-se ao menos duas formas que caracterizam o desenvolvimento desse poder sobre a vida, a saber, as disciplinas do corpo, isto é, uma anátomo-política do corpo, e as intervenções e os controles reguladores, isto é, uma biopolítica da população (Ibidem, p. 152). Resultam assim disciplinas e técnicas diversas cujo objetivo era sujeitar os corpos, bem como controlar as populações. O desenvolvimento dessas disciplinas e técnicas, por conseguinte, caracteriza tanto a administração dos corpos quanto a gestão calculista da vida. Dessa maneira, o exercício deste bio-poder foi uma parte relevante do desenvolvimento do capitalismo. A esse respeito, diz Foucault:

O que se passou no século XVIII em certos países ocidentais e esteve ligado ao desenvolvimento do capitalismo, [...] foi nada menos do que a entrada da vida na história – isto é, a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder – no campo das técnicas políticas. Não se trata de pretender que, nesse momento, tivesse sido produzido o primeiro contato da vida com a história. Ao contrário, a pressão biológica sobre o histórico fora, durante milênios, extremamente forte; a epidemia e a fome constituíam as duas grandes formas dramáticas desta relação que ficava, assim, sob o signo da morte; por um processo circular, o desenvolvimento econômico, e principalmente o agrícola do século XVIII, o aumento da produtividade e dos recursos ainda mais rapidamente do que o

crescimento demográfico por ele favorecido, permitiram que se afrouxassem um pouco tais ameaças profundas: a era das grandes devastações da fome e da peste – salvo alguns recrudescimentos – encerrou-se antes da Revolução Francesa; a morte começava a não mais fustigar diretamente a vida. Mas, ao mesmo tempo, o desenvolvimento dos conhecimentos a respeito da vida em geral, a melhoria das técnicas agrícolas, as observações e medidas visando a vida e a sobrevivência dos homens, contribuíam para esse afrouxamento: um relativo domínio sobre a vida afastava algumas das iminências da morte. No terreno assim conquistado, organizando-o e ampliando-o, os processos da vida são levados em conta por procedimentos de poder e de saber que tentam controlá-los e modificá-los (Ibidem, p. 154-155).

A partir dessa entrada dos processos da vida no campo do saber e do poder e, particularmente, dos seus procedimentos de controle e intervenção, verifica-se um “novo modo de relação entre a história e a vida”, isto é, uma “posição dupla da vida, que a situa fora da história como suas imediações biológicas e, ao mesmo tempo, dentro da historicidade humana, infiltrada por suas técnicas de saber e de poder” (Ibidem, p. 156); verifica-se ainda tecnologias políticas que investem sobre o corpo, a saúde, a alimentação, bem como sobre as condições de moradia e de vida.

O desenvolvimento deste bio-poder ocorreu

também em relação à atuação da norma, isto é, o poder sobre a vida assumiu a tarefa de “distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade” (Ibidem, p. 157), e a operação dessa distribuição ocorre cada vez mais em torno da norma. Daí por que, diz Foucault, “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (Ibidem). Ao assumir tal tarefa, esse poder passa a qualificar e medir, bem como a avaliar e hierarquizar. Já no século XIX, as forças contrárias a esse poder normalizador se apoiaram tanto na vida, quanto na especificidade do homem enquanto ser vivo. Dessa maneira, as grandes lutas que questionavam o sistema de poder reivindicaram e tinham como objetivo a vida. Aqui, a vida era “entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível” (Ibidem, p. 158). Nesse processo de luta, a vida foi tomada como objeto político, isto é, “foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito” (Ibidem).

Neste capítulo, discutiremos a nossa situação biopolítica contemporânea em sua articulação com a governamentalidade neoliberal (FOUCAULT, 2008; ALBINO; OLIVEIRA, 2020a, 2020b; ORTNER, 2020a, 2020b). Nesse sentido, Dardot e Laval (2016) apresentam

uma análise histórica precisa e documentada, bem como circunscrita e atualizada do neoliberalismo e, assim, ressaltam, por um lado, a capacidade que o neoliberalismo tem de autofortalecimento, ainda que produza desastres; e, por outro, que não estamos lidando com as contradições do “capitalismo”, mas com um sistema normativo particular. Por isso, eles afirmam que o neoliberalismo não transformou apenas as sociedades, mas também o capitalismo, desde os regimes de governos, as práticas estatais até a subjetividade. Considerando seriamente tais transformações, gostaríamos de sugerir que o neoliberalismo é, fundamentalmente, um sistema normativo, o qual estende “a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida” (*Ibidem*, p. 7).

Dessa maneira, discutiremos o neoliberalismo não apenas como uma ideologia, ou, ainda, como uma política econômica, mas também “como uma rationalidade governamental que gera tipos distintos de sujeitos, de formas de conduta e de ordens de significado social e valor” (BROWN, 2021, p. 96), isto é, a rationalidade neoliberal produz e forma o mundo. Ressaltamos igualmente o sentido produtivo do neoliberalismo, isto é, ele produz relações sociais, maneiras de viver e subjetividades, definindo assim comportamentos, relações com si mesmo e com os outros, e normas de vida. Essas normas de vida, por sua vez, impõem aos indivíduos uma lógica de competição que tem se

generalizado e insta-os a conceberam a si mesmos como uma empresa e a se comportarem como tal. Surge um novo sujeito dessa circunstância e se desenvolve novas patologias psíquicas (DARDOT; LAVAL, 2016).

Neoliberalismo, saúde pública e interpelação pandêmica

Neste capítulo, ao escolhermos discutir o neoliberalismo não apenas como uma política econômica, mas também uma modalidade de governança, uma ordem da razão e um modo de subjetivação, queremos enfatizar o neoliberalismo como produtor e gestor do sofrimento psíquico, uma vez que submete os indivíduos a um regime de concorrência que define novos modos de subjetivação e essa subjetivação neoliberal produz sofrimento.

Para desdobrar as consequências dessa questão, gostaríamos de começar assinalando que “a história dos regimes biopolíticos contemporâneos tem sido profundamente marcada pela pandemia de Covid-19, uma emergência sanitária social, em sentido eminent” (ALBINO; OLIVEIRA, 2021, p. 262, ver também MALUF, 2020). Desde a emergência da pandemia, populações e instituições públicas e privadas têm sido interpeladas sobre as preocupações relativas à exposição, assim como aos esforços de prevenção, contenção e intervenção. Dessa maneira, as

suas capacidades de resposta à pandemia colocam em circulação sentimentos e valores morais e políticos específicos em torno da questão da saúde pública. Ao responderem a essa interpelação pandêmica, populações e instituições são trazidas à existência, uma vez que são criadas no decorrer do processo de longa duração que caracteriza uma pandemia, sendo tal processo composto por múltiplas temporalidades.

Com isso em mente, podemos considerar a possibilidade de produzir uma análise social do contemporâneo por meio dos modos como a pandemia tem interpelado populações e instituições. Porém, se considerarmos que as pandemias não inventam os estados do mundo social, mas os desnudam, devemos considerar também que a emergência da pandemia tem sido precedida pela articulação entre a racionalidade política neoliberal e a nova saúde pública (*Ibidem*). Nesse sentido, gostaríamos de fazer notar a maneira como a interpelação produzida pela pandemia tem chamado as populações e as instituições a serem responsáveis em seus esforços para prevenir e conter a pandemia, assim como intervir sobre o seu controle.

Ao longo da pandemia de Covid-19, temos visto diferentes apelos para que populações e instituições se tornem social e politicamente responsáveis pelas práticas de saúde na vida cotidiana. Ao mesmo tempo, queremos

assinalar que esses apelos à responsabilidade têm recaído, sobretudo, nos indivíduos e nas famílias (Cf. COOPER, 2021), isto é, exige-se cada vez mais que os indivíduos e as suas famílias sejam responsabilizadas pela gestão do risco. Tais apelos à responsabilidade pela própria saúde está no cerne do que tem sido caracterizado como “a nova saúde pública”, isto é, um novo sistema de moralidades que tem regulamentado os aspectos mais diversos da vida pessoal e social (PETERSEN; LUPTON, 1996; OLIVEIRA, 2020; ALBINO; OLIVEIRA, 2021).

Essa articulação entre racionalidade política neoliberal e nova saúde pública tem difundido, de maneira crescente, o poder discursivo da responsabilidade. Nesse sentido, pode-se dizer que as reivindicações de responsabilidade revelam sensibilidades morais e éticas que constituem as práticas sociais dos sujeitos, sustentando assim as suas experiências e relações com os outros. Sendo assim, gostaríamos de assinalar a ligação entre os apelos à responsabilidade e as formas neoliberais de governo nas sociedades contemporâneas. Nessa ligação, a responsabilização se refere à produção de processos de constituição de cidadãos autossuficientes os quais devem conceberem a si mesmos como autovigilantes, autogerenciados e independentes.

Por isso, apesar de termos em mente que a responsabilidade tem eficácia, efeitos e significados mais

amplos do que aqueles difundidos pelos discursos neoliberais de responsabilização, acreditamos que seja relevante sublinhar as maneiras particulares como os valores neoliberais têm promovido a ideia de um sujeito individual autônomo, responsável e autossuficiente, o que não significa desconhecer, portanto, a variedade de modos de reivindicações de responsabilidade que estão na base da ação social. Dessa maneira, ao insistirmos em sublinhar os modos como os discursos neoliberais de responsabilização têm circulado socialmente, queremos ressaltar igualmente o sofrimento psíquico que tais discursos têm imposto “àqueles que são tornados responsáveis individualmente pelas suas próprias condições de subsistência” (ALBINO; OLIVEIRA, 2021, p. 258).

Ao mesmo tempo, verifica-se, desde os anos de 1970, um investimento neoliberal na liberdade de escolha em relação à maneira como os sujeitos lidam com as doenças, isto é, a liberdade de escolha como um princípio que envolve a ideia de que os sujeitos podem fazer suas próprias escolhas, mas sem prejudicar os outros (MOL, 2008, p. x). Essa noção de liberdade de escolha está relacionada ao modo como o neoliberalismo governa pela liberdade, isto é, age “ativamente no espaço de liberdade dado aos indivíduos para que estes venham a conformar-se por si mesmos a certas normas” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 19). Sendo assim, no

que diz respeito à relação entre liberdade, autonomia e saúde, verifica-se uma constituição de um cidadão-sujeito responsável pelo cuidado com a sua própria saúde e uma reestruturação das competências do estado em relação à administração (BOURDIEU, 2014; WACQUANT, 2012). Rose (2001), nesse sentido, avalia que:

o estado tenta libertar-se de algumas das responsabilidades de proteção dos indivíduos contra as consequências de doenças e acidentes que adquiriu durante o século XX. Assim, assistimos a uma intensificação e generalização das estratégias de promoção da saúde desenvolvidas no século XX, junto com o aumento da indústria de seguros privados de saúde, reforçando as obrigações que os indivíduos e as famílias têm de vigiar e gerir a sua própria saúde. Cada cidadão deve agora se tornar um parceiro ativo na busca pela saúde, assumindo sua responsabilidade pela garantia de seu próprio bem-estar. [...]. Esta nova “vontade de saúde” é cada vez mais capitalizada pelas empresas, desde as farmacêuticas até as varejistas de alimentos. [...]. Dentro dessa complexa rede de forças e imagens, as aspirações e a conduta dos indivíduos em relação à saúde são governadas “à distância”, moldando as maneiras como compreendem e performam a sua própria liberdade (Ibidem, p. 6, tradução nossa).

Nesse sentido, gostaríamos de ressaltar a noção reguladora de liberdade como autopertencimento e da

autonomia como autolegislação, revelando assim uma submissão da liberdade à autonomia. Essa noção de liberdade é, em seu sentido fundamental, “uma forma de gestão psíquica, de produção de figuras da subjetividade com seus padrões de ação e, principalmente, de sofrimento” (SAFATLE; SILVA JUNIOR; DUNKER, 2021, p. 10). Assim, desde a lógica neoliberal, verifica-se uma naturalização da ideia de que a liberdade dos sujeitos “se traduz em experiências de autolegislação, de autogoverno, de autogestão” (SAFATLE, 2020, p. 11-12). Essa noção de liberdade está ligada à intervenção neoliberal no campo político a qual produz um sujeito político que se define como indivisível, independente e proprietário de si mesmo, isto é, como um indivíduo (ZAHARIJEVIĆ, 2021). Essa indivisibilidade, por conseguinte, está pressuposta nos modos como o sujeito político produzido pelo neoliberalismo se relaciona com as instituições públicas e os seus serviços. Essa relação, por sua parte, está ligada ao apelo político para que os indivíduos usem a sua liberdade de autoatualização em relação às maneiras como lidam com a precarização governamental, uma vez que “o governo não poderia mais estar interessado em cuidar dos governados. Os governados precisavam se tornar mais dependentes de si próprios e menos dependentes do estado em particular. Em outras palavras, os governados precisam ser menos vulneráveis”

(Ibidem, p. 83, tradução nossa).

Nesse sentido, nota-se a ideia repetida de que o bem-estar social dos indivíduos pode ser melhor assegurado, bem como promovido, na medida em que eles são instados a se tornarem cada vez mais independentes dos outros e cuidadores exclusivos de si mesmos e, para tanto, devem usar a imaginação, isto é, “[n]ão ser cuidado pelos outros implica um certo nível de invulnerabilidade imaginária. Cada um de nós – simplesmente por sermos indivíduos – tem a capacidade de demonstrar sua soberania sobre si mesmo por meio de sua independência” (Ibidem, p. 83-84). Essa recusa à dependência e à vulnerabilidade assinala, por conseguinte, que a independência e a invulnerabilidade estão relacionadas a um circuito de exclusões e a uma configuração tanto epistêmica quanto normativa de um indivíduo soberano, ou seja, um indivíduo independente que governa a si mesmo.

Essa figura de um indivíduo independente e invulnerável remonta à linguagem política liberal do século XIX. No entanto, em meio à distribuição desigual da precariedade e da vulnerabilidade produzida pela política econômica neoliberal, essa figura marca uma (re)normalização da desigualdade fortemente pressuposta pela independência, isto é, “a liberdade (do indivíduo) de autoatualização exclui a igualdade das possibilidades de autoatualização (de todos os

indivíduos” (Ibidem, p. 84). Em outras palavras, trata-se de assinalar que “ser um indivíduo não é um estado ou uma disposição, uma igualdade atribuível a qualquer pessoa e a todos”, assim como também “não é uma noção vazia e, portanto, universalmente aplicável, mas uma noção constituída por exclusões” (Ibidem). Isso implica dizer que, de maneira mais precisa, “ser um indivíduo pressupõe estar corporificado de uma certa forma e ter certas qualificações” (Ibidem).

Nesse sentido, a escolha de tomar o neoliberalismo como uma racionalidade política está fundamentada na caracterização de que a racionalidade neoliberal tem generalizado a concorrência como norma que molda subjetividades e, como tal, tem produzido uma subjetividade contábil ou financeira. Essa racionalidade política produz, mais fundamentalmente, “uma relação do sujeito individual com ele mesmo que seja homóloga à relação do capital com ele mesmo ou, mais precisamente, uma relação do sujeito com ele mesmo como um “capital humano””¹ (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 31). Esse modo de relação requer uma nova norma subjetiva que usa diversas técnicas para fabricar esse novo sujeito. A esse respeito, destacamos a norma da autossuficiência, segundo a qual

os sujeitos são responsáveis apenas por si mesmos, e não pelos outros. Nesse sentido, trata-se de se tornar

autossuficiente no sentido econômico, mesmo quando as condições não garantem qualquer autossuficiência. Nessa racionalidade neoliberal, essa norma da autossuficiência tem sido concebida como uma ideia propriamente moral. Na medida em que não conseguem se adequar a essa norma, os sujeitos se tornam dispensáveis e, por conseguinte, são confrontados com certo tipo de moralidade política, isto é, uma moralidade que trabalha para estabelecer a privatização do cuidado como um modelo. [...]

Em suma, dentro do enquadramento produzido por essa norma da autossuficiência, a responsabilidade individual passa a ser redefinida como uma pressão moral para que os sujeitos se tornem empreendedores de si mesmos [...]: isto é, ao submeter os sujeitos a um regime de concorrência generalizada, a norma de vida neoliberal os insta a conceberem a si mesmos e a performarem seus comportamentos de acordo com a forma-empresa e, dessa maneira, essa norma define novos modos de subjetivação, e esse tipo de subjetivação neoliberal produz sofrimento psíquico [...]. Nesse sentido, pode-se conceber o neoliberalismo como produtor e gestor do sofrimento psíquico, pois, como tal, ele gera e gerencia esse sofrimento [...] (ALBINO; OLIVEIRA, 2021, p. 258-60).

Dessa maneira, ao sugerirmos que o neoliberalismo não deve ser tomado apenas como uma ideologia e uma política econômica, mas também como produtor de subjetividades e gestor do sofrimento psíquico, queremos

assinalar a gramática do sofrimento psíquico própria do neoliberalismo, e assim assinalar, também, que o neoliberalismo gera e gerencia tal sofrimento (DARDOT; LAVAL, 2016; CAPONI; DARÉ, 2020). Sendo assim, pode-se também entendê-lo como uma forma de vida que envolve tanto uma gramática do reconhecimento quanto uma política para o sofrimento (SAFATLE; SILVA JUNIOR; DUNKER, 2021, p. 10). Essa forma de vida, em sua articulação com diversos campos, propõe um tipo de individualização que tem como base a forma empresa. Nesse sentido, trata-se de ressaltar a força performativa do neoliberalismo: isto é, as práticas neoliberais que fabricam e gerenciam esse novo sujeito moldam o seu desejo. Ao fazê-lo, a performatividade neoliberal tem efeitos ontológicos não apenas na determinação do sofrimento, como também na sua produção. E, assim, as identidades, os valores e os modos que levam os sujeitos a modificarem a si mesmos são recodificados. Ao tomar a experiência social do sofrimento como uma noção relevante para essa discussão, gostaríamos de assinalar que “determinar qual sofrimento é legítimo e qual não é, portanto, é uma questão não apenas clínica, mas também política” (Ibidem, p. 11-12).

Neoliberalismo e sofrimento

Neste capítulo, assinalamos como o neoliberalismo desenvolveu uma política específica relativa aos modos de subjetivação e configuração do sofrimento. Isso implica considerar que as maneiras como os sujeitos, por um lado, exprimem, narram ou reconhecem, ou por outro, escondem, silenciam ou criticam modalidades específicas de sofrimento são historicamente prescritas. No interior desse debate, torna-se importante assinalar como os diagnósticos têm fundamentado as diferentes políticas públicas. Para Dunker (2015), os diagnósticos também estão na base da medicalização. Por conseguinte, a administração da vida baseia-se em contínuos diagnósticos híbridos. Esses diagnósticos têm orientado tais políticas públicas, bem como intervenções sociais. Os diagnósticos clínicos não apenas recorrem ao campo patológico, mas também se fundamenta nele. Para o autor, “a globalização do capital gerou também uma globalização das maneiras de sofrer” (*Ibidem*, p. 23). Resulta desse contexto a questão da “forma-mercadoria do sofrimento”. Para pensar essa questão, o autor sugere que o diagnóstico seja tomado “não apenas como o ato de nomeação clínica de uma condição de adoecimento, mas como uma *diagnóstica*, ou seja, como a reconstrução de uma forma de vida” (*Ibidem*, p. 23-4). Isso implica também pensar a patologia, que se exprime cada vez mais como uma patologia do social. Nessa perspectiva, o sofrimento pode ser

entendido como uma “experiência de reconhecimento intersubjetivo”, assim pode-se dizer que “o sofrimento se partilha e é função direta dos atos de reconhecimento que o determinam como tal” (*Ibidem*, p. 24). A determinação do sofrimento ocorre por meio da narrativa e dos discursos, que operam incluindo ou excluindo. Para o autor, a linguagem realiza um trabalho social que atravessa a determinação do sofrimento.

Nesse sentido, Safatle (2015) ressalta que um entendimento das configurações históricas que constituem o sofrimento psíquico deve reconstruir previamente seus vínculos com a experiência social. Trata-se de não separar o sofrimento de uma experiência narrativa. Ou, mais fundamentalmente, “trata-se de mostrar como o sofrimento psíquico é a expressão de um social ainda não reconhecido, ou não mais reconhecido” (*Ibidem*, p. 11). Essa perspectiva não defende, assim, que as modalidades de sofrimento têm uma essência biológica e nem afirma que o sofrimento seja determinado pelas nossas formas de vida. Trata-se, antes, de colocar essa questão em outros termos, isto é, as formas de sofrimento têm uma história e uma antropologia.

Dessa maneira, torna-se relevante assinalar a relevância analítica da noção de sofrimento, o qual tem valência não apenas teórica, mas também política. Segundo Renault (2009, 2010), trata-se de uma noção que coloca

questões conceituais e normativas. Nesse sentido, a análise da experiência subjetiva e social do sofrimento exige abordagens normativas e descritivas. Ligada a uma dinâmica politizante, tal experiência de sofrimento pode impedir ou contribuir para que os sujeitos articulem e elaborarem reivindicações na esfera política pública e, assim, tal dinâmica destaca os componentes sociais e subjetivos do sofrimento. A descrição dessas ligações entre os componentes subjetivos e sociais das experiências de sofrimento sugere, de um lado, que prestemos atenção às situações insuportáveis, assim como às maneiras pelas quais tais situações transformam as relações sociais e as subjetividades individuais, e, de outro lado, que tomemos a sério o fato de que a produção do sofrimento está ligada à exclusão que diminuem a suportabilidade da vida social.

Ao enfatizar a questão do sofrimento psíquico, gostaríamos de destacar o lugar da sociedade na produção dessa experiência de sofrimento. Para Safatle (2018), podemos analisar uma sociedade partindo do pressuposto de que ela seria um sistema de normas, de valores e de regras que oferecem as estruturas para formas de ação, comportamentos, julgamentos e interação que aspiram validade. Se partirmos de tal pressuposto, poderemos entender a sociedade a partir da sua “processualidade de interação entre fatos e normas” (*Ibidem*, p. 7). Sendo assim, a

crítica da situação atual seria tomada como “exposição de contradições performativas entre fundamentos normativos e realizações práticas” (*Ibidem*). Por conseguinte, essa crítica levaria os sujeitos a defenderem os fundamentos normativos que são atualmente pressupostos. Ela reduziria a transformação à possibilidade, mas essa “processualidade de interação entre fatos e normas” poderia ser entendida como contraditória, uma vez que operaria mediante a “produção contínua de conflitos entre normas explícitas e implícitas” (*Ibidem*). Pois, uma sociedade não se assenta apenas em “estruturas normativas explícitas”, mas igualmente, pode-se afirmar, “em um conjunto implícito de disposições de conduta”, assim como “de inflexão das normas enunciadas” (*Ibidem*, 7-8).

Nesse caso, poderíamos imaginar que a crítica deveria “explorar as contradições no interior do próprio sistema de normas” (*Ibidem*, p. 8) e, para tanto, ela precisaria explicitar o que continua implícito. Por outro lado, devemos também considerar que explicitar as contradições não ampliaria os horizontes de transformação, mas levaria a uma estabilidade de estruturas. Dessa maneira, pode-se conservar a eficácia da crítica partindo do pressuposto de que são os circuitos de afetos, mais fundamentalmente, que fundam os vínculos sociais. Tais circuitos de afetos “definem os modos de interpretação e sentido diante de estruturas normativas” (*Ibidem*). Isto é, se considerarmos que “a verdadeira base

normativa da vida social [...] encontra-se nos afetos que ela faz circular de forma preferencial”, poderemos elaborar uma perspectiva crítica “baseada não apenas nas dinâmicas de explicitação de contradições normativas, mas também nos processos de destituição de afetos” (Ibidem; idem, 2016, p. 15).

Considerando seriamente essa perspectiva, a crítica pode ser entendida como análise de patologias sociais. Nessa perspectiva, a sociedade seria entendida como sistemas que produzem e gerenciam patologias, uma vez que a sociedade se assenta “em um complexo de processo de gestão de patologias” (Ibidem) e essa gestão seria uma dimensão dos modos de reprodução social dos afetos. Para Safatle, no entanto, a crítica não deveria se concentrar apenas nas modalidades de sofrimentos produzidas pela sociedade, pois ele considera que “toda forma de restrição e coerção, toda forma de assunção normativa é necessariamente produtora de sofrimento” (Ibidem, p. 8-9). Por outro lado, porém, “nem toda forma de restrição e coerção é produtora de patologias, assim como nem todo sofrimento é traduzível imediatamente na forma de patologia” (Ibidem, p. 9). Dessa maneira, entende-se socialmente um sofrimento patológico como excessivo e, como tal, ele seria objeto de intervenção médica que busca tratá-lo com o objetivo de adequar a vida a valores sociais estabelecidos. “Nesse sentido, sofrimentos

patológicos são aqueles sujeitos a forma bastante singular de gestão, pois uma patologia é uma categoria que traz em seu bojo, ao mesmo tempo e de maneira indissociável, modalidades de intervenção clínica e horizontes de valores” (Ibidem, p. 9). Safatle ressalta assim a ligação entre intervenção clínica e valores sociais. Nesse sentido, ele insiste que “se reconhecer como portador de uma patologia é indissociável do ato de se reconhecer em uma identidade social” (Ibidem). Essa discussão sobre os modos de constituição da identidade social tem relevância para o debate sobre os processos que estruturam o sofrimento psíquico, uma vez que “ao ser traduzido em patologia, o sofrimento transforma-se em modo de partilha de identidades” (Ibidem) que, no fundo, suscitam modos de entender os afetos e as expectativas de efeitos.

Com base nessa perspectiva, trata-se de assinalar que a política específica desenvolvida pelo neoliberalismo em relação aos modos de subjetivação do sofrimento implica uma determinada configuração histórica.

Não é um mero acaso que a ascensão do neoliberalismo nos anos 1970 tenha sido acompanhada pela reformulação brutal da gramática do sofrimento psíquico através da hegemonia do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, em sua terceira edição (DSM-III). Há relações profundas entre os experimentos de engenharia social do neoliberalismo e

a reconstrução das estruturas categoriais clínicas, reconstrução que se expressa, principalmente, com o apagamento das neuroses, com a hegemonia da depressão, com a redução da psicose à forma unitária da esquizofrenia, com a consolidação dos transtornos *bordeline* e, finalmente, com a substituição da clínica tradicional, restrita ao tratamento de doenças, pela lógica do *enhancement*, que começa a explorar cada vez mais os fármacos, inicialmente concebidos para o sofrimento psíquico, em um novo objetivo, aquele da potencialização de performances no trabalho (SAFATLE; SILVA JUNIOR; DUNKER, 2021, p. 10).

Sendo assim, assinalamos, por fim, que essas transformações, em conjunto, demonstram a dependência das categorias clínicas “de sistemas de valores sociais exteriores à clínica” (*Ibidem*). De modo que, pode-se dizer, “tais processos [...] expressam a colonização da clínica pelos modos de racionalização econômicos” (*Ibidem*).

Notas

1. Concordando com Foucault (2008, p. 302), destacamos que a teoria do capital humano “representa dois processos, um que poderíamos chamar de incursão da análise econômica num campo até então inexplorado e, segundo, a partir daí e a partir dessa incursão, a possibilidade de reinterpretar em termos econômicos e em termos estritamente econômicos todo um campo que, até então, podia ser considerado, e era de fato

considerado, não-econômico.”

Referências

ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara. Apresentação. Dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas. *Sociabilidades Urbanas – Revista de Antropologia e Sociologia*, v. 4, n. 11, p. 15-18, 2020a.

ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara (Org.). Dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas. *Sociabilidades Urbanas – Revista de Antropologia e Sociologia*, v. 4, n. 11, 2020b.

ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara. O governo neoliberal das vidas precárias. ____; MELO, Mariana (Orgs.). *Neoliberalismo, neoconservadorismo e crise em tempos sombrios*. Recife: Seriguela, 2021, p. 254-272.

ATHANASIOU, Athena. Estados de emergência, modos de emersão: atuações críticas de “o povo” em tempos de crise. Tradução, preparação e revisão de Chiara Albino, Jainara Oliveira e Mariana Melo. ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara; MELO, Mariana (Orgs.). *Neoliberalismo, neoconservadorismo e crise em tempos sombrios*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 153-196.

BROWN, Wendy. O Frankenstein do neoliberalismo: liberdade

autoritária nas “democracias” do século XXI. Tradução, preparação e revisão de Chiara Albino, Jainara Oliveira e Mariana Melo. ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara; MELO, Mariana (Orgs.). *Neoliberalismo, neoconservadorismo e crise em tempos sombrios*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 91-150.

BOURDIEU, Pierre. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

CAPONI, Sandra; DARÉ, Patrícia K. Neoliberalismo e sofrimento psíquico: A psiquiatrização dos padecimentos no âmbito laboral e escolar. *Mediações*, v. 25, n. 2, p. 302-320, 2020.

COOPER, Melinda. Valores familiares do neoliberalismo: bem-estar social, capital humano e parentesco. Tradução, preparação e revisão de Chiara Albino, Jainara Oliveira e Mariana Melo. ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara; MELO, Mariana (Orgs.). *Neoconservadorismo e crise em tempos sombrios*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 33-88.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo*: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Mal-estar, sofrimento e sintoma*: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da Biopolítica*. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MALUF, Sônia. Antropologia em tempo real: urgência etnográficas na pandemia. Aula Inaugural do PPGAS/UFAL, 2020.

MOL, Annemarie. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. New York: Routledge, 2008.

OLIVEIRA, Jainara Gomes de. *Regimes de visibilidade e reconhecimento dos modos de vida de mulheres maduras que se relacionam afetiva e/ou sexualmente com mulheres em João Pessoa, PB*. Tese (Doutorado Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

ORTNER, Sherry B. Sobre o neoliberalismo. Tradução de Chiara Albino & Jainara Oliveira. Revisão Técnica de Ariel David Ferreira. Dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas. *Sociabilidades Urbanas - Revista de Antropologia e Sociologia*, v. 4, n. 11, p. 19-26, 2020.

ORTNER, Sherry B. A antropologia sombria e seus outros. Teoria desde os anos oitenta. Tradução e revisão de Jainara Oliveira & Chiara Albino. Dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas. *Sociabilidades Urbanas - Revista de Antropologia e Sociologia*, v. 4, n. 11, p. 27-50, 2020.

PETERSEN, Alan; LUPTON, Deborah. Introduction. _____. *The new public health: Health and self in the age of risk*. London: SAGE Publications, 1996, p. ix-xvi.

RENAULT, Emmanuel. The political philosophy of social suffering. de BRUIN, Boudewijn, ZURN, C. (Eds.). *New waves in political philosophy*. London: Palgrave Macmillan, 2009, p. 158-176.

RENAULT, Emmanuel. A Critical Theory of Social Suffering. *Critical Horizons: A Journal of Philosophy and Social Theory*, v. 11, n. 2, 2010, p. 221-241.

ROSE, Nikolas. The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), p. 1-30, 2001.

SAFATLE, Vladimir; da SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian (Orgs.). _____. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2021, p. 9-13.

SAFATLE, Vladimir. Introdução. _____. *Maneiras de*

transformar mundos: Lacan, política e emancipação. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, p. 9-32.

SAFATLE, Vladimir. Prefácio: Depois dos muros de Alphaville, o mato. DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros.* São Paulo: Boitempo, 2015, p. 9-12.

SAFATLE, Vladimir. Introdução: em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. SAFATLE, Vladimir; da SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian (Orgs.). *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico.* Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p. 7-31.

WACQUANT, Loïc. Três etapas para uma antropologia histórica do neoliberalismo realmente existente. *Caderno CRH*, vol.25, n.66, 2012, p. 505-518.

ZAHARIJEVIĆ, Adriana. Independent and invulnerable: politics of an individual. RODRÍGUEZ LOPEZ; BLANCA; SANCHEZ MADRID, Nuria; ZAHARIJEVIĆ, Adriana (Eds.). *Rethinking vulnerability and exclusion: historical and critical essays.* Palgrave Macmillan, 2021.

Saúde, responsabilização e moralidade política em tempos de racionalidade neoliberal

Jainara Oliveira

“Entre o Estado e o indivíduo o sexo tornou-se objeto de disputa, e disputa pública; toda uma teia de discursos, de saberes, de análise e de injunções o investiram”.

— Michel Foucault, *História da sexualidade I*, 1988

Saúde pública e neoliberalismo

A saúde pública contemporânea tem sido marcada pelas implicações morais e políticas dos discursos de responsabilidade pessoal, bem como de boa cidadania, o que passou a conformar a relação entre o estado e os sujeitos. Nesse sentido, desde os anos de 1970, verifica-se uma preocupação relevante com o estado de saúde das pessoas e os recursos para conseguir manter uma boa saúde. Ao mesmo tempo, verifica-se também o surgimento de novos conhecimentos e atividades cujo foco passou a ser o estado de saúde das populações. Disso resultam preocupações, expectativas e projetos que são articulados por meio de um domínio de conhecimento especializado, como também de uma arena de ação/prática, que tem sido denominada de “a nova saúde pública”.

Essa nova saúde pública tem regulamentado os

aspectos mais diversos da vida pessoal e social, de modo que pode ser focalizada como um novo sistema de moralidades, ou, mais precisamente, como um empreendimento moral. Sendo assim, a nova saúde pública se refere a um conjunto de prescrições morais que procuram fundamentar como os indivíduos devem viver suas vidas, tanto individual quanto coletivamente. Na nova saúde pública, desenvolveu-se um “discurso dos deveres” e um “discurso dos direitos” que implicam a adoção de responsabilidades e obrigações recíprocas, isto é, como empreendedor de si mesmo, o sujeito-cidadão deve ser prudente, calculista e vigilante nas suas relações com os riscos. Por outro lado, o estado enfatiza a promoção das liberdades pessoais e do desenvolvimento individual, o que redefine os direitos e as responsabilidades de cidadania (PETERSEN; LUPTON, 1996, p. ix-xvi; OLIVEIRA, 2020).

Para os meus propósitos, gostaria de enfatizar também a noção de risco à saúde como parte da linguagem da nova saúde pública e das experiências da vida cotidiana dos sujeitos. Os usos do termo risco têm significados diferentes e complexos. No campo da saúde pública, o discurso do risco implica ao menos duas perspectivas: pressuposição do risco como um perigo externo em relação à saúde das populações, e como consequência das escolhas relativas aos modos de vida feitas pelos indivíduos,

particularmente à gestão do risco. Neste capítulo, meu foco está voltado para as percepções do risco e considero o sistema de valores dos sujeitos em relação às suas práticas de saúde. Para tanto, faz-se necessário chamar a atenção para um ética do risco que resulta dos esforços da epidemiologia. O discurso do risco, nesse sentido, oferece elementos essenciais relativos à moralidade social, uma vez que atua na articulação do cuidado de si e da moralidade. Ao reforçar certos valores sociais, o risco opera reiterando os aspectos culturalmente enraizados na sociedade e que são articuladamente questionados. Dessa maneira, a ciência, enquanto um discurso legítimo, enquadraria e moraliza os comportamentos caracterizados “pelas estimulantes articulações entre risco, prazer e liberdade” (NEVES, 2008, p. 165), isto é, “ela está autorizada socialmente a “poder-dizer” sobre como exercer interdição sobre comportamentos e modos de vida, que inclui a gestão de riscos no cotidiano” (*Ibidem*). Essa discussão sobre o discurso do risco também considera as tomadas de decisão, assim como a liberdade de escolha dos indivíduos, as quais “são consideradas inerentes aos princípios de igualdade e liberdade nas sociedades ocidentais” (*Ibidem*). Nesse sentido, gostaria de ressaltar o paradoxo do risco, isto é, a articulação de uma ordem discursiva normativa e de um conjunto de direitos individuais (*Ibidem*).

O desenvolvimento da nova saúde pública está historicamente ligado à consolidação da racionalidade política neoliberal, a qual assume uma posição crítica em relação ao estado de bem-estar social e promove uma autonomia e uma liberdade desde uma lógica de mercado (ALBINO; OLIVEIRA, 2021; COOPER, 2021; BROWN, 2021). Dentro desta lógica, a racionalidade neoliberal caracteriza-se por formas de governo que tornam os sujeitos individuais “responsáveis” pela precariedade em que estão subsumidos, o que por sua vez se transforma em um problema de “autocuidado”. Nessa forma de racionalidade, procura-se produzir uma correspondência entre um indivíduo que seja, ao mesmo tempo, moral-responsável e econômico-racional. Ao sujeito individual caberia, portanto, ser moralmente prudente em relação aos custos e benefícios que orientam as escolhas de suas ações. Nesse sentido, encoraja-se o sujeito a avaliar racionalmente as suas ações e, assim, ele seria o único responsável por uma decisão autodeterminada, bem como seria o único a suportar as consequências da ação.

Desse modo, essa forma neoliberal de governo revela uma técnica de governo em que o estado muda a sua competência regulatória: isto é, o estado não “se retira”, ele se “reestrutura”. Nessa reestruturação, o estado se transforma em um agente que conforma os processos políticos de

subjetivação, tornando-os apropriados ao mercado (BOURDIEU, 2014; WACQUANT, 2012; ALBINO; OLIVEIRA, 2020a, 2020b), e assim os indivíduos “responsáveis” e “racionais” são encorajados a assumirem uma forma de vida fortemente marcada pela autodeterminação e pela autonomia individuais (OLIVEIRA, 2020), o que acaba impondo

o sofrimento psíquico àqueles que são tornados responsáveis individualmente pelas suas próprias condições de subsistência. Isto é, os sujeitos são responsáveis apenas por si mesmos, e não pelos outros. Nesse sentido, trata-se de se tornar autossuficiente no sentido econômico, mesmo quando as condições não garantem qualquer autossuficiência. Nessa racionalidade neoliberal, essa norma da autossuficiência tem sido concebida como uma ideia propriamente moral. Na medida em que não conseguem se adequar a essa norma, os sujeitos se tornam dispensáveis e, por conseguinte, são confrontados com certo tipo de moralidade política, isto é, uma moralidade que trabalha para estabelecer a privatização do cuidado como um modelo (ATHANASIOU, 2021; OLIVEIRA, 2020a). [...]. Em suma, dentro do enquadramento produzido por essa norma da autossuficiência, a responsabilidade individual passa a ser redefinida como uma pressão moral para que os sujeitos se tornem empreendedores de si mesmos (FOUCAULT, 2008): isto é, ao submeter os sujeitos a um regime de concorrência generalizada, a norma de vida neoliberal os insta a

conceberem a si mesmos e a performarem seus comportamentos de acordo com a forma-empresa e, dessa maneira, essa norma define novos modos de subjetivação, e esse tipo de subjetivação neoliberal produz sofrimento psíquico (DARDOT; LAVAL, 2016; CAPONI; DARÉ, 2020). Nesse sentido, pode-se conceber o neoliberalismo como produtor e gestor do sofrimento psíquico, pois, como tal, ele gera e gerencia esse sofrimento (SAFATLE; SILVA JUNIOR; DUNKER, 2021) (ALBINO; OLIVEIRA, 2021, p.258-260).

Sendo assim, ao considerar que a racionalidade neoliberal forma o mundo, entendo “o neoliberalismo como uma racionalidade governamental que gera tipos distintos de sujeitos, de formas de conduta e de ordens de significado social e valor” (BROWN, 2021, p. 96). Dessa maneira, o neoliberalismo seria mais que uma política econômica, uma ideologia, ou, ainda, uma reconfiguração da relação historicamente estabelecida entre o estado e a economia. Em outras palavras, “o neoliberalismo é precisamente o desenvolvimento da lógica do mercado como lógica normativa generalizada, desde o Estado até o mais íntimo da subjetividade” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 34).¹

Por fim, uma vez que os sujeitos da análise são mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres, gostaria de sublinhar que,

No que tange aos trabalhos voltados para a saúde da mulher, na primeira década dos anos 2000, as pesquisas ainda fortemente marcadas pela epidemia de HIV/Aids continuaram impulsionando vários estudos sobre gênero e sexualidade entre mulheres “heterossexuais”, sobretudo no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos. Entre essas pesquisas, o tema da saúde sexual de mulheres “lésbicas”, “bissexuais” e outras “mulheres que fazem sexo com mulheres” foi pouco estudado (Facchini; Barbosa, 2006).

Essas poucas, porém importantes pesquisas relativas a essa temática nos possibilitam problematizar a vulnerabilidade às IST e ao HIV/Aids, a adoção de cuidados à saúde, assim como a reivindicação do acesso a esses cuidados entre essas mulheres no campo das políticas públicas de saúde. Resultam daí pioneiras discussões sobre cuidados ginecológicos, relações com os serviços e os profissionais de saúde, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas também sobre (in)visibilidade social, construções identitárias generificadas e sexualizadas, gramáticas corporais e práticas eróticas (Barbosa, Facchini, 2009; Facchini, 2005; Meinerz, 2005; Reis, Lopes, 2020).

Essas pesquisas também descrevem recortes temporais a partir dos quais podemos visualizar os trânsitos por meio dos quais essas mulheres experientiam relações “lésbicas”, “bissexuais” e “heterossexuais” ao longo do curso da vida (Barbosa; Koyama, 2006; Oliveira, 2016). O que sugere, por conseguinte, que o tema da saúde não pode ser separado do tema da experiência dos sujeitos, pois as

maneiras como as mulheres percebem os riscos à saúde e as necessidades de cuidado em relação às IST e ao HIV/Aids estão ligadas às sensibilidades e aos valores morais por elas cultivados (Meinerz, 2011; Oliveira, 2016).

Dessa maneira, verifica-se, por um lado, que a reivindicação do acesso à saúde entre essas mulheres tem sido configurada pelas relações entre o Estado, o movimento de lésbicas e a academia (Almeida, 2009; Oliveira, 2020) e, por outro lado, pelas relações entre experiências subjetivas morais e emocionais, negociações com a heteronormatividade e cuidados de si e dos outros (Oliveira, 2016) (OLIVEIRA; OLIVEIRA; NASCIMENTO; LOPES, 2020, p. 9-10).

Neste capítulo,² discuto questões afetivas, morais, éticas e políticas que mutuamente constituem a relação entre a racionalidade neoliberal e a “nova saúde pública”. Para tanto, meu foco analítico recai sobre os mundos sociais particulares de mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres. Esse foco procura destacar os modos de subjetivação, o estado e as políticas públicas que enquadram o campo das práticas sexuais entre essas mulheres.

O ponto de partida para essa discussão é um evento onde apresentei os resultados da minha pesquisa de mestrado em antropologia. Retomo esse evento porque a pesquisa que deu origem à minha dissertação de mestrado

foi, posteriormente, publicada em livro, no outono de 2016; e esse evento específico diz respeito ao lançamento deste livro, que aconteceu em 2017, na Universidade Federal da Paraíba. Na oportunidade, além de lançar o livro, também fui convidada a apresentar as principais ideias da pesquisa em uma palestra intitulada “emoções, moralidades e (homo)sexualidades femininas”³. A atividade contou com a presença de várias mulheres que eram gestoras de políticas públicas, militantes do movimento LGBT local e pesquisadoras universitárias.

Moralidade política e responsabilização

Durante o evento de lançamento do meu livro, apresentei as ideias centrais da minha pesquisa. Enfatizei, entre outros aspectos, que promover práticas de “sexo seguro” constitui um dos objetivos das políticas públicas voltadas para a atenção à saúde integral de mulheres “lésbicas”, “bissexuais” e de outras “mulheres que fazem sexo com mulheres”.

No caso de João Pessoa, o foco das várias oficinas de “sexo seguro” de que participei era a prevenção ao HIV/Aids, às IST's e às hepatites virais. Por meio da disseminação de materiais governamentais sobre “práticas sexuais seguras”, as oficineiras focavam nos sujeitos, pressupondo uma normalização da responsabilidade. Nessas oficinas eram distribuídos

preservativos e lubrificantes, com o objetivo principal de chamar essas mulheres a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde, tornando-as “gerentes de si mesmas”: isto é, ao tornarem-se responsáveis por suas escolhas, elas se tornam melhores autogerenciadoras de seus pensamentos, desejos e prazeres.

As oficinas aconteceram em diferentes lugares, entre eles uma ONG de mulheres lésbicas e bissexuais, um bar voltado às mulheres lésbicas e bissexuais e uma universidade pública. Nesse sentido, as oficinas de prevenção forneciam um local relativamente seguro para as participantes, onde elas podiam discutir e debater umas com as outras sobre suas necessidades de saúde. Nessas oficinas, ao proporcionar o acesso às informações sobre os “métodos de barreira de proteção” e à distribuição de preservativos e lubrificantes, a responsabilidade surge como um valor e uma virtude morais. Essa ênfase na responsabilidade tem como foco principal preservar a vida. A política de prevenção busca, assim, manter a saúde e a vida desses sujeitos individuais por meio de intervenções sobre os seus modos de subjetivação; e o enfoque no disciplinamento do autogerenciamento e da responsabilidade assinala o foco na vida e na normalização. Nesse enfoque político da prevenção, busca-se preservar a vida e, por conseguinte, transformar os indivíduos em um tipo particular de sujeito, que é concebido previamente.

Depois que concluí minha apresentação, a atividade foi aberta às intervenções. Uma das participantes, publicamente autodenominada lésbica e gestora de políticas públicas LGBT do estado da Paraíba, chamou a atenção para a importância do autogerenciamento e da responsabilidade individual com si mesmo e com os outros. Esse seu apelo à responsabilidade, por conseguinte, convidou-me a considerar com um pouco mais de seriedade as economias afetivo-morais que produzem as experiências sexuais destes sujeitos. Passei assim a pensar a responsabilidade desde outra perspectiva, uma que revelasse os diversos significados performados por esta noção, e que não enfatizasse somente o discurso neoliberal da responsabilização. Daí comecei a prestar mais atenção na ideia de ser responsável pelo efeito que se pode ter na saúde do outro, e não apenas por sua própria saúde. Tal perspectiva, no entanto, não exclui da análise as responsabilidades e as obrigações recíprocas que fazem parte da relação entre o estado e os sujeitos, antes, propõe assinalar que o apelo ao estado não significa apenas alinhamento com os ideais próprios do neoliberalismo, mas também pode significar os atravessamentos dos valores do individualismo, apontando, com isso, a coexistência de modos de responsabilidade.

Em resposta à Laura⁴, argumentei que, por um lado, as intervenções realizadas por meio de atividades de

prevenção ao HIV/Aids e às IST's promoviam os discursos neoliberais da redução de riscos, em que os sujeitos autorregulados tornam-se responsáveis pela sua própria saúde. Com isso, apontei que pouca atenção foi oferecida por parte da saúde pública à dimensão vivencial da experiência sexual e corporal destes sujeitos. Por outro, argumentei que, ao serem considerados autônomos e responsáveis, os “sujeitos-cidadãos” escolhem como gostariam de se comportar, bem como de agir, de maneira livre. As oficinas de “sexo seguro”, por sua vez, abriram um pouco mais os caminhos desta reflexão. Pois as oficinas aconteceram em locais institucionalizados e foram promovidas tanto pelo governo municipal como pelo governo estadual, bem como por uma ONG e uma universidade pública. Esse exemplo revela que, no caso de João Pessoa, a intervenção do estado não foi reduzida. Pelo contrário, o estado continua sendo um agente fundamental para a promoção de políticas públicas LGBT. Primeiro, economicamente, uma vez que permanece financiando as atividades de prevenção. Segundo, socialmente, na medida em que mantém as políticas de assistência social e jurídica a esta população.

Uma vez que Laura também estava ali ocupando a posição de gestora de políticas públicas LGBT, a sua intervenção me aproximou da dimensão afetivo-moral do estado, já que seu apelo à responsabilidade enfatizou não

apenas os valores e os afetos produzidos, repartidos e apropriados em torno do problema da saúde sexual destas mulheres, mas também os valores e os afetos cristalizados nos modos como os agentes do estado enfrentam este problema. Nesse sentido, uma das tensões cotidianas e dos dilemas éticos enfrentados por esses agentes se refere à discussão sobre a constituição de sujeitos individuais responsáveis. Pois a ênfase dos discursos neoliberais de responsabilização na escolha e na liberdade individuais tem produzido subjetividades correspondentes. Assim, por meio de adoção de técnicas de autovigilância e autoavaliação se produzem tipos particulares de sujeitos.

Ao enfatizar a minha atenção na dimensão vivencial da experiência sexual dos sujeitos, o foco na relação entre o cuidado e a responsabilidade demonstrou uma dimensão relacional da responsabilidade, pois o “sujeito-cidadão” responsabilizado se move entre valências morais, éticas e afetivas que são diferentes e, às vezes, sobrepostas. Nesse sentido, as narrativas dos sujeitos revelaram que se pratica o cuidado e a responsabilidade em níveis variados de relationalidade. Nesta moral neoliberal, a criação de uma cidadania ética requer um tipo particular de sujeito ético. No contexto aqui descrito, este sujeito se engaja em atos de cuidados e responsabilidades consigo mesmo, mas também com os outros. Nesse modo de subjetivação, cuidado e

responsabilidade são mobilizados como força produtiva. Tal força por sua vez realiza o trabalho de produzir um eu afetivo.

Neste sentido, deparei-me regularmente com relatos nos quais as mulheres narraram não se preocuparem com os riscos de uma relação sexual desprotegida, já que não consideram arriscadas as práticas sexuais entre mulheres, e confiavam em suas parceiras. Muitas vezes, diziam elas, o motivo de estarem ali participando das oficinas se devia ao fato de serem usuárias dos serviços prestados pelas diferentes instituições do estado e de terem sido convidadas individualmente por seus agentes. Esses relatos revelam, por conseguinte, as economias afetivo-morais subjacentes às instituições do estado e às subjetividades ético-morais expressas por seus agentes em relação ao problema da saúde sexual entre mulheres; revelam também o que os sujeitos destes serviços públicos pensam e fazem.

Dessa maneira, ao não considerarem arriscadas as práticas sexuais desprotegidas entre mulheres e assumirem confiar em suas parceiras, as mulheres desta pesquisa assinalam que o cuidado com o outro tem um caráter aberto. Ao praticarem sexo desprotegido, essas mulheres não deixam de se confrontarem com a possibilidade de exporem suas parceiras ao HIV/Aids e às IST's. As relações de cuidado, no entanto, não possuem linhas morais claras de

responsabilidade, e envolvem momentos de negociação entre os sujeitos e a capacidade de tomar decisões, revelando assim diferentes níveis de dependência, bem como de necessidade. Além disso, ainda que o cuidado com o outro se cruze com modos neoliberais de responsabilidade, as narrativas dessas mulheres também apontam modos contrastantes de cuidado e responsabilidade, revelando, com isso, os seus múltiplos enquadramentos. Os diferentes modos pelos quais essas mulheres respondem à lógica neoliberal da responsabilização individual são moldados, portanto, por práticas culturais, políticas e históricas, e, assim, cuidado, responsabilidade e resposta se vinculam a valores morais, éticos e afetivos.

Novamente gostaria de mencionar a intervenção de Laura, pois ela revela ainda uma relação entre ética e política. Mais precisamente, ela aponta para a responsabilidade do estado de proteger a população LGBT. Ao mesmo tempo, a intervenção de Laura não me permite deixar de mencionar o seu sentimento pessoal de responsabilidade em relação à proteção desta população, pois sua intervenção não estava apenas de acordo com o que seria considerado dever do estado, mas também com a sua disposição e a sua sensibilidade afetivas e morais quanto à melhor ação política a ser conduzida em termos de uma ética do cuidado.

Por outro lado, contrastando a intervenção de Laura

com as narrativas de Marcela⁵, encontrei uma expansão horizontal dos sentidos da ética e da moral. A intervenção de Laura me lembrou uma das minhas conversas com Marcela, que acontecera anteriormente ao referido evento. Naquele momento da minha pesquisa, Marcela se autodenominava publicamente lésbica e, como Laura, também trabalhava de gestora de políticas públicas LGBT do estado da Paraíba. Fora do seu local de trabalho, contou que, apesar da posição que ocupava na instituição e de dar oficinas sobre “sexo seguro” para outras mulheres, ela não usava “métodos de barreiras de proteção” nas práticas sexuais com suas parceiras. Para Marcela, tais métodos restringiriam o desejo de uma prática sexual livre da regulação social da sexualidade. Mas, Marcela chama atenção, sobretudo, para os valores compartilhados por ela e suas parceiras. Ela enfatizou, particularmente, a liberdade que elas têm de decidirem como querem transar, o que inclui a escolha do melhor “método de barreiras de proteção”. Nesse sentido, Marcela conta que ela e sua parceira preferem o sexo sem penetração, por isso dispensam o uso de preservativos, por exemplo.

Ao apontar a distinção analítica entre as respostas de Laura e Marcela às chamadas de responsabilização pela sua própria saúde e pela saúde do outro, não pretendo oferecer uma hierarquia normativa entre elas. Considero antes que se

deveria evitar um juízo de valor sobre essas duas respostas éticas, para, assim, enfatizar os diferentes significados que essas respostas éticas possuem. Esse argumento não sugere, no entanto, que os valores incorporados nessas respostas possam ser neutralizados; ao contrário, enfatiza que a análise antropológica não pode atingir a pretensa objetividade, mas apenas reconstruir os fundamentos dos valores particulares, e que tal reconstrução não é exaustiva. A respeito dessa necessidade epistemológica de uma postura reflexiva, gostaria de lembrar que:

Não somos agentes neutros quando lidamos com problemas sociais. Quer reconheçamos ou não, há sempre um posicionamento moral nos objetos que escolhemos, no lugar que ocupamos no campo, na forma como interpretamos os fatos, na forma de escrita que elaboramos (FASSIN, 2012, p. 5; ver também SANTANA, 2017).⁶

Em outras palavras, não se pode interpretar a ética em termos absolutos, pois é preciso considerar as justificativas morais que os sujeitos usam para explicar a si mesmos e aos outros as suas posições éticas. Nesse esforço para tornar inteligíveis as suas justificativas morais, as diferentes respostas éticas dessas mulheres expandem horizontalmente os sentidos da ética e da moral. Ou, dito de outro modo, os sujeitos não são meros implementadores de

regras ou reprodutores de normas, mas são capazes de conhecer a si mesmos, de avaliar pessoas e situações, e de escolher como agir. Ao se cruzarem simultaneamente, justificativas morais e problemas éticos apontam para uma margem de manobra por meio da qual os sujeitos podem negociar normas e regras coletivas (OLIVEIRA, 2016, 2020; FOUCAULT, 1984, 1988; SANTANA, 2017).

Por outro lado, gostaria de ressaltar que o estado não é produzido apenas por instituições, discursos, práticas e leis, por exemplo, mas também por processos políticos de subjetivação. Nesse sentido, o gerenciamento de práticas sexuais produz o estado como processo subjetivo, ao mesmo tempo que o torna normalizado na vida social e incorporado nos sujeitos. Em outras palavras, a regulação da sexualidade importa ao estado, pois, a partir de tal regulação se produz o estado e se justifica a governança, dando a ilusão por sua vez de que o estado é inevitável. Também ressalto que as políticas públicas, ao menos desde uma perspectiva etnográfica, não possuem, portanto, uma linguagem neutra quanto à regulação da sexualidade. Em síntese, trata-se de afirmar, que a sexualidade faz o estado e as políticas públicas, e o estado e as políticas públicas fazem a sexualidade.

Ressalto ainda que, apesar de não acompanhar o trabalho cotidiano de Laura e Marcela nas instituições onde trabalham, procurei aqui assinalar, com base em suas

narrativas, os valores e os afetos que fundamentam as suas relações com seus públicos e com suas instituições, os quais revelam por sua vez a vida moral do estado (ALBINO, 2019; FASSIN, 2015a, 2015b, 2015c; MALUF, 2018; OLIVEIRA, 2020). Sem, no entanto, determinar previamente a forma como lidam com o tema discutido neste capítulo, busquei apontar como elas são confrontadas com o significado político das suas ações. Além disso, ao concentrar minha atenção nas narrativas de Laura e Marcela, meu esforço analítico não foi entender “o estado” da Paraíba, mas apenas apontar como as mulheres da minha pesquisa experimentam e interpretam as suas relações com o estado e com as suas políticas públicas.

Considerações

A partir das análise expostas, assinalo que os modos de reivindicações de responsabilidade e de cuidado têm eficácia e efeitos que são revelados, por exemplo, por meio das sensibilidades morais e éticas que sustentam as experiências afetivas e sexuais dessas mulheres. Neste contexto de intensa moralização, o gerenciamento moral e ético dos riscos nas suas práticas sexuais implica ações preventivas e responsabilidades cidadãs. Pois, a “boa cidadania” exige que os indivíduos assumam a responsabilidade

pelo cuidado de sua própria saúde e pela vulnerabilidade de seus corpos; adotem ações preventivas, com a finalidade de não prejudicarem outras pessoas; e gerenciem suas relações individuais com os riscos. Tais exigências, portanto, fariam parte de suas responsabilidades como “cidadãos”.

Por outro lado, as questões afetivas, morais, éticas e políticas discutidas me levaram a não isolar as substâncias da ética, da moral e dos afetos, o que por sua vez me permite apontar que as mulheres da pesquisa são sujeitos ético-morais que assumem posições ético-morais não apenas em relação a si mesmos, mas também aos outros. Os julgamentos, os valores e os afetos que orientam suas práticas cotidianas revelam as avaliações que sustentam o senso que têm de si mesmos e dos outros. As suas vidas sociais são, assim, permeadas pela dimensão moral, ética e afetiva. Nesse sentido, meu argumento focalizou os possíveis cruzamentos entre as restrições sociais da moralidade e as dimensões individuais da ética.

Contrastando as linguagens da ética, da moral e dos afetos, igualmente não pretendi isolar princípios morais ou dilemas éticos, pois considero que tal reducionismo metodológico deixaria inexploradas certas dimensões morais, éticas e afetivas dos modos de subjetivação por meio dos quais os sujeitos da pesquisa são formados. Por conseguinte, insisto que moral, ética e afetos não podem ser

destituídos de contextos históricos, universos culturais e práticas sociais para, assim, reter a relação entre as macro e micros dimensões. Por fim, marcando os cruzamentos inextricáveis das questões éticas e morais com os afetos, os valores, os princípios e as virtudes, procurei problematizar as diferentes posições dos sujeitos, tanto das agentes das instituições como das mulheres que usam os seus serviços públicos.

Notas

1. Para um panorama mais amplo da ordem sócio-econômico-política neoliberal desde uma perspectiva antropológica, ver Albino e Oliveira (2020b), Brown (2021), Cooper (2021), Ortner (2020a, 2020b) e Wacquant (2012).
2. Texto primeiramente publicado na *Sociabilidades Urbanas* – Revista de Antropologia e Sociologia, em julho de 2020. Essa primeira versão foi lida e debatida pelas alunas e pelos alunos da disciplina “Antropologia política do contemporâneo: abordagens do neoliberalismo”, ministrada pela Profa. Dra. Sônia Maluf no PPGAS/UFSC. Agradeço à Sônia Maluf e às/-aos alunas/os comentários e as questões expostas, os quais contribuíram para a revisão e a ampliação desta última versão. Também agradeço à Chiara Albino a leitura generosa.
3. Agradeço à Mariana Melo o convite e a organização da atividade.
4. Nome fictício.
5. Nome fictício.

6. No original: “Whether we recognize it or not, there is always a moral positioning in the objects we choose, the place we occupy in the field, the way we interpret facts, the form of writing we elaborate”.

Referências

ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara. Apresentação. Dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas. *Sociabilidades Urbanas – Revista de Antropologia e Sociologia*, v. 4, n. 11, p. 15-18, 2020a.

ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara (Org.). Dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas. *Sociabilidades Urbanas – Revista de Antropologia e Sociologia*, v. 4, n. 11, 2020b.

ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara. O governo neoliberal das vidas precárias. _____; MELO, Mariana (Orgs.). *Neoliberalismo, neoconservadorismo e crise em tempos sombrios*. Recife: Seriguela, 2021, p.254-272.

ALBINO, Chiara. Economia performativa da infregatividade: Estado, subjetividades, política e corpos em movimento no contexto da música eletrônica bagaceira. *Revista Visagem*, v. 5, n.1, 2019, p.253-289.

ATHANASIOU, Athena. Estados de emergência, modos de

emersão: atuações críticas de “o povo” em tempos de crise. Tradução, preparação e revisão de Chiara Albino, Jainara Oliveira e Mariana Melo. ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara; MELO, Mariana (Orgs.). *Neoliberalismo, neoconservadorismo e crise em tempos sombrios*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 153-196.

BROWN, Wendy. O Frankenstein do neoliberalismo: liberdade autoritária nas “democracias” do século XXI. Tradução, preparação e revisão de Chiara Albino, Jainara Oliveira e Mariana Melo. ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara; MELO, Mariana (Orgs.). *Neoliberalismo, neoconservadorismo e crise em tempos sombrios*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 91-150.

BOURDIEU, Pierre. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

COOPER, Melinda. Valores familiares do neoliberalismo: bem-estar social, capital humano e parentesco. Tradução, preparação e revisão de Chiara Albino, Jainara Oliveira e Mariana Melo. ALBINO, Chiara; OLIVEIRA, Jainara; MELO, Mariana (Orgs.). *Neoconservadorismo e crise em tempos sombrios*. Recife: Editora Seriguela, 2021, p. 33-88.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo*: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

FASSIN, Didier. Introduction: Toward a Critical Moral

Anthropology. _____. (org.). *A companion to moral anthropology*. West Sussex: Wiley-Blackwell, 2012, p. 1-17.

FASSIN, Didier. Can States be Moral? Preface to the English Edition. _____; et al. *At the Heart of the State. The moral world of institutions*. Pluto Press, 2015a [2013], p. ix-xi.

FASSIN, Didier. Introduction: Governing Precarity. _____; et al. *At the Heart of the State. The moral world of institutions*. Pluto Press, 2015b [2013], p. 1-11.

FASSIN, Didier. Conclusion: Raisons d'État. _____; et al. *At the Heart of the State. The moral world of institutions*. Pluto Press, 2015c [2013], p. 255-261.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da Biopolítica*. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

MALUF, Sônia Weidner. Biolegitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. MALUF, Sônia Weidner; QUINÁGLIA SILVA, Érica (Orgs). *Estado, políticas e agenciamentos sociais*

em saúde: etnografias comparadas. Florianópolis: EDUFSC, 2018, p. 15-44.

MOL, Annemarie. *The logic of care: health and the problem of patient choice.* New York: Routledge, 2008.

NEVES, Ednalva Maciel. *Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco.* São Luís: EDUFMA, 2008.

OLIVEIRA, Jainara Gomes de. *Prazer e risco nas práticas homoeróticas entre mulheres.* Curitiba: Appris, 2016.

OLIVEIRA, Jainara Gomes de. *Regimes de visibilidade e reconhecimento dos modos de vida de mulheres maduras que se relacionam afetiva e/ou sexualmente com mulheres em João Pessoa, PB.* Tese (Doutorado Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

OLIVEIRA, Esmael Alves de; OLIVEIRA, Jainara; NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do; LOPES, Moisés. Apresentação do Dossiê Temático: reflexões em torno da saúde da população LGBT: cruzando temas, problemas e perspectivas. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, v. 3 n. 11, p. 7-18, 2020.

ORTNER, Sherry B. Sobre o neoliberalismo. Tradução Chiara

Albino & Jainara Oliveira. Revisão Técnica Ariel David Ferreira. Dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas. *Sociabilidades Urbanas* - Revista de Antropologia e Sociologia, v. 4, n. 11, p. 19-26, 2020.

ORTNER, Sherry B. A antropologia sombria e seus outros. Teoria desde os anos oitenta. Tradução e revisão Jainara Oliveira & Chiara Albino. Dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas. *Sociabilidades Urbanas* - Revista de Antropologia e Sociologia, v. 4, n. 11, p. 27-50, 2020.

PETERSEN, Alan; LUPTON, Deborah. Introduction.
_____. *The new public health: Health and self in the age of risk*. London: SAGE Publications, 1996, p. ix-xvi.

SANTANA, Tarsila Chiara Albino da Silva. *Da house music à bagaceira: uma etnografia sobre música eletrônica, espacialidade e (homo)sexualidade masculina em Recife, PE*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

WACQUANT, Loïc. Três etapas para uma antropologia histórica do neoliberalismo realmente existente. *Caderno CRH*, vol.25, n.66, 2012, p. 505-518.

WEDEL, Janine R.; SHORE, Cris; FELDMAN, Gregory;

LATHROP, Stacy. Toward an Anthropology of Public Policy.
The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science. 600(1), p. 30-51, 2005.

Entre os riscos e os benefícios da pílula anticoncepcional: os processos de subjetivação dos cuidados de si

Virgínia Squizani Rodrigues

Introdução¹

Eu peguei minha cartela, joguei no lixo, olhei pra ela e falei assim: nunca mais! Não importa o perrengue que eu tenha que passar, o cabelo vai ficar ruim, a pele vai ficar ruim, minha menstruação vai ficar desregulada, mas não importa. Eu não quero mais ficar envenenando meu corpo. - Sabrina, 30 anos, não toma pílula anticoncepcional.²

O depoimento que abre este artigo foi coletado em meados de 2019, durante o trabalho de campo realizado para a dissertação intitulada “Controvérsias em torno da pílula anticoncepcional: usos e recusas do medicamento por jovens mulheres das classes médias urbanas” (RODRIGUES, 2020). Naquele momento, eu dialogava com mulheres que tomavam a pílula anticoncepcional e com mulheres que, após anos de uso sistemático do medicamento, optavam por recusá-lo.

Entre meus objetivos de pesquisa, figurava o interesse em compreender por que jovens mulheres estavam recusando o uso do método contraceptivo que marcaria profundamente a revolução sexual dos anos 1960. Assim como mapear possíveis controvérsias em torno da pílula anticoncepcional com foco nos eixos: medicamento, corpo,

saúde e sexualidade.

A pesquisa desenvolvida na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, contou com a participação de 18 interlocutoras, em sua maioria brancas, heterossexuais, jovens entre 21 e 36 anos de idade, pertencentes às classes médias urbanas. Da mesma maneira que a leitura e análise dos documentos: “Manual de Planejamento Familiar” publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2007 e “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher” (PNDS) publicado pelo Ministério da Saúde Brasileiro em 2009.

Além disso, também foi realizada a conferência de diversas matérias jornalísticas a respeito dos motivos pelos quais diferentes mulheres estariam recusando a pílula. Manchetes como: “Os riscos do anticoncepcional: quem deve se preocupar” (Revista Veja, 2015); “Mulheres dispensam anticoncepcional devido a risco de reações” (O Globo, 2016); “Por que muitas mulheres estão deixando de tomar a pílula anticoncepcional” (Revista Donna, 2017); “Elas não querem tomar pílula: Quem são as mulheres que resolveram questionar os médicos sobre os riscos do método contraceptivo e se tornaram protagonistas na escolha” (Revista Época, 2017); “Por que as 'millennials' estão deixando de tomar a pílula anticoncepcional?” (El País, 2019)³ costumavam figurar nos portais de notícias, assim

como circular por entre redes sociais, indicando que este comportamento de recusa ao medicamento vinha ganhando expansão, bem como atenção midiática ao longo dos últimos anos.

Antes de dialogar com as interlocutoras deste estudo, meu primeiro contato com o fenômeno social em questão se deu por meio de uma pesquisa ativa em grupos online na rede social *Facebook*, entre os anos de 2017 e 2018. Nesses grupos, diversas mulheres compartilhavam relatos de suas experiências contraceptivas, as razões porque estavam deixando de tomar a pílula e suas experimentações com outros métodos contraceptivos.

O discurso de que a pílula seria um veneno capaz de provocar problemas graves de saúde, como o tromboembolismo venoso (TEV)⁴, era recorrente e parecia se repetir conforme um determinado perfil de sujeito. Os enunciados *A pílula nos castra! A pílula mata!*⁵ apareciam, frequentemente, acompanhados de uma leitura minuciosa da bula e dos potenciais efeitos colaterais do medicamento.

Tanto nos grupos online, como na amostra de entrevistas realizadas, encontrei os seguintes argumentos sobre porque recusar a pílula anticoncepcional: *vontade de limpar o corpo e fazer um detox; conhecer melhor o próprio ciclo menstrual; descobrir outra libido; ser mais saudável; evitar problemas de saúde graves; interromper efeitos*

colaterais indesejados do medicamento, como inchaço e dores de cabeça frequentes.

No presente trabalho, procuro esclarecer quais seriam os riscos, os benefícios e os efeitos colaterais da pílula anticoncepcional e como um determinado universo de mulheres navega por entre essas informações, subjetivando diferentes modos de cuidados de si. Além disso, analiso, mais especificamente, os argumentos relacionados à ideia de *limpar o corpo, fazer um detox e, portanto, ser mais saudável.*

Em suma, foi partindo das controvérsias, dos diferentes usos e recusas da pílula, este dispositivo que ora emerge enquanto uma *droga de estilo de vida* (NUCCI, 2012), ora emerge enquanto uma *tecnologia contraceptiva* (SCAVONE, 2004), que me foi possível entrever distintas noções de saúde e cuidado de si que vêm circulando por entre um determinado perfil de sujeitos contemporâneos.

Um breve histórico sobre a pílula

Uma vez que já se passaram quase seis décadas desde o surgimento das primeiras pílulas anticoncepcionais, é interessante observar os modos como este medicamento foi difundido e incorporado ao cotidiano de diferentes mulheres ao longo do tempo. Desde a sua concepção, ao longo da década de 1950, a pílula esteve associada a uma

série de controvérsias. Seja por conta dos processos como se deu o desenvolvimento do medicamento em si⁶, seja pelos aspectos morais de se fazer uso desta prática contraceptiva, seja por seus efeitos colaterais e possíveis riscos à saúde. Vejamos como a pílula e algumas destas controvérsias chegaram ao Brasil.

A pílula anticoncepcional, disponibilizada a partir de 1957 nos Estados Unidos, foi introduzida no Brasil em 1962. Conforme Joana Maria Pedro (2003), é importante lembrar que a década de 1960 foi marcada pela ditadura militar e pela preocupação com as políticas de controle populacional. Além disso, naquela época, a venda do medicamento era destinada, preferencialmente, às mulheres casadas das camadas médias. As mulheres das camadas populares poderiam obter a pílula, assim como o Dispositivo Intrauterino (DIU), de modo gratuito através de organizações como a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). “Assim, enquanto em lugares como a França a pílula somente foi liberada para consumo em 1967, no Brasil a pílula anticoncepcional e o DIU foram comercializados sem entraves desde o início da década de 60” (PEDRO, 2003, p. 241).

Em seu país de origem, inicialmente a pílula foi promovida como um medicamento para tratar “desordens da menstruação”, uma vez que não era permitida a

divulgação de informações sobre contracepção por esse Estado. “Devido a questões políticas, a 'regulação' do ciclo menstrual através do uso da pílula foi, inclusive, a primeira indicação clínica na época de seu lançamento” (NUCCI, 2012, p. 132). Desse modo, a pílula passou a ser vista não só como um método de contracepção, mas também como uma *droga de estilo de vida* responsável por tornar a vida da “mulher moderna” mais “confortável” e melhorar sua “qualidade de vida”.

Uma das principais controvérsias internacionais que repercutiu no Brasil estava relacionada à segurança do medicamento e aos riscos de desenvolver doenças graves, como tromboembolismo venoso, ataques cardíacos, anomalias visuais e câncer. Tais discussões fomentaram o processo de regulamentação e regulação das pílulas por parte do Estado. Sintomas como náuseas, dores de cabeça e retenção de líquido eram vistos como de menor importância frente aos problemas considerados mais graves como a gravidez indesejada, a alta taxa de “abortos criminosos” e a necessidade de um método eficaz no controle das taxas de natalidade.

Assim, desde o início, a pílula foi se construindo e se fixando como um “mal necessário” - como podemos observar nos relatos de resgate de memória de trabalhos anteriores:

Eu tinha ânsia de vômito, náusea, dor de cabeça, com o Neovlar; depois tinha o Primovlar. Este último que dava problema. Depois passei a tomar o Neovlar. Mas mesmo assim com problema [...] eu tinha que tomar (Dolores, geração pílula). (PEDRO, 2003, p. 250).

Jannotti et al. (2015) também buscaram compreender como ocorreu a estabilização das vendas e o consumo de anticoncepcionais no Brasil através da investigação de matérias publicadas pelo jornal O Globo durante o período de 1960 a 1979. Através da técnica de análise narrativa procuraram identificar “como os enredos sobre as pílulas anticoncepcionais foram construídos e como contribuíram para a ideia de um produto seguro, eficaz e oportuno” (JANNOTTI et al., 2015, p. 3). Em seu estudo, é possível verificar que o debate social em torno do uso da pílula sempre foi controverso e intermediado por diferentes atores e instituições: médicos, instituições privadas, Igreja Católica e Estado.

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o DIU de cobre e a pílula anticoncepcional são os métodos contraceptivos mais utilizados no mundo. O último relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS), publicado em 2009, descreve o perfil da população brasileira feminina em idade fértil e confirma este dado. Em 1996 a esterilização feminina

(ligadura de trompas) era o método mais utilizado no Brasil. Porém, a partir de 2006 os métodos como a pílula anticoncepcional, a esterilização masculina e a camisinha passaram a figurar entre os métodos mais utilizados.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, a distribuição percentual das mulheres de 18 a 49 anos de idade que menstruam e usam algum método para evitar a gravidez é de: pílula (61,6%), camisinha masculina (36,7%), contraceptivo injetável (10,1%), tabelinha (3,9%), DIU (3,0%), Pílula do dia seguinte (2,1%), Camisinha feminina (1,1%) e outros (3,3%).

Os dados acima são fundamentais para que possamos localizar a pílula anticoncepcional no cenário mais amplo da anticoncepção brasileira e perceber como esta prática contraceptiva tornou-se hegemônica com o passar do tempo.

Conforme a literatura, podemos perceber que a pílula sempre foi um objeto de disputas e controvérsias. Entretanto, tais controvérsias foram se modificando ao longo do tempo. Inicialmente, apesar de uma série de perguntas a respeito da segurança do medicamento se fazer presente, a pílula foi centralmente um objeto de controvérsias morais devido à liberação sexual da mulher e à liberação da imposição da maternidade.

Lembro que, conforme os estudos de Pedro (2003),

somente as mulheres *casadas* poderiam adquirir o medicamento em farmácias durante os anos de 1960. Foi a partir do afrouxamento das restrições morais, em torno dos anos 1980, que o consumo do medicamento começou a se estabilizar a ponto de, nos anos 2000, tornar-se um método contraceptivo que “toda mulher utiliza”. Segundo as interlocutoras da pesquisa por mim realizada, mulheres nascidas no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 que atingiram a puberdade em meados dos anos 2000, muitas vezes o uso do medicamento anticoncepcional se deu logo após a menstruação. E, em alguns casos, antes mesmo do início da vida sexual. Comportamento bastante diverso quando comparado ao momento de chegada da pílula no Brasil. Desse modo, podemos inferir que o uso do medicamento não só se propagou, a ponto de se tornar hegemônico, como passou a ser introduzido cada vez mais cedo na vida das mulheres das classes médias urbanas.

É de surpreender, portanto, que exista um universo particular de mulheres optando por deixar de tomar o medicamento, justamente quando esse se tornou hegemônico. Em seguida, tratarei de alguns dos motivos pelos quais jovens mulheres têm optado por recusar a pílula anticoncepcional.

Controvérsias sobre o uso do medicamento

Uma das hipóteses levantadas por este estudo, e confirmada pelo trabalho de campo, é o de que as controvérsias a respeito da segurança do medicamento voltaram a ser discutidas em determinados grupos sociais. Se, inicialmente, os debates em torno da pílula aparentavam ser majoritariamente morais, atualmente as controvérsias concentram-se sobre os potenciais riscos do medicamento à saúde das mulheres e à ocorrência de tromboembolismo venoso.

As pesquisas científicas conduzidas a respeito desta problemática ainda são poucas e, por mais que a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) afirme que “para a maioria das mulheres saudáveis em idade reprodutiva, os benefícios dos contraceptivos orais combinados superam os riscos” (2016, p. 10), uma polêmica entre diferentes gerações de medicamentos figura.

Atualmente, são consumidas e comercializadas pílulas de terceira e quarta geração (algumas à base de drospirenona, substância relacionada ao aumento de coágulos sanguíneos) desenvolvidas com o objetivo de diminuir efeitos colaterais secundários, tais como náuseas e dores de cabeça. Porém, alguns estudos indicam que as gerações mais recentes de anticoncepcionais ampliam em 1,5% as chances de ocorrência de tromboembolismo em

comparação às pílulas de segunda geração (à base de levonorgestrel e noretisterona)⁷. Entretanto,

[o] tromboembolismo venoso em não-usuárias de idade reprodutiva atinge 4-5/10.000 mulheres por ano, já com o uso de contraceptivos orais a taxa aumenta para 9-10/10.000 mulheres por ano. [...] Evidências contraditórias e a influência da mídia sobre o risco de tromboembolismo venoso atribuído ao componente progestagênico das pílulas mais recentes têm levado as mulheres ao medo e à confusão sobre a segurança dos contraceptivos orais (FEBRASGO, 2016, p. 10).

Levando em consideração que, estatisticamente, os riscos do medicamento são inferiores a seus benefícios, podemos inferir que o debate contemporâneo sobre o uso das pílulas anticoncepcionais, de certo modo, vincula-se à *crise do sistema de peritos* (CESARINO, 2021). Tal crise pode ser compreendida como uma crise de confiança em órgãos especialistas intermediários, como instituições midiáticas, médicas ou órgãos de saúde, etc. Em um momento de crise e de redefinição das bases de confiança, as pessoas tendem a voltar-se para novas fontes de conhecimento (ZOONEN, 2012). Assim, a experiência do eu, da compreensão de si e do melhoramento de si tornam-se sinais do que Liesbet van Zoonen chama de *I-pistemology* (Eu-pistemologia).

Em campo, deparei-me por diversas vezes com

relatos de mulheres que desejavam *conhecer a si mesmas* através do ciclo menstrual e, por isso, optavam por não mais fazer uso da pílula. Além de testemunhar uma valorização da própria experiência, pude perceber uma supervalorização da menstruação e do corpo sem influências hormonais externas. A este ideal de corpo “sem hormônios” pude perceber a associação de *um corpo mais saudável*.

Porém, antes de detalhar porque parte das mulheres do grupo pesquisado associa não tomar a pílula a ser *mais saudável*, é de interesse compreender como a pílula anticoncepcional vinha/vem sendo manejada tanto pelas sujeitas de pesquisa, como pelos órgãos de saúde e profissionais responsáveis por sua prescrição.

Tomar uma pílula todos os dias como indica o Manual de Planejamento Familiar (2007) publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é justamente o que a maioria das mulheres com quem tive a oportunidade de dialogar não deseja mais realizar. Entretanto, a indicação para *tomar uma pílula todos os dias* é o primeiro ponto básico de explicação do funcionamento dos Anticoncepcionais Orais Combinados (AOCs), uma vez que “quando não há erros na ingestão das pílulas, ocorre menos de uma gravidez em 100 mulheres utilizando AOCs no primeiro ano” (OMS, 2007, p. 2).

Dos 18 métodos contraceptivos listados pelo

Manual, nove são métodos hormonais e, desses, os três primeiros contraceptivos apresentados são justamente as pílulas anticoncepcionais: AOCs; Pílulas de Progestágeno, também conhecidas como Mini Pílulas; e Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, também conhecidas como a Pílula do Dia Seguinte.

O Manual também orienta os profissionais da saúde a aconselharem suas pacientes acerca dos efeitos colaterais provocados pela pílula. Entre seus possíveis efeitos colaterais, riscos e benefícios à saúde estão: *alterações no padrão da menstruação; dores de cabeça; tontura; náusea; sensibilidade das mamas; alterações de peso; alterações de humor e acne.*

Entre as “outras alterações físicas possíveis” apenas é citada a possibilidade de aumento da pressão arterial e, até esse momento, nada é mencionado com relação à possibilidade de incidência de câncer ou de tromboembolismo. Ainda na mesma página em que os efeitos colaterais são listados, há um quadro que indica “porque algumas mulheres dizem que gostam de anticoncepcionais orais combinados”. Sendo apontados três motivos: “ficam sob controle da mulher; pode-se interromper a ingestão a qualquer momento sem o auxílio de um profissional de saúde; não interfere no sexo” (idem, p. 2)⁸.

O manual segue com uma lista de doze benefícios de

se tomar a pílula, contra apenas três riscos conhecidos raros, ou extremamente raros, para a saúde. Alguns dos benefícios são *ajudar a proteger contra: risco de gravidez; câncer de endométrio; câncer de ovário; doença inflamatória pélvica sintomática; cistos ovarianos; anemia por deficiência de ferro*. Além de *reduzir: cólicas menstruais; problemas de sangramento menstrual; dor na ovulação; excesso de pelos na face ou no corpo; sintomas de síndrome do ovário policístico; sintomas de endometriose*. Entre os riscos conhecidos raros estão: *coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas dos pulmões (trombose de veia profunda ou embolia pulmonar); e riscos extremamente raros: derrame (acidente vascular cerebral); infarto do miocárdio*. Com relação aos riscos de câncer de mama, o Manual indica que “[o]s resultados de pesquisas sobre AOCs e câncer de mama são de difícil interpretação” (OMS, 2007, p. 4) e que ainda não foi esclarecida a possível existência de “um efeito biológico dos AOCs sobre o câncer de mama”.

Ainda segundo o Manual de Planejamento Familiar (2007), na maioria dos casos, os efeitos colaterais do medicamento tendem a desaparecer após os primeiros meses de uso. Entretanto, conforme apontaram algumas interlocutoras, determinados efeitos colaterais como *náuseas e dores de cabeça* jamais deixaram de existir durante os quase 10 anos de ingestão da pílula anticoncepcional.

Além da descrição dos benefícios e dos possíveis efeitos colaterais da pílula, o Manual de Planejamento Familiar da OMS (2007) apresenta uma série de aconselhamentos sobre como lidar com problemas relatados de efeitos colaterais. Apesar de o primeiro aconselhamento sugerir o acolhimento das insatisfações da mulher: “Caso a cliente relate efeitos colaterais ou problemas, ouça suas preocupações, aconselhe-a e, se conveniente, trate-os” (*idem*, p. 17). O próximo aconselhamento inicia imediatamente com a indicação: “Incentive-a a continuar tomando uma pílula por dia mesmo que ela tenha efeitos colaterais [e no caso de os efeitos colaterais persistirem] forneça a ela uma fórmula diferente de AOC” (*ibidem*).

Com relação às frequentes dores de cabeça mencionadas por muitas mulheres, o Manual recomenda o uso de outros medicamentos, mas não indica a possibilidade de interrupção da pílula: “Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000mg) ou outro analgésico” (p. 18).

Já com relação às alterações de humor ou de desejo sexual, em nenhum momento é considerado que a pílula possa ter algum efeito sobre tais sintomas, a não ser quando essa não está sendo ingerida: “Algumas mulheres apresentam alterações no humor durante a semana em que não tomam hormônio (os sete dias em que uma mulher não

toma as pílulas hormonais). Considere a possibilidade do uso estendido e contínuo” (p. 19).

É justamente esse “incentivo” à mulher continuar tomando uma pílula todos os dias, “mesmo que ela tenha efeitos colaterais” que nos remete aos diferentes processos de biomedicalização abordados por Clarke et al. (2010, *apud* ROHDEN, 2017). Segundo as autoras, são as transformações da biomedicina, a partir de 1985 por meio das inovações tecnocientíficas, que permitiram a emergência dos complexos processos de biomedicalização das sociedades. Esses compreendem a vida enquanto matéria a ser controlada, além de conformar regimes de verdade centrados na responsabilização do indivíduo. Assim, aspectos biológicos se tornam centrais tanto na política quanto na economia a ponto destas se transformarem em biopolítica e bioeconomia.

Nesses regimes, a preocupação com a saúde passa a ser atributo moral que pode ser experimentada tanto individualmente, através de um projeto de aprimoramento de si, quanto coletivamente. Como explica Foucault (2017), “de um polo a outro d[a] tecnologia do sexo, escalona-se toda uma série de táticas diversas que combinam, em proporções variadas, o objetivo da disciplina do corpo e o da regulação das populações” (p. 158).

Ao longo da pesquisa, foi possível perceber que no

momento em que algumas mulheres se deparam com os riscos que o medicamento fornece – seja porque leram alguma matéria jornalística a respeito⁹; seja porque testemunharam alguma amiga passar mal; ou porque tomaram conhecimento de algum episódio de embolia pulmonar e/ou acidente cardiovascular cerebral (AVC) ocasionados em decorrência do uso da pílula anticoncepcional – elas cogitam interromper o uso do contraceptivo.

Riscos e benefícios da pílula anticoncepcional

Recentemente, demais estudos sobre os efeitos colaterais das pílulas anticoncepcionais foram realizados junto às usuárias do medicamento. É o caso da pesquisa realizada na França por Sabrina Debusquat (2017). Segundo a autora, setenta por cento das mulheres que responderam sua enquete revelaram sentir efeitos secundários negativos ou indesejáveis ao tomar a pílula. A baixa libido figurou como o principal efeito negativo com 69,6% das respostas. Seguido de: aumento de peso (53,6%); problemas de humor como depressão ou irritação (51,9%); dores de cabeça (36%); secura vaginal (34,2%); desconforto ou sensibilidade nos seios (29,1%); acne (21%); micoses de repetição (20,3%); piora da circulação sanguínea (17,7%); escapes menstruais (15,1%); cistites (14,7%); desconforto digestivo (14,3%);

queda de cabelo (12,7%); dores ovarianas (12,6%); náuseas (11,5%); secura da pele (10%); vertigens (6,9%); outros - como taquicardia, alergias, fadiga, etc. (12,2%).

Durante o trabalho de campo desta pesquisa, o relato da compreensão dos riscos e dos benefícios advindos do uso da pílula variou conforme a experiência e o histórico corporal de cada interlocutora. *Ter mais ou menos libido, ter uma pele mais ou menos bonita, levar uma vida mais ou menos saudável, estar mais ou menos suscetível a problemas de saúde como tromboembolismo e câncer, ter mais ou menos cólicas, ter um fluxo menstrual mais ou menos intenso, conhecer seu próprio fluxo/corpo, ter mais ou menos dores de cabeça, sofrer mais ou menos variações hormonais, sentir mais ou menos medo de engravidar.*

Poder controlar a menstruação e definir quando, e se, esta deve ocorrer, ainda se mostra como um dos principais benefícios da pílula para algumas mulheres. Entretanto, existem aquelas que se sentem dispostas a abrir mão de tal benefício. Seja porque têm medo dos possíveis riscos à saúde, seja porque desejam conhecer o funcionamento de seus corpos sem uma influência hormonal externa. De qualquer modo, tomando a pílula ou recusando o uso desta, ambos os grupos de mulheres, que ora defendem, ora condenam a pílula, revelam em suas narrativas uma preocupação constante com a saúde de seus corpos.

Eu acho que a gente é muito mal informada com relação à pílula. Porque eu estava tomando algo que era perigoso sim e eu passei por vários médicos e ninguém nunca me alertou. Tudo bem, está lá na bula os possíveis efeitos colaterais, mas qualquer remédio pode provocar muita coisa. Então, eu acho que os efeitos colaterais da pílula são tratados como banais, sabe? A menina mal começa a menstruar e "bota a pílula". Bota pílula pra regular o ciclo, bota pílula pra diminuir pelo e espinha... A gente está interferindo no nosso corpo desde muito cedo e às vezes nem tem a ver com a vida sexual e mais a ver com uma regulação do corpo. - Renata, 31 anos, não toma pílula anticoncepcional.

Mulheres que sofriam de algum distúrbio da menstruação, como endometriose¹⁰ ou dismenorreia¹¹, tendiam a visualizar a pílula como uma forma de tratar os efeitos colaterais de um ciclo menstrual doloroso para, depois, considerá-la um método contraceptivo. Nesses casos, os benefícios da pílula eram percebidos como superiores aos riscos.

Pra mim, a pílula é muito mais um medicamento do que um método contraceptivo e as pessoas não entendem. As pessoas acham que eu uso só pra transar sem camisinha e não! De verdade, não. É legal poder transar sem camisinha com meu namorado, mas uso a pílula muito mais pra poder ter uma vida social

normal. [...] Eu tenho que ter essa noção, eu preciso estar num ambiente controlado pra poder passar tão mal de cólica. E se eu não estiver num ambiente controlado, eu to ferrada. - Giovana, 25 anos, toma pílula anticoncepcional.

Porém, para aquelas mulheres que haviam adotado a pílula como método contraceptivo e/ou medicamento de estilo de vida, uma vez que tomavam conhecimento dos efeitos colaterais do medicamento, em alguns casos os riscos passavam a ser percebidos como superiores aos benefícios.

Começou simplesmente a dar medo de morrer, medo de dar algum problema tomando medicamento. Aí eu pensei: não preciso mais. Vou enfrentar as coisas, vou enfrentar a menstruação desregulada, não vou poder controlar quando eu menstruo, mas... O medo de ter trombose ou de acontecer qualquer outra coisa era maior. [...] Porque eu comecei a ler relatos de mulheres jovens, mais saudáveis do que eu, que não fumavam, não bebiam, que praticavam esportes, com trombose, com derrame, morrendo! Mulheres entrando em coma por causa da pílula, onde a única causa possível era a pílula. Aí eu comecei a me questionar sobre o Selene. Se ele é proibido na França, por que ele é liberado aqui? Ainda mais sem receita?! Não faz sentido pra mim. Não fazia sentido pra mim isso ser possível. - Gisela, 26 anos, não toma pílula anticoncepcional.

Já com relação aos efeitos colaterais indesejados de se

tomar a pílula, pude encontrar os seguintes sintomas nos relatos que me foram conferidos: *inchaço/retenção de líquido; dores de estômago/enjoo; dores de cabeça frequentes; desânimo/depressão; baixa libido e secura vaginal.* Esses efeitos colaterais acabavam sendo avaliados sempre em contraponto aos “efeitos colaterais” de uma menstruação sem intervenção hormonal externa: *fortes cólicas menstruais; variações de humor; TPM intensa; aumento de acne; queda de cabelo/aumento de oleosidade capilar.*

Segundo o Manual de Planejamento Familiar da OMS (2007), no caso do surgimento de sintomas decorrentes dos efeitos colaterais do medicamento, a orientação é trocar a classe do medicamento até encontrar algum que provoque a menor quantidade de efeitos colaterais indesejados possíveis. O que as interlocutoras desta pesquisa apontaram, entretanto, foi o desejo de não mais realizar *intervenções experimentais em seus corpos* – quando tais intervenções partem de sugestões médicas. Por isso, em alguns casos, entre trocar a classe do medicamento e interromper o uso da pílula, ganha a recusa aos métodos anticonceptivos hormonais. O que não significa, entretanto, que outros tipos de intervenções experimentais alternativas não sejam empregadas pelas próprias mulheres.

Ligar o corpo e ser saudável

Quando eu penso em ser saudável, a primeira coisa que eu penso é em não ficar doente e depois em me sentir bem. Ultimamente, eu tenho sentido muita enxaqueca e muita dor no intestino. Eu acho que pode ser alguma coisa alimentar. Para mim, eu vou estar bem saudável quando eu descobrir o que está causando esse mal-estar e o que eu tenho que parar de fazer pra poder ficar bem. Mariana, 30 anos, não toma pílula anticoncepcional.

Ao longo da pesquisa foi possível perceber que as mulheres que recusam a pílula se referem ao momento de interrupção do uso do medicamento como *um momento detox* de suas vidas, atrelando a interrupção do uso da pílula a um modo de ser mais saudável. Em relação à concepção do que significa *ser mais saudável* para as mulheres entrevistadas, identifiquei em suas narrativas tanto preocupações ambientais¹², quanto práticas que passavam pela recusa ao uso de medicamentos em geral, especialmente àqueles à base de hormônios.

Além de *não querer tomar um medicamento todos os dias*, vários dos relatos das mulheres que recusavam a pílula anticoncepcional, também consideravam outros medicamentos – como anti-inflamatórios e relaxantes musculares – invasivos ao corpo. Por isso, ao sofrer de dismenorreia, algumas das mulheres que não tomavam a

pílula preferiam tratar suas dores menstruais fazendo uso de chás medicinais e/ou de fitoterápicos – como a ingestão de cápsulas de óleo de primula e da infusão de chás tipo camomila, mil folhas ou erva cidreira.

Porém, para além da recusa aos medicamentos em si, reforço que foi possível notar uma supervalorização da “natureza”. Se, algumas décadas atrás, estava em pauta a supressão e a *desnaturalização da menstruação* (MANICA, 2003), atualmente nota-se uma supervalorização da menstruação, bem como da mulher que menstrua sem a interferência de hormônios externos (ou analgésicos). Ou seja, uma valorização da experiência do eu e do melhoramento de si por meio da valorização do próprio ciclo menstrual.

De uns anos pra cá eu comecei a acreditar que a natureza é muito perfeita, que o nosso corpo é muito perfeito e que tudo o que a gente coloca nele é só porque a gente tem algum problema e se tu não tens problemas, não tem porque colocar [medicamentos] no teu corpo. Mariana, 30 anos, não toma pílula anticoncepcional.

Por mais que exista uma preocupação em relação aos efeitos colaterais da pílula anticoncepcional e seus possíveis riscos à saúde, também foi possível perceber que o desejo por ser *mais saudável* encontra-se atrelado às práticas de

melhoramento de si. Entretanto, ao invés de almejar o melhoramento por meio da realização de intervenções corporais, neste caso em específico, o aprimoramento de si passa pela recusa do que essas mulheres tomam por artificial: o uso de medicamentos hormonais. Assim sendo, o cuidado do eu emerge sob o ideal de valorização de *um corpo limpo* e, portanto, mais próximo de sua “verdadeira” natureza.

Contudo, apesar da forte recusa ao uso de medicamentos, é preciso apontar que anti-medicalização não significa, necessariamente, anti-ciência para essas mulheres. Ao contrário. Em campo, pude perceber que uma das demandas do grupo de mulheres pesquisado era, justamente, por *mais ciência e mais acesso às informações relacionadas ao funcionamento fisiológico de seus corpos*. Pois somente a partir do conhecimento a respeito do próprio ciclo menstrual é que essas mulheres acreditavam ser capazes de produzir outros saberes e outros modos de cuidado e administração saudável de si. O que reforça a ideia de que a crise do sistema de peritos associa-se, principalmente, à crise de confiança nos órgãos intermediários (como as instituições médicas) e não necessariamente corresponda a uma crise de confiança nas pesquisas científicas (informação verbal)¹³.

A lógica de *limpar o corpo para ser mais saudável* reflete a saúde enquanto elemento chave dos regimes éticos

contemporâneos (ROSE, 2007). As técnicas de aprimoramento de si sempre existiram, ainda que de diferentes modos. Entretanto, atualmente, parecemos caminhar de um ideal de normalização de si e do corpo, para sua devida customização e otimização. Daí a pergunta *O que fazer para ser mais saudável?* que circula entre tantos sujeitos das classes médias contemporâneas.

Joseph Dumit (2012) em seu livro “Drogas para a vida: como as companhias farmacêuticas definem nossa saúde”, aponta para como a noção de saúde vem sendo redefinida nas últimas décadas, especialmente a partir dos anos 1960. Segundo o autor, saúde deixa de ser um estado e passa a ser uma categoria relativa, a depender dos variados exames clínicos que podem apontar a existência, ou não, de um determinado risco de saúde a ser controlado/contornado com algum tipo de medicamento.

Constantemente somos inundados por fatos e, uma vez informados, passamos a ser responsáveis pelos possíveis efeitos/consequências de se realizar um exame, ou não; tomar um medicamento, ou não; e no caso das mulheres que fazem uso da pílula anticoncepcional, interromper seu uso, ou não. Assim, diante de pesquisas e fatos científicos a respeito dos efeitos colaterais da pílula – por mais “inconclusivos” que sejam muitos dos resultados – algumas mulheres se sentem na obrigação de tomar alguma decisão a

respeito do uso da pílula sob a premissa de que *não tomar é ser mais saudável*.

Nikolas Rose (2007) observa como nos relacionamos com nós mesmos enquanto indivíduos somáticos que se articulam por meio de uma linguagem biomédica. Já Fabíola Rohden (2002) aponta que esse tipo de “somatização”, ou “patologização”, é ainda mais evidente no estudo do corpo da mulher cuja vida é frequentemente caracterizada pela medicina a partir de seu ciclo reprodutivo. Frequentemente, nossa individualidade parece estar fundamentada em nossa existência carnal (sempre passível de alguma melhoria). O corpo, a vida, a biologia, a vitalidade são, hoje, campos abertos à experimentação e à contestação. Assim, durante o trabalho de campo, foi possível perceber como determinados modos de biossociabilidade estimulam, e responsabilizam, os sujeitos a estarem constantemente atentos à própria saúde de forma “proativa”. Bem como atentos às práticas que devem e, principalmente, não devem realizar.

Considerações

Ao longo deste trabalho, trouxe um breve histórico da inserção da pílula anticoncepcional no cotidiano de diferentes mulheres brasileiras com o intuito de demonstrar

como a pílula sempre esteve rodeada de controvérsias desde o seu surgimento. Fossem essas controvérsias morais ou científicas, após certo período de “estabilização” do uso e consumo do medicamento, a pílula tornou-se um método contraceptivo hegemônico. Entretanto, novas controvérsias a respeito dos riscos da pílula provocar tromboembolismo venoso voltaram à cena, acompanhadas de uma supervalorização da menstruação.

Desse modo, por mais que a pílula seja amplamente difundida e estimulada por profissionais médicos e órgãos de saúde como o Manual de Planejamento Familiar da OMS, um determinado universo de jovens mulheres das classes médias urbanas tem recusado o uso do medicamento contraceptivo sob a premissa de *conhecer melhor a si mesmas e viver uma vida mais saudável*.

De fato, muitas pesquisas científicas a respeito dos possíveis riscos à saúde e efeitos colaterais da pílula anticoncepcional apontam para *resultados não conclusivos*. Pois, se por um lado a pílula contribui para o aumento do risco de desenvolver câncer de mama, por outro, contribui para a diminuição do risco de câncer de ovário e de endométrio¹⁴. Além mais, a orientação para incentivar que pacientes continuem a tomar a pílula, *mesmo que tenham efeitos colaterais*, não contribui para o aumento da suposta “qualidade de vida” que a pílula deveria promover enquanto

droga de estilo de vida (NUCCI, 2012).

Ao passo que, para algumas mulheres, a pílula é um medicamento crucial para o combate à dismenorreia e o melhoramento de qualidade de vida, para outras é justamente o que provoca uma piora considerável em seu bem-estar. Para as interlocutoras deste estudo, a pílula não deveria ser encarada enquanto “uma solução para tudo”, pois adotar a pílula de forma normativa seria colocar em risco à própria saúde “sem necessidade”. Assim sendo, diante da busca de *um corpo saudável*, foi possível observar a emergência de práticas alternativas de cuidado que podem tanto ser conjugadas com o uso da pílula, quanto priorizadas diante da recusa ao anticoncepcional.

Além disso, ao longo deste estudo, foi possível perceber que a decisão de tomar, ou não tomar a pílula anticoncepcional, do ponto de vista dos indivíduos, passa por uma série de negociações que envolvem desde o potencial risco de uma gravidez indesejada até a aceitação, ou não, dos potenciais riscos à saúde e os efeitos colaterais provocados pelo medicamento. Tais negociações refletem a saúde como um conjunto de práticas de cuidado e aprimoramento de si, voltadas para a valorização da experiência do eu.

Conforme aponta Sônia Maluf (2005), por meio de “práticas alternativas” de cuidado, um corpo “não

hegemônico” é produzido. Do ponto de vista do universo de mulheres pesquisado que recusa a pílula, este corpo “não hegemônico” é regido pela temporalidade “cíclica” do ciclo menstrual da mulher e tende a ser percebido como *mais saudável* do que os corpos regidos pela temporalidade “linear” da cartela de comprimidos anticoncepcionais. Entretanto, para aquele universo de mulheres que faz uso da pílula anticoncepcional, um corpo saudável é um corpo que não sofre de dismenorreia, por exemplo.

Finalmente, diante da busca do *corpo saudável*, o universo de mulheres pesquisado revela indivíduos que se consideram responsáveis pela gestão da própria saúde e, por isso, buscam cada vez mais por: informações a respeito da própria pílula; informações a respeito do ciclo menstrual da mulher; outros métodos contraceptivos; outras práticas de cuidado que partilhem de epistemologias “menos duras”; e redes de apoio de cuidado entre mulheres. Por outro lado, do ponto de vista dos indivíduos, *ser saudável*, não se trata “apenas” de tomar ou deixar de tomar um determinado medicamento, mas de realizar investigações e avaliações constantes sobre si e de estabelecer conexões com outras práticas e formas de conhecimento sobre o eu. Nesses casos, a experiência do eu tende a se sobrepor às recomendações das instituições médicas e dos órgãos de saúde, apontando para a atual crise do sistema de peritos.

Notas

1. Uma versão inicial deste trabalho foi escrita como capítulo da dissertação “Controvérsias em torno da pílula anticoncepcional: usos e recusas do medicamento por jovens mulheres das classes médias urbanas” (RODRIGUES, 2020), realizada sob orientação da Professora Dra. Sônia Weidner Maluf. A pesquisa a que este artigo se refere foi elaborada, entre os anos de 2018 e 2020, com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (bolsa de mestrado). Agradeço às editoras Jainara Oliveira e Chiara Albino pelo convite à escrita e pelo trabalho de divulgação de novas pesquisas em Antropologia Social.
2. Com o intuito de preservar a identidade das interlocutoras deste estudo, todos os nomes foram substituídos por nomes fictícios.
3. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/os-riscos-do-anticoncepcional-quem-deve-se-preocupar/> Acesso em: 23 de março de 2021; Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/mulheres-dispensam-anticoncepcional-devido-risco-de-reacoes-19913578>. Acesso em: 23 de março de 2021; Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/donna/sexo-e-relacionamento/noticia/2017/03/por-que-muitas-mulheres-estao-deixando-de-tomar-a-pilula-anticoncepcionalcjk1fpko002u7dcnjj1hw0mo.html> Acesso em: 23 de março de 2021; Disponível em: <https://epoca.globo.com/saude/checkup/noticia/2017/07/elas-nao-querem-tomar-pilula.html>. Acesso em: 23 de março de 2021; Disponível em:

- https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/26/ciencia/1551209357_760518.html. Acesso em: 23 de março de 2021.
4. Tromboembolismo venoso (TEV) trata-se da formação de coágulos de sangue no interior das veias que bloqueiam, de forma parcial ou total, a passagem do sangue. Este termo se refere à combinação de duas doenças, a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar.
 5. Os termos apresentados em itálico ao longo deste trabalho referem-se a falas ou expressões encontradas em campo.
 6. Análises históricas apontam que Margaret Sanger, uma entre as tantas pessoas envolvidas no desenvolvimento da pílula, esteve vinculada aos movimentos eugenistas e racistas de sua época, tendo contribuído para a condução de pesquisas e testes do medicamento entre mulheres negras norte-americanas e mulheres porto-riquenhas ao longo da década de 1950.
 7. Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-updated-information-about-risk-blood-clots-women-taking-birth-control>. Acesso em: 29 de janeiro de 2020.
 8. Com relação a esses três pontos, é interessante observar a suposta “não interferência da pílula no sexo”. Pois, durante a pesquisa de campo, a baixa libido e a secura vaginal foram apontadas como alguns dos principais fatores que levam algumas mulheres a recusar a pílula, uma vez que esses dois sintomas interferem na relação sexual.
 9. Entre os riscos à saúde, um dos mais comentados em revistas e matérias online, entre os anos de 2014 e 2019, foi o risco de tromboembolismo. A foto de capa da Revista

Época de março de 2015 é bastante emblemática a esse respeito. A chamada “Quando a pílula anticoncepcional é a pior escolha” é acompanhada da fotografia de uma mulher que teve os dedos dos pés amputados após um episódio de embolia pulmonar provocado pelo uso do medicamento. Disponível em: <https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/03/quando-pilula-anticoncepcional-e-pior-escolha.html>. Acesso em: 03 de abril de 2021.

10. “A endometriose é uma doença crônica provocada pela migração do tecido que reveste a cavidade uterina, o endométrio, para outras partes do corpo, principalmente para o abdome, além de ovário, ligamentos uterinos, bexiga e intestino. [...] Queixas de cólicas menstruais progressivas e/ou incapacitantes, dor profunda na relação sexual e dor pélvica fora do período menstrual são indicativas de endometriose.” Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/35044-saude-da-mulher-endometriose> Acesso em: 23 de janeiro de 2020.
11. “Dismenorreia é a dor pélvica que surge no primeiro dia do período menstrual. A dismenorreia está dividida em duas categorias: dismenorreia primária – é caracterizada por cólicas nos ciclos menstruais normais, sem associação com problemas mais sérios; dismenorreia secundária está associada a problemas como malformações uterinas, endométrios, miomas, uso de dispositivo intrauterino (DIU).” Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7589-dismenorreia> Acesso em: 03 de abril de 2021.
12. Como afirma Debusquat (2017), para alguns pesquisadores, a pílula seria um perturbador endócrino que afeta o meio-ambiente, uma vez que todo excesso de hormônios não absorvidos pelo corpo das mulheres é expelido na urina, o

que contaminaria rios e afluentes. Durante minha pesquisa de campo também encontrei relatos de mulheres preocupadas com os possíveis impactos ambientais decorrentes do uso da pílula.

13. Fala da Professora Tatiana Roque na aula inaugural do semestre 2020/2 no Centro de Filosofia e Ciências Humanas, UFSC, em 31 de março de 2021.
14. Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-updated-information-about-risk-blood-clots-women-taking-birth-control> Acesso em: 29 de janeiro de 2020.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CESARINO, L. Pós-Verdade e a Crise do Sistema de Peritos: uma explicação cibernetica. *Ilha – Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 23, n.1, p. 73-96, 2021.

CORRÊA, D. *Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos [manuscrito]*: inquérito populacional telefônico. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG. 2012.

DEBUSQUAT, S. *J'arrête la pilule*. Paris: Les Liens Qui

Liberent, 2017.

DIAS, T. et al. “Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?” Debate na mídia entre 1960-1970. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 26(3), 2018.

DUMIT, J. *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. Durham: Duke University Press, 2012.

FEBRASGO. Tromboembolismo venoso e contraceptivos hormonais combinados. *Série orientações e recomendações FEBRASGO*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), v. 4, n.1, nov. 2016.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*, Paz & Terra, Rio de Janeiro/São Paulo, 2017.

JANNOTTI, C. et al. Controvérsias e estabilização da pílula anticoncepcional no Brasil: do malthusianismo ao pós-neomalthusianismo. *XXVIII Simpósio Nacional de História: Lugares dos Historiadores: velhos e novos desafios*, Florianópolis, jul. 2015.

JÚNIOR, A.S. *A política demográfica da Igreja Católica e a medicalização da contracepção (1960-1980)*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

MALUF, S. Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas da Nova Era. *Ilha - Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 7, p. 147-161, 2005.

MANICA, D. *Supressão da Menstruação: Ginecologistas e Laboratórios Farmacêuticos Reapresentando Natureza e Cultura*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). IFCH, Unicamp, Campinas, 2003.

MENEZES, V. Discursos sobre contracepção: Disputas pelo corpo (Fortaleza - Cearpa, 1960-1980). *Fazendo Gênero 9. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. 23 a 26 de agosto de 2010.

NUCCI, M. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, n. 10, abr. pp. 124-139. 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde*. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas, 2007.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 23, n. 45, p.239-260, jul. 2003.

_____. A trajetória da pílula anticoncepcional no Brasil

(1960-1980). *História da Saúde: olhares e veredas.* Organizado por Yara Nogueira Monteiro. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

RODRIGUES, V.S. *Controvérsias em torno da pílula anticoncepcional: usos e recusas do medicamento por jovens mulheres das classes médias urbanas.* Florianópolis, 2020. Dissertação (Mestrado). Curso de Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

_____. Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 29-60, jan./abr. 2017.

ROSE, N. *The politics of life itself: biomedicine, power, subjectivity in the twenty-first century.* Princeton: Princeton University Press, 2007.

SANTANA, J. et W AISSE, S. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil, 1962-1972: qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais? *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 203-218, jul - dez, 2016.

SCAVONE, L. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. *Estudos de Sociologia*, v. 5, n. 9, 2000.

ZOONEN, L. I-pistemology: changing truth claims in popular and political culture. *European Journal of Communication*, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 56-67, 2012.

Fazer e deixar morrer: uma reflexão sobre práticas de cuidado e agência entre moradores de um hospital psiquiátrico

Sabrina Melo Del Sarto

Introdução

Nesta reflexão será desenvolvida uma tentativa de formular e, posteriormente, tensionar, uma equação que relaciona a necropolítica e a institucionalização psiquiátrica permanente. Para tanto, antes de adentrar aos conceitos norteadores desses tensionamentos, apresento o raciocínio que perpassa a construção deste trabalho. Partiremos, primeiramente, da interpretação do neoliberalismo tal como definido por Wacquant (2008, p. 505) como: “uma reengenharia e reestruturação do Estado como a agência principal que estabelece regras e conforma as subjetividades, relações sociais e representações coletivas apropriadas à produção de mercados”. Para, posteriormente, perseguir a flexão da ideia de *deixar viver e fazer morrer*, tecida pelos pressupostos da biopolítica que, formulada por Foucault (2008) e exemplificada por Mbembe (2016, p. 128), pode ser pensada como uma visão que parece dividir os seres entre aqueles que devem viver e aqueles que devem morrer; e da ideia de *fazer viver e deixar morrer*, trazida pelos tensionamentos da necropolítica que, segundo também Mbembe (2016), seria pensada como algumas ações do estado que possibilitam a mercantilização da morte, criando grupos de pessoas que passam a serem consideradas como

“indesejadas” para o pressuposto neoliberal de progresso do país; para enfim chegar na hipótese da criação de um movimento/ideia de *deixar morrer e fazer morrer* em alguns ambientes de internação permanente em hospitais psiquiátricos públicos, onde *faz-se e deixa-se morrer* numa instância que promove à aniquilação de sujeitos. Vale ressaltar, ainda, que as instituições não efetivam necessariamente esta pretensão, uma vez que a própria cotidianidade e as subjetividades daqueles que a vivenciam a extrapola. Adianto que percorrer a cotidianidade será uma potência reveladora neste ensaio.

Para uma melhor compreensão deste raciocínio, apresento os sujeitos etnográficos deste capítulo: moradores permanentes de um hospital psiquiátrico. Estas pessoas habitam a vida institucional há mais de 20 anos, tomam uma média de 23 comprimidos diários e obrigatórios e não têm autorização para saírem da instituição. Todas elas tiveram “alta” médica, entretanto, só poderiam ser “desospitalizadas” se tivessem um responsável legal, fora da instituição, para recebê-las em suas casas. Todas compartilham a mesma situação: não têm nenhum responsável legal para buscá-las e, desde então, continuam vivendo no ambiente manicomial. O hospital, *locus* do trabalho de campo, está localizado no interior de São Paulo, sendo uma instituição psiquiátrica com mais de 60 anos que possui - na sua estrutura geral - alas

públicas e privadas, abrigando moradores permanentes ou pacientes temporários. Os sujeitos referidos nesta reflexão pertencem a uma ala pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que abriga 18 moradores, sendo 11 mulheres e 7 homens. A média etária dos mesmos é de 63 anos e a média de institucionalização é de 23 anos.

Fazer e deixar morrer

Como se sabe, o estado brasileiro tem fortalecido mecanismos de *fazer viver e/ou deixar morrer*, neste raciocínio - baseado nas questões denunciadas pela necropolítica - nos questionamos: qual o lugar daqueles que habitam, de forma permanente, hospitais psiquiátricos no Brasil? Uma série de despersonalização, desumanização e destituição de direitos é direcionada àqueles considerados “loucos” e, como escrito por Foucault (1997), a loucura é, ainda, uma ausência de obra. Nesta ausência/lacuna, diferentes discursos são produzidos para justificar as condições degradantes de (sobre)vivência destas pessoas. Poderíamos recorrer a outros autores que, além de questionarem e demonstrarem o caráter não tão somente biomédico vinculado à loucura, denunciaram também as problemáticas envolvidas na coercitividade da institucionalização, como Goffman (1961), Cunha (1986),

Pessotti (1994), etc. Entretanto, nosso foco aqui será outro. Pensemos nos moradores destas instituições, atualmente, como sujeitos também *deixados para morrer*. O “atualmente” foi colocado propositalmente, isso porque, sabemos que o Brasil tem um longo histórico de lutas e reformas no campo da psiquiatria, entretanto, hoje, pode-se pensar num movimento contrário, numa possível *contra-reforma*, na qual os poucos direitos adquiridos por e para estes sujeitos são colocados, mais uma vez, à prova.

A equação não é simples. Primeiro, saliento que os moradores do hospital psiquiátrico em que fiz minha pesquisa de campo (DEL SARTO, 2020) não podem ser “sujeitos produtivos”, ou seja, eles estão impossibilitados de desempenhar um papel no mercado de trabalho, de produzir mercadorias de valor ou de vender sua força de trabalho. Há três anos, alguns deles desempenhavam o trabalho de empacotador em um supermercado da cidade, entretanto, foram proibidos judicialmente de trabalhar, uma vez que eram aposentados por ‘invalidez’. Acompanhei alguns casos de aflição em que moradores choravam nas assembleias do hospital pedindo para trabalharem e a equipe médica explicava que eles perderiam os benefícios e que não era mais permitido que desempenhassem tarefas laborativas.

A partir das rationalidades neoliberais que estamos inseridos, como sabemos, há uma extensão da rationalidade

econômica aos outros campos e, nesta lógica, o sujeito *não-produtivo* pode ser um sujeito *não-desejado*. Em outras palavras, como há uma linguagem da economia na nossa sociedade, o neoliberalismo extende a ordem econômica para todos os campos, neste sentido, o valor dos sujeitos 'moradores de hospital' é confundido com a falta de valor no mercado de trabalho dos mesmos e as suas vidas passam a serem vistas como um objeto (FOUCAULT, 2005). Com este mesmo sentido, Wacquant (2008), escreveu que nesta lógica o estado não é mínimo, ocorre uma reengenharia do mesmo e neste movimento ele controla as subjetividades. Além disso, ele governa apenas para o topo, passando a ser punitivista e intruso para os precarizados, neste caso, para os moradores.

Além destas políticas de morte, para estes sujeitos é também atribuída a categoria da loucura, tornam-se neste raciocínio, portanto, *sujeitos-não-produtivos-não-desejados-loucos*. Os sujeitos considerados como loucos têm sua 'humanidade' questionada e, muitas vezes, são pensados como *não-sujeitos*. Se eles são vistos como *loucos* e *não-sujeitos*, logo, podemos inferir que *loucos* podem ser considerados, por muitos, como *não-sujeitos*. Se somarmos o *não-desejado*, com o *não-produtivo* e com o *não-sujeito* temos o resultado que expressa exemplos de sujeitos passíveis de ações que *fazem e deixam morrer. Deixar morrer*

implica em destituí-los de direitos e de agência, não necessariamente de forma explícita, mas de forma diária e cotidiana. Já o *fazer morrer*, constitui em não dar as condições básicas de sobrevivência para estas pessoas.

A rotina comum do hospital que fiz minha pesquisa alimenta essa engrenagem e expressa esses movimentos de *fazer e deixar morrer*. Os moradores devem acordar, todos os dias, às sete horas da manhã. Logo em seguida, recebem a primeira medicação do dia, que varia entre cinco e nove compridos - a maioria podendo ser classificada na categoria de psicotrópico. Depois, recebem o café da manhã (bolacha ou pão e café ou leite - nunca as duas opções no mesmo dia) e, em seguida, ficam na ala à espera da próxima medicação e da próxima alimentação. Alguns fazem atividades rotineiras, como limpar os quartos ou os espaços comuns das casas, conversar, ouvir música e assistir televisão. Outros ficam o dia todo sentados nos bancos de cimento que ficam no quintal do hospital. Outros tantos acabam dormindo o dia todo. No meio do dia, às onze horas, é servido o almoço (arroz, feijão e uma mistura - carne ou legume) e, em seguida, a outra medicação. Depois, por volta das quinze horas, recebem o café da tarde (bolacha de água e sal e suco) e mais uma medicação. Às dezessete horas recebem a janta (arroz, feijão e uma mistura - carne ou legume) e mais uma medicação. Depois, às vinte horas, recebem a ceia (bolacha

de água e sal e suco) e a última medicação. As atividades recreativas, no momento da pesquisa, não estavam sendo feitas, uma vez que a ala estava sem cuidadora e era monitorada apenas por enfermeiras que também cuidavam de outras alas da mesma instituição. A única atividade que os moradores faziam com mais frequência era aquela referente aos cuidados com as casas e esta tarefa era feita, principalmente, pelas mulheres, que além de limparem suas próprias casas, recebiam um “pagamento” dos homens para limparem as casas deles também. A rotina comum se resumia em esperar, mas em alguns raros casos, a equipe incluía alguns momentos recreativos, como uma festa de aniversário ou um passeio.

Longe de pensar em movimentos de desinstitucionalização e desospitalização, o hospital em questão parecia funcionar como uma fábrica de loucura. A equipe do local enfrentava uma sobrecarga de trabalho e a instituição precisava de doações para sobreviver. Não era buscada uma melhora na condição psíquica dos internados, nem uma modificação nos tratamentos ou qualquer outro direcionamento que modificasse a condição de serem moradores permanentes. Vale lembrar que muitos deles, principalmente as mulheres, têm históricos de terem tido anteriormente uma vida fora da instituição, com estudo, trabalho e familiares. Outros, têm uma espécie de “coleção de institucionalização”, pois antes de

habitar o hospital, já viveram em outras instituições e vivenciaram também uma sequência de abandonos, normalmente iniciados na infância, quando foram morar em orfanatos. Na fábrica da loucura, o objetivo parece ser mais manter a própria engrenagem institucional funcionando do que buscar sanar ou minimizar os efeitos do que sentem os moradores.

Neste sentido, como um espaço de submissão da própria subjetividade e de todas as instâncias da vida, os moradores habitam esse mundo criado para eles com essa rotina obrigatória comum. Coexistem, neste ambiente, diferentes formas de regulação da vida e do corpo e perseguir esses espaços de submissão pode nos revelar os próprios mecanismos de poder implícitos nas relações institucionalizadas. Retomo a ideia de corpo, inspirada por Butler (2012) para pensar o quanto a política também se expressa no mesmo, pois *ser algo é ser algo para alguém*, assim, o corpo pode atuar tanto politicamente quanto na própria ação que emerge nos *entres* dessas situações. Assim, o corpo é definido politicamente, entretanto, coexistem seres que são excluídos de um *plural social* e, neste movimento, suas existências passam a serem questionadas, nas palavras da autora, são seres que se configuram como socialmente mortos (p. 5). Ela questiona:

Estamos falando de uma condição de indigência criada pelas disposições políticas ou se trata de que a

indigência se manifesta fora da própria esfera política? Estão os indigentes fora da política e do poder ou estão vivendo uma forma específica de indigência política? Se decidimos que se encontram fora da esfera política, reduzidos a formas despoetizadas de ser, então estamos aceitando implicitamente que as formas dominantes de estabelecer o político são corretas [...] não tem em conta as formas de agência política que surgem nos âmbitos considerados pré-políticos ou extra-políticos [...] dentro do âmbito estabelecido pela polis, os que estão fora de sua definição de pluralidade são considerados irreais ou não-realizados e, portanto, fora da política como tal.

Pensar na loucura enquanto formadora de seres despoetizados e fora da política parece ser o pensamento que funda a lógica institucionalizante, entretanto, o movimento que permite encontrar agência na mesma a liberta de ser petrificadora e formadora de *não-sujeitos* ou, como dito anteriormente, *sujeitos-loucos*. O movimento de construção do *outro* cria essa possibilidade de internamento da própria loucura mas, neste mesmo ambiente, cria-se também a possibilidade de extravasar essa tendência aniquilante. Assim, diz Butler (2012, p. 6):

Se tratamos de explicar a exclusão em si mesmo, como problema político, então não poderia dizer que, uma vez excluídas, aquelas pessoas não ocupam um lugar social ou político, ou que são reduzidas a

meros “entes” (“dado” excluído da esfera da ação).

Sobre essa criação do *outro*, Mbembe (2016, p. 128) escreveu: “A percepção da existência do outro como um atentado contra minha vida [...] cuja eliminação biofísica reforçaria o potencial para minha vida e segurança [...] é um dos muitos imaginários de soberania” e, se estendermos esse pensamento para as relações sociais com a loucura, podemos identificar diferentes movimentos que a definem num plano do *perigo*, o que justificaria a necessidade de sua exclusão. Neste caso, ainda segundo o autor, o poder soberano cria e define quem importa e quem não importa, fazendo com que determinados seres se configurem enquanto sujeitos descartáveis. Dentro desta categoria, é claro, estão os *sujeitos-loucos* que, para alguns, exemplificam o que Mbembe definiu como “mortos-vivos” (2016, p. 146). A necropolítica é formada neste movimento, uma vez que a própria morte é mercantilizada e desejada em nome de um progresso econômico e político que não condiz com políticas públicas de ressocialização e desinstitucionalização, principalmente de *loucos-não-produtivos*.

Han (2015, p. 69) também denuncia essa tendência, ao dizer que, na nossa sociedade, o homem transforma-se numa máquina de desempenho e a questão que emerge é: como essa lógica habita o mundo de pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos? Como os seres “não produtivos”

habitam este mundo do desempenho? Talvez, poderíamos pensar em um possível *não-habitar*, entretanto, como dito anteriormente e contrariando todas as lógicas expressas, o contato próximo com os moradores do hospital psiquiátrico revelou, no trabalho etnográfico já citado (DEL SARTO, 2020), momentos que combatem essa tendência mortífera.

Foi observado que, contrariado a “necrológica”, os moradores conseguem espaços para *fazer* viver e *não deixar* morrer, pois habitam a vida social mesmo não “produzindo”. Bourdieu (2013, p. 171), muito antes do trabalho de Han, retomou as principais ideias de Foucault para também explicitar essa lógica da produção relacionada à institucionalização. Segundo o autor, nas obras de Foucault, o confinamento dos loucos nos asilos e dos pobres nos hospitais está diretamente relacionado às relações de produção de uma economia política da pobreza, nas suas palavras: “Os loucos incitam tratamento especial porque são os membros mais improdutivos da população” (p. 171-172). Esse tratamento especial, como sabemos, pode ser a chave para manter a degradante condição das institucionalizações psiquiátricas, entretanto, vale ressaltar, de novo, que mesmo que o sujeito seja desprovido de direitos e conviva com as funções assassinas do próprio estado (MBEMBE, 2016, p. 128), ele não pode ser reduzido a isso, uma vez que ele age dentro dessas estruturas de poder e, a partir de alguns

movimentos, resiste. Neste sentido, partiremos para os exemplos empíricos que revelam os movimentos necropolíticos presentes nas instituições e a maneira como os moradores das mesmas os vivenciam.

Práticas de cuidado e agência: um exemplo etnográfico

Nas discussões anteriores, duas questões foram evidenciadas: 1) Vivemos em um mundo mercantilizado, no qual as relações sociais estão diretamente relacionadas com a capacidade produtiva dos sujeitos; e 2) Sujeitos que não se enquadram nesta lógica podem ser delegados ao lugar de *não sujeitos*; esta condição pode ter diferentes consequências, sendo uma delas a institucionalização permanente em hospitais psiquiátricos. Nas palavras de Beuf (1979), nossa sociedade determina os valores de acordo com a posição que temos na estrutura ocupacional e é, portanto, negado um lugar nessa estrutura aos moradores de hospitais.

Algumas situações encontradas no trabalho etnográfico revelaram-se como potências reveladoras para aproximar destes sujeitos institucionalizados que atuavam no sentido contrário destas tendências aniquiladoras. Retomando o diário de campo, encontrei uma situação emblemática que ilustra a cotidianidade institucional e possibilita que nos aproximemos destas questões a partir da

perspectiva de quem as vive. Em uma conversa com a moradora Margarete¹, que tem 51 anos e está institucionalizada há aproximadamente doze anos, percebi que ela estava com muita tosse, perguntei então o que eles faziam quando estavam doentes e ela me disse:

Quando tá doente aqui? Quem cura é o bispo! O bispo, o bispo cura nois... o Padre Marcelo... vai na [ala] feminina, joga lá, Deus que cura! Na [ala] feminina é assim, vai lá e não sai, não sara, não tem médico. Acorda, toma remédio e se tiver bom da cabeça vai comer no refeitório; quem não tá bom das pernas ou dos miolos toma café lá dentro. Você não vê aqueles carrinho de supermercado? Aqueles carrinhos é pra levar comida. Lá é fechado, regime fechado (08/02/2019).

A fala de Margarete é enfática e denuncia diferentes situações que trabalharemos adiante. A primeira delas é a condição degradante da institucionalização. Com expressões de abandono, os moradores parecem ser, muitas vezes, “deixados para morrer” e a ausência de cuidado é denunciada cotidianamente. Observando, primeiramente, a relação dos internados com os medicamentos pertencentes à categoria de psicotrópicos, percebi uma forte resistência, pois eles negavam tomar determinados comprimidos, escondiam alguns deles, reclamavam dos efeitos colaterais e eram ativos nos momentos de recebimento das pílulas.

Entretanto, os moradores têm também necessidades-outras de cuidado e tratamento que fugiam do campo da medicalização psiquiátrica. Comecei a observar como eram tratadas as dores-outras dentro do hospital, como as de estômago, de cabeça, o enjoo, a dor de dente, entre outras, e percebi que havia uma escassez de cuidado e de medicamentos para atender essas necessidades. A fala de Margarete é extremamente reveladora, pois quando é perguntado para ela o que eles fazem quando estão doentes, ela diz: “Quando tá doente? Quem cura é o bispo!”. Depois de ouvi-la, comecei a perceber que deveria me aproximar mais da curiosa relação entre as práticas de cuidado, os medicamentos e quem as praticavam.

Os sujeitos que praticavam este cuidado podiam ser divididos em dois grupos: de um lado a equipe hospitalar, que desempenha um papel de “cuidado-trabalho” e, de outro lado, os próprios moradores, que desempenham uma espécie de “cuidado por afinidade”, no qual eles cuidam uns dos outros. Além disso, vale ressaltar que a lógica de cuidado desenvolvida pela equipe do hospital está diretamente relacionada e reduzida aos tratamentos medicamentosos. Nesta lógica, o aumento dos psicotrópicos ou dos outros tipos de medicamento, por exemplo, acarretaria numa diminuição da necessidade de “cuidado-trabalho” e, por outro lado, a diminuição dos medicamentos exigiria um

aumento nas práticas de cuidado e, principalmente, no “cuidado por afinidade”. Isso porque, há uma evidente sobrecarga de trabalho para a equipe hospitalar, que cuida de mais de uma ala simultaneamente, o que torna necessário que os próprios moradores desempenhem os papéis de cuidado que faltam.

Para atender estas novas necessidades, portanto, é comum e necessário, no cotidiano institucional, que os moradores desenvolvam redes de cuidado uns com os outros. Um exemplo simples pode ser pensado se colocarmos em evidência um caso: antigamente, na ala de moradores permanentes, havia um refeitório para que os internados pudessem fazer suas próprias refeições, mas, atualmente, o refeitório foi desativado e agora os moradores devem comer no refeitório público do hospital, junto com os internados das outras alas. Há uma moradora que se queixa por ter que ir ao refeitório comum, ela diz que tem “traumas”, que “não se sente bem” e que lá no refeitório ela não consegue comer. A equipe do hospital, depois das queixas da mesma, continuou dizendo que ela só poderia comer se fosse até o refeitório, pois é uma regra da instituição. Entretanto, a moradora continuou a não ir e a justificar dizendo que não se sentia bem. Durante todo o trabalho de campo, a moradora foi apenas 1 vez no refeitório, nas outras vezes ela ficou em casa e não foi. Como para comer ela deveria ir, mas ela dizia

que não conseguia, as moradoras da sua casa começaram uma prática que tornou-se rotineira: elas levavam para o refeitório, no café da manhã, uma garrafinha plástica vazia, dentro da bolsa de uma delas. Depois que elas recebiam seus copos de leite, já na mesa, cada uma colocava um pouco do seu leite na garrafinha, até que ela ficasse cheia com a soma das doações e depois a guardavam na bolsa para levarem para a moradora: “Ela não pode ficar sem comer, né Sabrina? A gente tem que fazer alguma coisa, vai fazer o que? Não tem jeito não” (Madalena, moradora do hospital, 64 anos, institucionalizada há 24 anos, 29/04/2019).

Vale lembrar que a população daquele ambiente está envelhecendo e é muito raro que um morador novo chegue na ala. Desde o início do trabalho de campo, já houveram 3 falecimentos e 1 caso de desinstitucionalização, mas nenhum novo morador chegou. Como estão envelhecendo, estão tendo muitas demandas médicas. As práticas de cuidado estão sendo ressignificadas cotidianamente e há, por exemplo, moradores mais novos (de idade) que acompanham moradores mais velhos, dando as mãos para caminharem, levando-os em algum lugar que precisam ir, ajudando nas tarefas de casa, entre outras formas que se fazem necessárias no ambiente: “Quando eu vou na papelaria a Fabíola [outra moradora] tem que ir comigo, depois que eu fiquei ruim da vista o segurança não me deixa

eu sair sozinha, só com a Fabíola, ela é a única que me leva.” (moradora Magda, 62 anos, institucionalizada há 23 anos, 18/02/2019).

Vale ressaltar que o cuidado é entendido aqui, tal como definiu Mol (2008), como um trabalho compartilhado, envolvendo não apenas profissionais, mas também os moradores e outros seres humanos ou tecnologias (MOL, 2008, p. 32). No início da institucionalização, os moradores tinham uma “cuidadora”, ela os acompanhava todos os dias pela manhã, cuidava da higiene dos mesmos e da organização de suas casas, dividia as tarefas entre eles, organizava a rotina, fazia suas unhas, levava-os para cortarem o cabelo e para fazerem compras no supermercado da cidade. Em 2019, ela foi transferida para outra ala e os moradores ficaram sem nenhuma outra cuidadora, passando a ter uma rotina resumida na alimentação e na medicalização. A enfermeira, a psicóloga e a assistente social, que são também responsáveis por outros serviços e alas, dividem as práticas de “cuidado-trabalho” entre elas. A moradora Magda, em uma de minhas visitas ao Lar, me contou que fez uma carta com um peixe pintado e escreveu “Traz a cuidadora de volta”, depois levou para o diretor do hospital para pedir que ela voltasse.

Observar as práticas de cuidado desenvolvidas entre os moradores ilustrava as redes de relacionamento que

pareciam estarem ocultas no cotidiano institucional e que se sobreponham à coercitividade que estavam expostos. Em uma outra situação, observei que duas moradoras, Otávia (56 anos e institucionalizada há 23 anos) e Cida (cinquenta anos e institucionalizada há 23 anos) desempenhavam a prática do “cuidado por afinidade” de uma forma discreta, quase imperceptível. No dia a dia, não as via conversando ou fazendo algo juntas, normalmente elas ficavam com outras pessoas, entretanto, fui depois observando uma relação de cuidado que estava implícita:

Otávia tem diabetes e a médica pediu para ela se cuidar e emagrecer e Cida também quer emagrecer, disse que quer ficar com o corpo igual ao que tinha quando chegou no hospital. Hoje vi elas indo até uma sala que tem ao lado da enfermaria, lá tem uma balança daquelas antigas, diferente das digitais, daquelas que devemos empurrar os pesos pra lá e pra cá para pesar. Resolvi ir com elas e, chegando lá, Otávia subiu na balança e Cida a pesou: “Tá com o mesmo peso, tá mantendo, tá mantendo o peso. É só não comer pão. Dá aqui o papel pra eu marcar pra você, 79 kg.” Otávia tirou do bolso um papelzinho todo amassado e nele já tinha 3 anotações de peso, Cida anotou novamente o peso dela e depois se pesou: “É Sabrina, a gente vai acompanhando, tem que emagrecer.”(Diário de campo, 16/03/2019).

Na semana seguinte, presenciei uma outra forma de

cuidado entre as moradoras, vi Cida indo atrás de Otávia, na casa dela, pedindo um dinheiro para comprar salsichas. Otávia foi até seu quarto e em uma de suas gavetas, embaixo das roupas, tirou a carteira de Cida e entregou para ela. Cida pegou o dinheiro e devolveu a carteira para Otávia, dizendo para mim: “A Otávia guarda minha carteira, pra ninguém mexer eu deixo aqui com ela.” (Diário de campo, 20/03/2019). Segundo Mol (2008, p. 11) o cuidado não é um produto limitado, mas um processo contínuo e, no cotidiano hospitalar, era possível notar que seguir os fluxos desse processo revelava as relações de resistência formadas no cotidiano institucional, como contou a moradora Margarete em uma outra conversa que tivemos sobre a permissão para sair do hospital: “Tem uns que não podem sair... A Maria vai vir pra cá, já falaram que ela mijia na casa inteira, vai sobrar pra quem? Se a gente reclamar ainda sai de errado, os mais fortes cuidam dos mais fracos, não é assim?” (Diário de campo, 21/02/2019). Interessante notar que nas práticas de cuidado, os moradores não são, portanto, somente “passivos”, mas são agentes, estão ativos e compõem com as diversas possibilidades dentro das coercitividades que vivenciam (MOL, 2008).

Quando via os moradores em silêncio, por exemplo, não imaginava as relações desenvolvidas nos espaços que tinham para compor suas vivências, como me contou

também a moradora Margarete - na citação acima - que os mais fortes cuidam dos mais fracos. Outra prática de cuidado que observei foi entre alguns moradores que recomendavam formas assertivas de agir para outros moradores, para que evitassem situações de problemas maiores com o hospital:

O morador João Antônio [58 anos, institucionalizado há vinte anos] começou a reclamar de um interno da ala masculina, fazendo sinal de murro com as mãos e falando: “Não gosto de você não”. Paulo, outro morador, o aconselhou: “Não fale nada, João Antônio, fique quieto, não fale assim não, se não você vai parar lá pra dentro [referindo-se a outra ala com regras mais rigorosas]. Se te baterem não bate de volta não, chama alguém que é melhor. Só escuta, não fala nada não.” (Diário de campo, 28/02/2019).

Os moradores Valdir [66 anos e institucionalizado há 22 anos] e Maria [62 anos, institucionalizada há onze anos] cuidavam um do outro também:

Tenho notado que Valdir sempre dá conselhos para Maria. João falou “A Maria é desorientada” e Valdir: “É mesmo, a Maria tem a cabeça fraca.” Depois ele foi até a fila de remédio e falou: “Toma o remédio sim, Maria, toma direitinho. Tem que tomar se não eles vão te levar lá pra dentro”. Depois que ela tomou o remédio, ela parou um pouco em frente ao postinho de remédios e ele continuou: “Vamo Maria, vamo pra

lá, vão te chamar.” (Diário de campo, 19/03/2019).

Além dessas orientações, outra prática comum é a divisão de comidas. Quando os moradores compram ou ganham salgadinhos e refrigerantes é bem comum que eles dividam entre eles. Além das compras, no hospital tem uma horta e o funcionário responsável pela plantação sempre leva pés de alface na casa da moradora Otávia. Quando ela os recebe, ela prepara saladas, as tempera, coloca-as em pratos plásticos e divide com os outros moradores. Otávia sempre ganha presentes, lembro de outro dia que ela ganhou uma sacola de abacates de José, seu namorado que mora em outra ala do hospital. Ela abriu todos os abacates, amassou e misturou com açúcar, depois encheu uma vasilha, os dividiu nos pratos plásticos e os distribuiu entre os moradores.

Muitas outras práticas de cuidado por afinidade foram vistas no cotidiano institucional, infelizmente nem todas elas puderam ser retomadas aqui, entretanto, ressalto que era notável que os moradores desenvolviam, a partir dessas práticas, redes de relações e, com elas, compunham a rotina asilar de uma maneira menos manicomial. Nestas redes, eles encontravam espaços que os permitiam se relacionarem e, em conjunto, vivenciarem de outras formas o próprio hospital.

Além destas práticas de cuidado, como citei anteriormente, havia uma interessante relação entre os

moradores e os tratamentos medicamentosos obrigatórios. Podemos lembrar, como dito, que os medicamentos são divididos em duas categorias, os “psicotrópicos” (destinados à ordem psíquica) e os “outros” (destinados aos sintomas como dores de cabeça, estômago, enjoos, entre outros). A relação dos moradores com estes comprimidos era muito curiosa. Nos primeiros dias, vendo-os na enfermaria, pegando os copinhos plásticos no corredor que tinha no caminho, enchendo-os com água e depois parando em uma fila para esperar o remédio, parecia que realizavam a tarefa de modo muito mecanizado. Entretanto, uma intensa resistência começou a revelar-se em relação aos comprimidos. Magda foi a primeira moradora que demonstrou isso:

Hoje, na hora do remédio, depois do almoço, aconteceu algo muito curioso, [...] os moradores, embora muitas vezes dizem não saber para que servem os remédios que tomam, decoram a aparência de cada um dos comprimidos e a quantidade de medicação... eles recebem os comprimidos todos destacados da enfermeira e com eles numa mão e a caneca de água na outra já os tomam, na frente da mesma. Ela pede a alguns deles para abrirem a boca e para mostrarem que tomaram todos sem jogar nenhum fora... Quando a moradora Magda pegou seus comprimidos hoje cedo, ela reclamou que tinha um “comprimidinho diferente”, depois notou um “coloridinho” que também não

conhecia, reclamou para a enfermeira, que foi rever o saquinho e, na verdade, aqueles compridos eram de outra moradora... Quase que Magda tomou os comprimidos errados, mas ela percebeu e questionou... (Diário de campo, 08/02/2019).

A moradora Maria (54 anos e institucionalizada há nove anos) também reconheceu algo diferente em seus remédios:

Desde o café da tarde, Maria estava reclamando de tontura, me disse que o remédio está dando reação nela e que se ela o tomar mais uma vez ele vai matá-la... na hora do remédio ela olhou bem para o montinho de comprimidos que recebeu e tirou do monte um deles, negando tomá-lo. Disse que o comprimido “cor de abóbora” está dando muita reação, tontura e que está inchando sua mão... (Diário de campo, 13/03/2019).

Como visto, as reclamações sobre os remédios vinham de variadas formas, assim como as justificativas para pedir para não tomá-los, como em um outro dia no qual a moradora Margarete estava brava porque a enfermeira tinha pedido para ela tirar a “barba do queixo”:

Eu não vou tirar hoje, eu tiro uma vez por semana pra não crescer grosso. Perguntei se ela [a enfermeira] vai pagar depilação pra mim, quero nem ver se ela me colocar lá dentro [em uma ala mais coercitiva]. Olha

isso, ela pediu pra Isis [outra moradora] se depilar, será que ela sabe? Ela pode se depilar sozinha? Ela tá lá trancada no banheiro, vai ficar o dia todo. Eu aqui querendo usar, a Neidinha [outra moradora] quase cagando nas calças segurando com a mão e ela lá depilando... vou te explicar uma coisa, esses cabelo que tão crescendo no meu queixo é por causa do remédio que eles dão, esses remédio que estão dando pra cabeça deixa o queixo cabeludo (Diário de campo, 11/02/2019).

Negar tomar remédios podia implicar em punições, pois era considerado uma forma de “desobediência”, uma vez que tomar o remédio era mais uma das regras da instituição. Quando alguém negava tomar seus remédios ou fingia tomá-los mas os jogava fora, podia haver diferentes formas de castigos e ameaças. Além disso, as queixas dos moradores não pareciam ser suficientes para denúncias e mesmo reclamando dos sintomas e dos efeitos colaterais que estavam sentindo, eram instruídos a tomarem os medicamentos: “Hoje, na hora do remédio, a moradora Débora [53 anos, institucionalizada há 24 anos] começou a chorar e a tremer, a psicóloga explicou que todos deviam ter paciência pois ela estava com delírios, ela então fez sinal que se continuasse a tomar os remédios iria morrer” (Diário de campo, 05/02/2019). O descontentamento de Débora continuou no dia seguinte e escrevi no diário: “Débora continua chorando muito e dizendo que se continuar a

tomar os remédios vai morrer. Hoje ela ficou tremendo.” (06/02/2019). Além das tremedeiras, outras reações apareciam no dia a dia institucional:

Fui na casa de Cida e ela começou a me contar várias coisas. Primeiro falou sobre seu namorado, o Ezequiel [outro morador, 45 anos, institucionalizado há 23 anos], reclamando que não dá pra passear com ele na cidade, porque ele anda muito devagar! Depois disse que ama o seu cachorrinho Rex, que a assistente social chegou com ele no hospital e disse: “Quem adivinhar o que eu trouxe fica com ele” e Cida disse: “um cachorrinho!”. Ela acertou e ficou com o cão. Enquanto ela contava essas histórias, a boca dela estava espumando muito e juntando muita saliva, foi quando ela começou a falar dos remédios: “A gente briga e eles dão remédio pra gente, pra castigar. Olha minha boca, fica espumando, esses remédios pra depressão faz isso com a gente, é remédio pra cabeça, olha a Maria [outra moradora], ela tem cabeça boa, não precisa tomar, agora a gente tem que tomar. Pra emagrecer eu tomo chá verde, pra cabeça Risperidona. Eu tomo Akineton pra desvirar os olhos, pra combater o Risperidona. Pergunta pra Fabíola [outra moradora] pra você ver, tem hora que eu viro o olho por conta do remédio, ai tem que tomar outro pra combater. É muito remédio que a gente tem que tomar aqui e se não tomar vai lá pra dentro. Se eu tivesse uma casa eu ia querer morar lá só pra não tomar tanto remédio psiquiátrico. Aqui eles lotam a gente. A gente fica com a boca espumando. A Fabíola não vira os olhos porque tem

organismo forte, mas ela também toma esses e mais um pra diabetes. A gente tem que tomar remédio pra cabeça, pra depressão... a noite eu tomo 2 Amplictil de 25, Risperidona, chá verde e Dogmatil. Eles dão remédio pra corrigir a gente (Diário de campo, 11/03/2019).

Esses casos ilustram, ainda mais, as ações da instituição para com os moradores e o quanto não é automatizada a relação dos moradores com os medicamentos, pois eles não simplesmente tomam os comprimidos. Como podemos notar, a moradora Cida sabia o nome dos remédios, para que eles serviam e os efeitos colaterais dos mesmos. Um último exemplo interessante foi visto numa conversa sobre diabetes com uma outra moradora:

Eu não entendo isso aqui, é remédio pra lá, remédio pra cá. Olha isso, aqui no hospital não dá doce, né? Só tem coisa salgada. Daí que nois tudo tem diabetes, tem diabetes que jeito? Eu, antes de morar aqui, não tinha diabetes, tive de uns tempos pra cá e eles me falararam que é de comer doce, aí eu perguntei: “De comer doce que jeito? Aqui ceis não dão doce pra gente! Só se eu tiver pegado diabetes de tanto comer sal!”. (Entrevista com Margarete, 13/04/2019).

Sabe-se que um dos efeitos colaterais de alguns psicotrópicos é a diabetes e Margarete, a partir de suas

experiências institucionais, notou que algo estava errado no desenvolvimento daquela doença em seu corpo. O cotidiano dos moradores revelou que os mesmos perceberam que coisas ruins poderiam acontecer com o uso de tantos medicamentos. A partir dessas observações, os moradores passaram a atuar dentro das regras de maneiras particulares para evitarem tomar os remédios e para superarem os efeitos colaterais que eles traziam. Margarete, por exemplo, não estava errada quando contou que “O remédio derruba a gente” (Diário de campo, 12/03/2019). Atualmente, não são raros os estudos que apontam para a medicalização da subjetividade e patologização do sofrimento, nas palavras de Caponi (2018, p. 98):

La existencia inevitable de fronteras inestables, difusas y ambiguas entre el normal y el patológico en el campo de la salud mental parece haber posibilitado el creciente proceso de medicalización de conductas, que pasaron a ser consideradas como socialmente indeseables y a ser clasificadas como anormales. Asistimos, así, a la creciente consolidación de ese espacio de saber y de intervención que Michel Foucault (1999) denominó con el nombre de *medicina de lo no patológico*.

Tem ocorrido, novamente, como denunciado por Aguiar (2004, p. 22) “um processo de remedicalização ou biologização da psiquiatria [...] e uma substituição da relação

terapêutica médico-paciente pelo controle farmacológico dos sintomas” (apud MALUF, 2010, p. 23). St-Onge (2008, apud GARRAFA; LORENZO, 2010, p. 22) revelou que a indústria farmacêutica “tem oscilado entre o primeiro e o quarto lugar entre as principais atividades lucrativas no mundo [...] competindo, na maioria das vezes, apenas com os grandes bancos internacionais.”, essa informação é importante à medida que ilustra os direcionamentos dessa dominação dos psicotrópicos sobre as outras formas de cuidado, aquela referente à uma possível manutenção do sistema capitalista através da circulação e consumo de medicamentos psiquiátricos.

De modo geral, o que pôde ser notado nestes exemplos etnográficos, foi que os tratamentos psiquiátricos eram exacerbados e havia uma grande quantidade de comprimidos psicotrópicos disponíveis, entretanto, quando os moradores tinham outros desconfortos e precisavam de outros cuidados e tratamentos, deviam percorrer um longo caminho até que pudessem ser atendidos e, nestes espaços, articulavam com a cotidianidade institucional e compunham com ela para que pudessem (sobre)viver nas situações que emergiam. Neste sentido, vale retomar Butler (2002) que, ao resgatar a ideia Foucault sobre a crítica, ressaltou que o poder estabelece os limites que um sujeito pode *ser*, entretanto, em contextos repressivos emergem

também formas outras de resistência, nas suas palavras, o próprio desejo de *não ser governado*. Segundo esta lógica, “virtude” substituiria “resistência”, através do movimento da “arte de não ser governado”, assim, em contextos que requerem a obediência, emerge o desejo de não ser governado *daquela forma* e essa potência nasce, principalmente, a partir da *crítica*. Neste sentido, a crítica seria a arte da insubordinação voluntária, em outras palavras, da indocilidade reflexiva (BUTLER, 2002) e, dentro do espaço da crítica, como notado, os moradores encontram meios para agirem não extrapolando a estrutura de poder, mas compondo com suas próprias possibilidades.

Considerações

Como se sabe, o estado desenvolve mecanismos que parecem *fazer alguns sujeitos viverem e deixar outros morrerem* e esta discussão é muito exponente atualmente. Entretanto, o que proponho refletir neste trabalho seria como as pessoas “deixadas para morrer” vivenciam essas coercitividades impostas e verticalizadas. Não há dúvidas do caráter caótico das internações psiquiátricas brasileiras, principalmente as de longa permanência, como no caso dos moradores de hospitais psiquiátricos, entretanto, o que tentou-se elucidar aqui foi que os mesmos desenvolvem

meios-outros para vivenciar a degradante condição que são colocados para (sobre)viverem.

Sabe-se que não é possível haver agência fora de uma estrutura de poder (ORTNER, 2006), neste sentido, são exatamente as determinações, neste caso trazidas pela coercitividade hospitalar, que fazem emergir e demonstram as particularidades dos moradores do hospital. Eles encontram, dentro dessas regras, formas de viver entre seus desejos e o que impõe a instituição e foi neste sentido que tecemos as discussões deste capítulo. A pretensão fundamental do mesmo foi de revelar que, para além das determinações estruturantes, coexistem agentes que interpretam e vivenciam a realidade social institucional e, nestes movimentos, encontram meios - provavelmente através de uma ação crítica - para fazerem subsistir suas particularidades e desejos. Entretanto, neste mesmo sentido, o hospital continua tendo também tendências aniquiladoras, a partir da punição e exclusão de movimentações que direcionem os moradores para possíveis processos de desospitalização. Assim, nota-se que os seres *deixados para morrer* e que não se enquadram no padrão produtivista atual, os considerados “indesejados” ou “seres-loucos”, no nosso caso os moradores de instituições psiquiátricas, subvertem as tendências que os *fazem* e os *deixam* morrer e, em última instância, as extrapolam.

Notas

1. Todos os nomes utilizados foram substituídos por nomes fictícios para assegurar a confidencialidade dos(as) participantes.

Bibliografia

BEUF, Ann. *Bitting of the bracelet: a study of children in hospitals*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1979.

BOURDIEU, Pierre. Um pensador livre: “Não me pergunte quem sou eu”. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 169-175, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702013000100009&lng=en&nrm=iso.

BUTLER, Judith. Cuerpos en alianza y la política de la calle. *Revista Transversales*, nº 26, 2012.

_____. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires: Paidós. 2002 [1993].

CAPONI, S. La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. *Metatheoria – Revista de Filosofía e Historia de la Ciencia*, Buenos Aires, AR, v. 8, n. 2, p. 97–103, 2018. DOI: 10.48160/18532330me8.179. Disponible em: <https://metatheoria.unq.edu.ar/index.php/m/article/view/1>

79. Acesso em: 10 ago. 2021.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O Espelho do Mundo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DEL SARTO, Sabrina Melo. *Institucionalizados: uma etnografia da vida social de moradores de um hospital psiquiátrico e asilar*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 285-315.

_____. *Nascimento da Biopolítica*. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HAN, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015.

LORENZO, Claudio; GARRAFA, Volnei. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados.

CAPONI, Sandra (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010. p. 21-35.

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana (Orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*, Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. *Arte e Ensaios*, n.32, p.122-151, 2016.

MOL, Anne Marie. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*, London: Routledge, 2008.

ORTNER, Sherry Beth. *Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject*. Duke University press, 2006.

PESSOTTI, Isaías. *A loucura e as suas épocas*. São Paulo: Ed.34, 1994.

WACQUANT, Loïc. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. *Novos Estudos*, p. 9-19, 2008.

Etnografando o SUS: humanização na assistência ao pré-natal

Alana Aragão Ávila

Entre os caminhos da prática etnográfica e as possibilidades de promoção da humanização da assistência em saúde, o texto a seguir elabora como a promoção de tecnologias leves – a realização de um grupo de gestantes – engaja profissionais e usuários na ampliação do cuidado pré-natal. Recuperando a experiência de pesquisa em um Centro de Saúde de um bairro de classe popular da cidade de Florianópolis/SC, busca-se demonstrar as potencialidades e os desafios do encontro entre antropologia e saúde no cenário da humanização da assistência ao pré-natal dentro do SUS.

Imagino que seja comum entre aspirantes a antropólogos pensar longamente, e muitas vezes com ansiedade, sobre o campo de pesquisa. Estabelecido um tema, onde pesquisar? Quem serão os interlocutores? Serei bem recebido? E, no limite, o campo existe? Felizmente eu sabia que o campo existia. Em 2018, ao ingressar no mestrado em Antropologia Social, o ponto base para a minha ideia de pesquisar a política de pré-natal empregada através do Sistema Único de Saúde (SUS) eram os Grupos de Gestantes. Usuária costumaz do SUS, eu já tinha observado a promoção desse tipo de grupo em diversos Centros de Saúde da Família (CSF) no interior do Ceará. Dentro da minha

ideia de campo o serviço oferecido por um CSF na capital de Santa Catarina não poderia ser muito diferente. Eu estava certa e enganada ao mesmo tempo. O texto a seguir relata a experiência de etnografar o SUS ao acompanhar, e ocasionalmente ajudar a conduzir, um Grupo de Gestantes no Centro de Saúde (CS) do bairro Monte Cristo, localizado na porção continental de Florianópolis/SC. Com enfoque na potencialidade do grupo enquanto prática de humanização da atenção pré-natal, o relato busca tornar visível as boas práticas dentro do SUS e os desafios conjugados a estas¹.

Entendendo que a oferta de grupos é prática incentivada dentro do SUS - lembremos dos grupos para pacientes crônicos como hipertensos e ou diabéticos² - eu sabia que provavelmente encontraria alguma prática semelhante a esta dentro do CS Monte Cristo. Todavia, ao pensar a pesquisa minha ideia inicial era utilizar o grupo apenas como um pretexto para conhecer as mulheres gestantes da área em que a pesquisa iria ser desenvolvida. Imaginava que ali poderia me apresentar, falar sobre a pesquisa e então as acompanhar por alguns meses em suas casas e vivências. Ao passo que a gestação caminhasse, minha pesquisa também iria se encaminhar. Seria através desta interação fora do grupo que eu achava que poderia perguntar sobre suas experiências de pré-natal e comparar estas com as orientações do Programa de Humanização no

Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002), o eixo de análise até então central dentro do meu projeto. Essa ambição foi frustrada rapidamente ao chegar em campo e perceber que as mulheres que acabaram se tornando minhas interlocutoras não dispunham do tempo ou interesse em ter uma sombra³ às acompanhando. Desta forma, o Grupo de Gestante logo se tornou a via de acesso principal para minha pesquisa, somado às interpelações e as observações na sala de espera da unidade de saúde.

A partir do PHPN são previstas uma série de práticas vinculadas a direitos das gestantes e deveres das equipes de saúde. Entre estes, destacam-se, no anexo 2 do texto, as seguintes atividades que devem ser desenvolvidas visando a “realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera”.

- 1- Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- 2- Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1-Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
 - 2.2-Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
 - 2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - a - ABO-Rh, na primeira consulta;
 - b - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

c - Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30^a semana da gestação;

d - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30^a semana da gestação;

e - HB/Ht, na primeira consulta.

2.4-Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

2.5-Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

2.6-Realização de atividades educativas;

2.7-Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

2.8-Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. (BRASIL, 2002)

Nesse sentido, a oferta de grupos direcionados às gestantes recai no item 2.6 sendo por vezes caracterizados como atividades educativas.

Logo na primeira vez em que fui até o Centro de Saúde, a fim de conversar com a coordenadora da unidade, expliquei a ela sobre minhas intenções e ambições em relação à participação no grupo. Enquanto conversávamos, uma médica entrou na sala e acabou ouvindo o diálogo que eu estava tendo com Suzana⁴. Enquanto eu perguntava sobre a periodicidade do grupo e quais os profissionais que o

conduziam, a coordenadora relatava que naquele momento o grupo era quinzenal, mas que talvez houvesse a chance de outro grupo ser formado a fim de abarcar outras gestantes. Nesse momento a médica que ouvia nossa conversa pareceu não gostar da ideia. Questionou rapidamente e colocou uma expressão facial de desagrado. Anotei no caderno de campo que aparentemente existia uma resistência em relação a pertinência do grupo.

Considerando que a demanda pela humanização e modificação das práticas relativas à assistência ao parto faz parte das influências que levaram a construção do PHPN, cabe interrogar como os serviços de saúde organizam e ofertam a assistência à gestação no território nacional e quais os efeitos destes na experiência. Um dos caminhos possíveis para esse empreendimento é a pesquisa junto a grupos de preparação para o parto ou grupos de pré-natal. Hirsch (2015) e Robles (2015) realizam aproximações da perspectiva antropológica em relação ao pré-natal ao desenvolverem trabalhos com grupos de gestantes. Hirsch entre camadas médias do Rio de Janeiro em grupos de preparação para o parto e Robles ao refletir em torno da promoção de grupos de pré-natal para adolescentes gestantes em Unidades Básicas de Saúde localizadas em Pernambuco e no Rio de Janeiro. Enquanto Robles aborda o controle dos corpos e uma forma de ensino de como ser mãe

nos grupos pesquisados, Hirsch fala sobre as ideias de 'humanizado' em grupos de preparação para o parto no Rio de Janeiro entre camadas médias e populares. Ao relatar sobre as diferentes apreensões e insatisfações entre as participantes destes grupos Hirsch afirma que

para um grupo esta percepção [de insatisfação com a assistência ao parto] se constrói a partir da crítica à medicalização excessiva – especialmente predominante no sistema de saúde privado – que padroniza experiências e não reconhece na parturiente um “indivíduo”, com liberdade e autonomia para fazer escolhas sobre os procedimentos que serão realizados em seus corpos, para o outro o questionamento advém do tratamento dispensado pelo profissional de saúde da rede pública. A estes acusam de não reconhecerem na parturiente uma “pessoa”, para além do corpo que dá à luz (HIRSCH, 2015, p. 246).

Para Robles os grupos de pré-natal dentro do SUS operam enquanto “um instrumento de regulação fundamental dentro do dispositivo sanitário” (ROBLES, 2015, p. 204). Nesse sentido, entre os meus objetivos iniciais de campo estava compreender não só como operava a humanização na assistência pré-natal a partir das perspectivas das mulheres, como na visão dos profissionais responsáveis por essas práticas.

Antes de começar a pesquisa no CS eu passei a seguir a página deste na rede social *Facebook*. Por lá, já que o

Comitê de Ética em Pesquisa ainda não havia liberado minha ida a campo, tentava conhecer o funcionamento do Centro de Saúde através do que eles divulgavam. Foi assim que vi uma fotografia feita em uma edição do Grupo de Gestantes. Profissionais da saúde e gestantes posavam para a foto ao lado de uma mesa com lanches variados, em sua maioria frutas. A publicação deixava o convite para a edição seguinte, já com data e horário definidos. Depois, ao iniciar as idas à campo, descobri que a divulgação das edições do grupo também circulava através de mensagens de *WhatsApp*, disparadas pelo telefone de contato de cada área⁵ para os usuários cadastrados e através de cartazes colados pela unidade de saúde. Desta forma, a cooptação de gestantes para participação no grupo era feita através destes anúncios, assim como através de convites durante os atendimentos de pré-natal com enfermeiros e médicos, mas não por todos. Marcela, a enfermeira residente⁶ que conduzia o grupo, me relatou que não eram todos os profissionais da unidade de saúde que se interessavam pelo grupo, tampouco incentivavam as gestantes a participarem das atividades promovidas naquele espaço. Somado ao episódio visto na sala da coordenação, o relato começava a desenhar o palco de conflito de visões e experiências que eu encontraria no decorrer da pesquisa.

Entre os meses de junho e outubro de 2019 participei

de cinco edições do Grupo de Gestantes. Se ao iniciar o campo as reuniões eram quinzenais, logo a periodicidade foi modificada para encontros mensais. Não consigo precisar se a mudança ocorreu por falta de público ou disponibilidade da equipe de residentes que, além de manejá-lo, atendia no Centro de Saúde em suas respectivas profissões. Em duas das cinco edições do grupo eu fui convidada a participar ativamente, sempre acompanhada de profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Todavia, não era a minha versão pesquisadora e mestrande em Antropologia Social que era convidada a ocupar aquele espaço, era a Psicóloga com experiência no manejo de grupos em políticas públicas⁷.

Na primeira oportunidade em que estive no grupo como convidada ativa, falei sobre autocuidado com as mulheres então gestantes, pauta definida juntamente à Marcela, através de acertos via *WhatsApp*. No segundo momento, já no fim do meu período de pesquisa, estive no grupo para falar sobre questões relacionadas à saúde mental na gestação e no puerpério. Nos dois momentos estive acompanhada de outros profissionais, sempre atentos e engajados, com escuta ativa para as gestantes ali presentes. Nas reuniões das quais participei, outros profissionais, também da RMSF, assim como Marcela, participaram dos encontros. Nutricionistas, educadores físicos e fisioterapeutas

estiveram nos encontros para ouvir e difundir informações. A maioria dos residentes que compareciam estavam no R2, o último ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Na última edição do Grupo de Gestantes, havia também profissionais do primeiro ano (R1), que a partir do próximo ano provavelmente seriam responsáveis pela promoção do grupo.

Em algumas edições do Grupo de Gestantes, estudantes de graduação da UFSC participaram das reuniões. Eles apareciam às vezes sozinhos, avisando que determinado profissional os enviou até lá para acompanhar o grupo, e até mesmo deixados lá pelo profissional que eles deveriam acompanhar naquele período. Em certa ocasião, uma médica abriu a porta e sorridente perguntou se podia deixar os dois estudantes lá. A pergunta veio atropelada pelos dois entrando na sala antes mesmo da resposta. Por conta disso, algumas vezes o grupo contava com mais estudantes de graduação e residentes do que gestantes. Ao mesmo tempo em que eu me sentia menos isolada por não ser gestante e nem ser profissional do local, também me incomodava em pensar como aquele grupo de estudantes era visto pelas usuárias do serviço. Se Mônica⁸ me falou que preferia parir na Maternidade Carmela Dutra porque no Hospital Universitário, entre outros motivos, havia muitos estudantes, como será que a perspectiva se aplicava ao Grupo

de Gestantes? Em algumas ocasiões os estudantes, provavelmente mal orientados e sem dar a devida importância ao grupo, acabavam atrapalhando com conversas paralelas e expressões corporais de desinteresse. Era palpável o quanto eles, em suas quartas, sextas etc. fases dos cursos da saúde, estavam desinteressados no que acontecia naquele local. Apesar disso, os grupos aconteciam e o foco principal se mantinha: a fala das mulheres.

Em todas as falas de abertura do grupo, Marcela tinha a palavra e explicava a ideia primordial do funcionamento do Grupo de Gestantes. A proposta era que o grupo fosse voltado para as gestantes, para que elas conversassem entre si e os profissionais servissem como facilitadores, tirando dúvidas e dando informações, além de preparar falas de acordo com temas que as gestantes tivessem interesse. Ainda assim, o formato do grupo era aberto e voltado ao diálogo. Posteriormente, Marcela me explicou que nem sempre o grupo havia funcionado daquela forma. Quando iniciou o trabalho de residente no local, ainda em 2018, e passou a acompanhar o grupo a residente responsável tinha outra forma de mediar os encontros. Naquela época, de acordo com Marcela, o grupo era centralizado apenas na figura da enfermeira como uma espécie de palestrante. Era a profissional quem definia os temas e promovia a fala durante os encontros. Eram oferecidos brindes e ocasionalmente

lanches para as participantes. De modo geral, o grupo acaba sendo voltado para as usuárias vinculadas à área em que a equipe da enfermeira atendia. Quando Marcela tornou-se responsável pelo grupo, após a saída da enfermeira residente anterior, houve uma reunião entre os residentes da RMSF (profissionais da área da odontologia, educação física, fisioterapia e enfermagem) para definir como seria o funcionamento do grupo a partir dali. A proposta definida foi de promoção de encontros mais dialógicos, contando com residentes de outras especialidades além da enfermagem. O foco do grupo seria promover um espaço aberto para as falas das gestantes, incentivando as participações mais ativas. Os profissionais que já atuavam no Centro de Saúde foram convidados a participar das edições do Grupo de Gestantes, mas não houve interesse por parte deles. Após minha conversa com Raquel⁹, ao fim do campo, percebi como talvez o grupo fosse visto pelos profissionais externos ao seu funcionamento.

Na visão de Marcela, o grupo seria um local onde as mulheres poderiam “se reconhecer e se entender em um momento tão significativo, podendo ou não contar com a participação dos familiares, se assim desejarem”. Durante os encontros do grupo pude observar mulheres acompanhadas de filhos e de amigas que não estavam gestantes, porém compareciam para dar apoio. No mesmo sentido, Diana

disse que mesmo após o parto continuaria frequentando o grupo a fim de dar suporte para Sandra, que apesar de gestante, ainda demoraria mais até o parto. Diana e Sandra eram vizinhas e frequentavam o Grupo de Gestantes juntas. Suas gestações não foram planejadas, ambas já tinham dois filhos e passaram a frequentar o grupo ainda no primeiro semestre das gestações.

Considerando que a base para o serviço de pré-natal dentro do SUS é o PHPN, inserido desde dentro da Estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2011), No que diz respeito à humanização, por vezes acompanhei durante os encontros do Grupo de Gestantes a abordagem de temas caros aos entusiastas do movimento, como a importância do respeito à escolha da parturiente e da escuta ativa durante o pré-natal. Até mesmo a abordagem feita em relação à amamentação foi diferente das campanhas clássicas do Ministério da Saúde sobre o tema¹⁰, sendo preparada para aquele público específico, mantendo um diálogo aberto sobre as experiências das participantes com a amamentação, assim como seus anseios e dúvidas. Foi lá também que se discutiu a amamentação na hora dourada, ou seja, na primeira hora após o nascimento do bebê.

Os temas citados fazem parte da atual discussão em grupos de humanização em plataformas online, abarcando profissionais e usuários em prol da humanização do parto,

assim como em rodas e palestras destinadas à preparação para o parto e a prevenção da violência obstétrica. Na edição em que se tratou sobre aleitamento, foram passados entre as participantes seios feitos em crochê, de diversas cores e tamanhos, a fim de desmistificar questões sobre o tema e orientar a correta forma de amamentar, a saber, uma posição que não cause dor na mulher, tampouco deixe de alimentar a criança. Todavia, como nem tudo são flores, na mesma edição em que houve essa ótima iniciativa em relação à amamentação, uma nutricionista também compareceu a fim de esclarecer questões sobre a alimentação da puérpera em prol da produção de leite. Ao descrever alguns itens do senso comum, conhecimentos tradicionais para produção de leite, como tomar cerveja preta, por exemplo, ela rebatia a pertinência da sugestão com “não há nenhum estudo que comprove”. Amparando-se na ciência, ela rebatia uma série de conhecimentos populares em torno da amamentação e, ao meu ver, fragilizava a relação com as mulheres que naquele espaço potencialmente seguro relatava suas tradições familiares sobre a temática. Os conhecimentos populares foram trazidos pela nutricionista em uma folha de papel através da qual se guiava durante sua fala. Ao mesmo tempo que as mulheres presentes assumiram que conheciam os 'mitos' vinculados à alimentação para produção de leite, afirmavam que não aderiam pois aquilo era coisa 'do pessoal

da antiga'. Mesmo que não tenha sido o caso entre aquelas gestantes, o tipo de fala promovido pela nutricionista pode promover o apagamento de saberes populares relevantes para comunidades específicas. Caberia interrogar ainda se a afirmação de que elas, gestantes, não faziam uso daqueles conhecimentos 'do pessoal da antiga' eram reflexo da realidade ou do receio de serem repreendidas pela voz da ciência adotada pela profissional nutricionista.

Quando perguntei a Marcela qual o conceito de 'humanização' adotado na formulação do Grupo de Gestantes, ela me disse que

A humanização no pré-natal seria proporcionar nesse momento toda atenção necessária, orientando sobre seus direitos, a importância da adesão ao pré-natal, o porquê realizar, buscar envolver a rede de apoio desta mulher, buscar entendê-la dentro do seu contexto e auxiliá-la da melhor forma possível nas suas necessidades e desejos (Marcela, enfermeira residente RMSF).

A simples definição de humanização que Marcela fez já ultrapassa toda a menção à humanização focada no pré-natal presente no texto da portaria que dá origem ao PHPN. Nesse sentido, assim como Marcela, acredito que as iniciativas de humanização dentro do pré-natal ofertado e preconizado pelo Ministério da Saúde são insuficientes, ficando a cargo de poucos profissionais, inclinados

pessoalmente a propostas de humanização na saúde, a tentativa de promover uma assistência pré-natal expandida e humanizada. A crítica que minhas interlocutoras fizeram, ao afirmar que as consultas eram rápidas, superficiais - focando mais no feto do que na mulher - casam com a declaração de Marcela ao afirmar que a assistência pré-natal preconizada ainda está muito focada em identificação de fatores de risco e comorbidades durante a gestação, priorizando a saúde física, com consultas rápidas em prol da checagem dos parâmetros materno-fetais de evolução da gestação. O grupo nesse cenário apareceria como uma via para que questões que não foram dialogadas no consultório, fosse por falta de tempo ou interesse, viesssem à tona. Desta forma, a humanização promovida a partir do espaço do grupo de gestante pode ser vista como o empenho de tecnologia leve dentro da assistência ao pré-natal. Ou seja, como prática de acolhimento e criação de vínculo, objetivando a promoção de saúde e prevenção de doenças a partir das reais demandas dos usuários do serviço (COELHO e JORGE, 2009).

Ao abordar o movimento pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, Tornquist (2002) aponta que esse movimento, localizado no país desde a década de 1980, propõe inicialmente mudanças na assistência ao parto hospitalar/medicalizado. Contextualizando, em 1993 surge no Brasil a ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e

Nascimento, sendo este um movimento encabeçado pela sociedade civil e com membros distribuídos por todo o território nacional, visando a difusão de informações sobre a assistência à mulher e ao bebê durante o processo de gestação e parto (DINIZ, 2005; RATTNER et al, 2010). A ReHuNa desde seu início criou parceria com entidades como a Unicef e o Ministério da Saúde em prol da modificação do cenário da assistência à gestação e ao parto, promovendo ainda cursos direcionados para a prática obstétrica e afins. (RATTNER et al, 2010). A base desse movimento gira em torno de uma prática médica amparada pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) demanda corroborada por órgãos como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em relação à prática da assistência em saúde, entre os direitos da gestante ao acessar o PHPN estão o atendimento digno durante todo o processo de gestação, parto e puerpério, o conhecimento e maternidade na qual será realizado o parto, além de atendimento “de acordo com os acesso à princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica” (BRASIL, 2002, p. 6). O programa, na cartilha consultada, não faz menção às práticas recomendadas pela OMS, deixando margem para que a assistência ocorra “de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica” (BRASIL, 2002, p. 6). Desse modo, o referencial de atuação dos profissionais pode se

referir a outros órgãos da área da saúde, sejam conselhos profissionais federais, estaduais ou mesmo secretarias municipais de saúde.

O PHPN surge a fim de garantir a cooptação e o monitoramento da atenção à gestação e ao parto por meio do cadastramento de gestantes ao programa através do SISPRENATAL¹¹. O programa está desde 2011 inserido dentro da estratégia da Rede Cegonha. Esta organiza o atendimento à gestante e à puérpera nos seguintes eixos: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

Carneiro (2013), em uma análise inicial pouco após o lançamento da Rede Cegonha, alertava para a necessidade de reconhecer outras necessidades para além do parto humanizado, o que parecia ser carro-chefe da recém-lançada estratégia Rede Cegonha.

considerando o caráter de urgência de uma política de saúde orientada ao nascimento, poderíamos aventar a hipótese de, no Brasil de hoje, ser primeiro preciso que as mulheres tenham acesso ao SUS, aos leitos e aos exames pré-natais, para que, depois, uma vez lá instaladas, possam e tenham embasamento para demandar o atendimento diferenciado que as atendidas na rede privada já têm questionado (CARNEIRO, 2013, p.57-58).

Ao longo de seu texto Carneiro argumenta, baseada em críticas do movimento feminista e de sua própria experiência enquanto pesquisadora, que a Rede Cegonha peca em seu caráter universalizante por incorrer no risco de apagar a subjetividade das mulheres envolvidas. Desse modo, a estratégia incorreria no risco da homogeneização do serviço, deixando de lado questões diretamente relacionadas com o próprio direito à saúde, “seria preciso também ponderar a respeito das crenças, habitat, raça e etnia, e não mais somente do corpo e dos aspectos emocionais.” (CARNEIRO, 2013, p. 56).

Ao longo dos encontros com o Grupo de Gestantes fui percebendo o quanto esse era um local no qual o foco não era o feto e sim a mulher. Ali pouco se evocava sobre o desenvolvimento fetal, a maioria das falas das mulheres eram focadas nelas e nas relações que se desenrolavam à sua volta. A falta de apoio por parte do companheiro, questões de saúde mental, estresse gerado pelo trabalho, dramas familiares que envolviam a gestação, assim como sensação de julgamento e abandono durante a gravidez. Ninguém ali estava com o foco na correta altura uterina para aquela semana gestacional, tampouco se a alimentação necessariamente iria beneficiar ou não o bebê. Aquele tipo de informação elas tinham dentro do consultório, o grupo era voltado para elas. Era feito por e para elas.

Por mais que os residentes estabelecessem um tópico de discussão, na maioria das vezes requisitado previamente pelas gestantes, frequentemente outros temas atravessavam as conversas e ocupavam as tardes. Se o tema era autocuidado, podia acabar se desenrolando no estresse causado por pessoas que insistem em tomar o corpo da mulher grávida como público e direcionar mãos, gestos e conselhos não solicitados. Se o tema era amamentação, podia acontecer de entrarmos na conversa sobre a falta de apoio por parte de companheiros que não se envolviam no cuidado com os filhos ou com a própria mulher. Desta forma, o grupo era tanto uma válvula de escape para temas represados em consultas rápidas e padronizadas, como também um centro de distribuição de informações sobre os direitos das mulheres gestantes. As demandas eram articuladas diante das reais necessidades das mulheres ali presentes, especialmente a demanda de fala.

Em certas ocasiões o grupo tornou-se uma espécie de ouvidoria em relação aos demais atendimentos na unidade. Mulheres compartilhando suas experiências em atendimento e dividindo frustrações sobre encaminhamentos que não foram concedidos, exames que não eram marcados ou sobre a demora no atendimento ou reposição de profissionais nas equipes de saúde da família que atendiam as áreas em que elas eram vinculadas. Contudo, um dos tópicos mais

apresentado durante os encontros foi a questão da saúde mental. Em sua maioria as queixas eram em relação a questões que antecediam a gestação e eram negligenciadas, fosse pela falta de estrutura na área da saúde para dar conta da demanda, fosse por um senso comum que insiste em afastar as pessoas da busca por atenção à saúde mental por conta do estigma em torno do tema. A pesquisa que Maluf (2010) coordenou sobre gênero e políticas de saúde mental, que teve desdobramentos etnográficos em diversos bairros de Florianópolis, entre eles o Monte Cristo, abordou a interseção entre gênero e saúde mental, explorando, entre outras questões, o aumento da utilização de remédios psicotrópicos entre as mulheres do bairro. Entre os resultados da pesquisa e suas implicações para uma avaliação crítica das políticas de saúde mental na atenção básica, estão:

- 4) a necessidade de uma política de saúde mental que ofereça outros tratamentos além da medicamentalização, 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 (MALUF, 2010, p.36).

Uma das constatações mencionadas por Maluf é a de que em diversos serviços de atenção à saúde operam iniciativas que buscam ir além do tratamento medicamentoso no campo da saúde mental. No caso da pesquisa que realizei, o Grupo de Gestantes apareceu como uma das formas de dar conta do manejo do sofrimento mental para além do uso de medicação ou do atendimento com psiquiatras e/ou psicólogos. Todavia, é preciso reconhecer que o grupo foi colocado nesse lugar por uma carência institucional em torno da assistência à saúde mental. Torna-se necessário demarcar que, apesar de poder fornecer um apaziguamento momentâneo para as demandas de fala das mulheres que ali estavam, não era o papel da atividade dar conta dessas demandas específicas, tampouco substituir o atendimento individual ou mesmo grupal fornecido por psicólogos e/ou psiquiatras. Nesse sentido, cabe tensionar o papel do desmonte da rede de saúde mental desde 2016.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), ao analisar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil, apontam para o desmonte e a estagnação desta rede através das decisões do Ministério da Saúde que invalidam as possibilidades de cuidado comunitário em relação à saúde mental. Iniciativas como o NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) que comumente eram a principal via de inserção do profissional da psicologia dentro dos Centros de Saúde, auxiliando as

equipes da ESF no manejo dos usuários e das questões da comunidade, a partir de 2020 tiveram suas verbas cortadas precarizando ainda mais o serviço e impossibilitando a contratação de novas equipes¹².

Em uma das últimas idas a campo, a fim de obter informações sobre o funcionamento do Centro de Saúde, percebi que a prática do Grupo de Gestantes não era aprovada por alguns profissionais da unidade. Conversando com uma profissional de saúde, a mesma chamou de 'atendimento em rebanho' a oferta de grupos em unidades de saúde. Ela se baseava em experiências anteriores trabalhando em outros Centros de Saúde do estado de Santa Catarina. A profissional em questão era enfermeira e me alertava para o fato de que, ao seu ver, muitas vezes os grupos eram utilizados como uma espécie de consulta conjunta. Falou sobre outros grupos de gestantes e puérperas que já tinha observado onde as práticas eram voltadas à pesagem de bebês e instrução de cuidados em geral, como uma forma de realizar consultas de pré-natal com várias mulheres ao mesmo tempo. O que ela me descrevia era o avesso do que eu tinha visto naquele Centro de Saúde e eu me perguntava se alguma vez ela tinha acompanhado o grupo ou mesmo conversado com os envolvidos. Ao fim da nossa conversa descobri que não. Aparentemente ela não tinha tempo ou interesse.

Quando perguntei à coordenadora do centro de saúde sobre como acontecia o planejamento do Grupo de Gestante, em relação a quem ficaria responsável, ela me disse que os residentes da RMSF sempre ficavam à frente pois teriam mais tempo disponível. Então descreveu como eles tomavam a frente para o funcionamento do grupo de forma quase orgânica. Era esperado que os novos residentes tomassem o lugar dos antigos. Os outros profissionais da unidade, que não eram residentes, teriam trabalho demais diariamente para parar os atendimentos e ir fazer qualquer grupo. Todavia, além de conduzir o grupo, os residentes com quem conversei também prestavam atendimentos diários naquela unidade de saúde. Para justificar sua fala a coordenadora me explicou que o Centro de Saúde do Monte Cristo era uma unidade que atendia muitas pessoas diariamente, tendo grande fluxo. Disse que, desta forma, a seu ver os grupos funcionam melhor em unidades menores, onde se tem tempo e pessoal para realizar a atividade. Mais uma vez, pensei sobre como a falta de conhecimento em torno do funcionamento e das potencialidades do atendimento em grupo são empecilhos tanto para o reconhecimento da importância da atividade, quanto do incentivo para que outros profissionais também frequentem o grupo. Sendo uma atividade mensal, será que causaria tanto prejuízo assim aos atendimentos padrões da unidade?

Pensando que o próprio grupo por vezes funcionava como um lugar para se queixar sobre os atendimentos recebidos na unidade, possibilitando tocar em questões negligenciadas durante as consultas de pré-natal, aqueles encontros serviam de lembrete de que, além de grávidas, as usuárias do serviço eram sujeitos e reivindicavam atendimento integral à saúde.

O Grupo de Gestantes apareceu no campo como uma potência diante da precarização da aplicação do conceito de humanização em saúde na área da assistência pré-natal. Dentro do preconizado pelo PHPN, talvez o grupo figure como uma atividade educativa ainda que, pela experiência observada e vivida, ele passe longe desta restrição. O grupo tornou-se um lugar para abordar questões extremamente necessárias e urgentes como a violência obstétrica e os direitos das gestantes, comumente ignorados nas consultas mensais com as equipes de saúde, a não ser que haja na própria equipe algum indivíduo pessoalmente inclinado ao tema da humanização no campo do pré-natal e parto. Todavia, a falta de reconhecimento dos outros profissionais que atuam na unidade em torno da importância do grupo afeta o próprio comparecimento das gestantes à atividade. Para Marcela, caso os demais profissionais do Centro de Saúde incentivassesem, durante suas consultas, as mulheres a frequentarem o grupo, o comparecimento nos encontros provavelmente seria maior.

Outro empecilho vinculado à possibilidade de comparecer ao grupo foi levantado por Mônica durante nosso encontro: o Grupo de Gestantes não oferta atestado médico que possa justificar a falta da gestante ao trabalho. Desta forma, a ausência do trabalho para comparecer ao grupo pode soar como algo supérfluo, ocasionando dano à gestante na esfera do trabalho formal. Em termos de trabalho, um exemplo pertinente para dimensionar a importância do Grupo de Gestantes foram as orientações que Viviane obteve em uma das reuniões relativas aos seus direitos trabalhistas após ser demitida ao informar sobre a gestação. Da mesma forma, o debate sobre a possibilidade de realizar um Plano de Parto, assim como o acolhimento de diversas questões de saúde mental e familiares que até então não tinham espaço para serem abordadas, foram cruciais para o desenvolvimento da gestação de Diana e Sandra.

A cidade de Florianópolis é uma das referências nacionais em termos de humanização da assistência ao pré-natal e parto¹³. No ano de 2019 a cidade foi palco de mais uma ação de luta em prol de um Centro de Parto Normal (CPN) para atender mulheres através do SUS. A intenção é que o CPN atenda mulheres gestantes de baixo risco em prol da realização de partos normais e humanizados. O CPN seria vinculado à Rede Cegonha do município. Iniciativas desse porte são previstas dentro do programa Rede Cegonha e sua

adoção fica à critério dos municípios. A luta pelo CPN Floripa é encabeçada por ativistas da área da humanização e contou com ampla propaganda e apelo popular, realizando inclusive eventos na cidade para divulgação. Em agosto de 2019, ao comparecer a um destes eventos pude observar entre os entusiastas, diversos profissionais da área da saúde que atuam na rede pública do município. Iniciativas como o CPN e a promoção do Grupo de Gestantes são exemplos de como a discussão em torno da humanização, até pouco tempo restrita à classe média, pode chegar a mulheres de classes populares. Se no trabalho de Bonadio (1998) a ambição de mulheres de classes populares na assistência pré-natal era 'ser tratada como gente', através de iniciativas como as citadas anteriormente é possível ambicionar mais do que o básico, que apesar de dado como garantido constitucionalmente, por vezes é desrespeitado. No caso da assistência pré-natal, conforme observado em campo, mesmo que o texto base do PHPN seja insuficiente no que diz respeito à humanização, são iniciativas de sujeitos individuais que têm mais repercussão na assistência prestada e no acesso a práticas humanizadas.

Nota-se a necessidade de ampliação da discussão sobre humanização em saúde, reconhecendo os sujeitos a partir de suas singularidades, assim como os contextos nos quais estes estão inseridos. A aplicação das políticas públicas em saúde tem de levar em conta as particularidades e a noção

de integralidade, subvertendo em parte a lógica dos manuais e protocolos que se baseiam somente em números para avaliar a qualidade de políticas a partir do nível de acesso da população. Ao concluir minha pesquisa de campo, por motivos mais burocráticos do que limitações da etnografia, pude visualizar a ampliação do acesso dos profissionais ao Plano de Parto, acompanhar uma nova turma de residentes ser 'treinada' para a promoção do Grupo de Gestantes no ano seguinte, ver mulheres interessadas e informadas questionando sobre seus direitos e suas gestações. Por fim, pude repensar a política do PHPN, o SUS, as próprias ideias sobre maternidade e gestação, suas diversas posições nas discussões sobre interseccionalidade e, claro, a própria prática antropológica e qual seu papel dentro da área já consagrada das ciências da saúde. Em um terreno de embates, seja no SUS, na luta pela humanização ou mesmo na ideia quase radical de pensar a mulher como sujeito para além do papel de mãe, a antropologia não esmorece e a prática se reinventa a cada campo.

Notas

1. O texto apresentado é uma ampliação de um trecho de capítulo de minha dissertação que foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvida sob orientação da Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf com bolsa

concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior de 2018 a 2020. O texto base pode ser consultado em Ávila (2020).

2. Em trabalho relacionado ao tema, Fleischer e Batista (2014) dão exemplos do funcionamento de grupos direcionados a hipertensos a partir de etnografia em serviços de saúde de Brasília.
3. Gerber (2015) se refere à ideia do exercício de sombra na etnografia como um “exercício pessoa–pessoa, de uma afetação *in extremis*” (p. 57). Esse exercício seria possível a partir de um denso mergulho no cotidiano das pessoas, colocando o próprio corpo em prol desse empreendimento.
4. Os nomes de minhas interlocutoras foram alterados em prol da manutenção de confidencialidade prevista no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido vinculado à pesquisa.
5. No momento da pesquisa o território do Monte Cristo era dividido em 5 áreas pelo Centro de Saúde. Cada área contava com a própria equipe da Estratégia de Saúde da Família.
6. Marcela atendia no CS Monte Cristo enquanto residente de enfermagem, vinculada a Residência Multiprofissional em Saúde da Família promovida pela Escola de Saúde de Florianópolis. Ao nos encontrarmos ela estava em seu segundo e último ano enquanto residente naquela unidade de saúde.
7. Na primeira reunião que tive com a coordenação do Centro de Saúde, ainda em junho de 2019, afirmei que eu tinha acertado com a Escola de Saúde de Florianópolis que poderia contribuir com o Grupo de Gestantes e o Centro de Saúde como fosse necessário, a fim de oferecer uma contrapartida diante da autorização de pesquisa na

unidade. Na ocasião, relatei que tinha experiência na realização de grupos pois trabalhei anteriormente na área da assistência social, em Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em um Abrigo Domiciliar, além de promover rodas de conversa na clínica particular onde atendia anteriormente em Sobral.

8. Mônica foi minha primeira interlocutora. A encontrei na sala de espera da unidade de saúde e conversamos enquanto ela aguardava atendimento. Mais considerações sobre sua trajetória enquanto mulher negra, migrante e naquele momento vivendo uma gravidez de risco podem ser encontradas em Ávila (2020).
9. Raquel era uma profissional atuante no CS Monte Cristo que, ao ser questionada sobre a oferta do Grupo de Gestantes fez uma longa fala argumentando sobre como a promoção de grupos em unidades de saúde eram por vezes uma espécie de “atendimento em rebanho”, utilizado para desafogar a fila por atendimentos. Raquel nunca tinha participado do Grupo de Gestantes oferecido no CS em que ela atuava, tampouco sabia quais eram as intenções deste serviço. Retomo sua fala ao longo do texto.
10. Sobre o tema, Dagmar Meyer (2000) produziu um importante trabalho abordando o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e chegando a conclusões sobre a nova politização da maternidade e do aleitamento materno.
11. SISPRENATAL é um software, desenvolvido pelo DATASUS, criado para acompanhar as gestantes vinculadas ao PHPN. O software é preenchido pelos profissionais das unidades de saúde nas quais as gestantes são vinculadas e propõe o acompanhamento desde o pré-natal até a consulta de puerpério.

12. Os cortes foram operados através de nota técnica do Ministério da Saúde no início de 2020. Mais informações disponíveis em: NASF-AB é extinto pelo Ministério da Saúde e aprofunda desequilíbrio (<https://crefito4.org.br/site/2020/01/31/nASF-ab-e-extinto-pelo-ministerio-da-saude-e-aprofundar-desequilibrio/>).
13. A maternidade do Hospital Universitário da UFSC é desde 1997 referência em humanização e possui desde o ano 2000 o título de Maternidade Segura em relação às práticas de humanização do parto e nascimento. Ver em: <https://noticias.ufsc.br/2020/06/maternidade-do-hu-e-referencia-em-humanizacao-ha-mais-de-duas-decadas/>.

Referências

ÁVILA, Alana Aragão. *Dentro e fora do manual: experiências de mulheres realizando pré-natal através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.* Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

BONADIO, I.C. “Ser tratada como gente”: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. *Rev. Esc. Enf. USP.* v. 32, n. 1, p. 9-15, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de

Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARNEIRO, R. G. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, 2009. Acesso em: 15 de Jan de 2021.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. Acesso em: 15 de Jan de 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

FLEISCHER, Soraya; BATISTA, Monique. “Isso aqui é a minha valência”: notas etnográficas sobre um grupo de ginástica na Guariroba, Ceilândia, DR. FERREIRA, Jaqueline; Fleischer, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

GERBER, Rose Mary. O exercício da sombra: a experiência de uma etnografia. *Anuário Antropológico*, Brasília, UnB, v. 40, n. 1, p. 57-73, 2015.

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. MALUF, Sônia Weider; TORNQUIST, Carmen Susana (Org.). Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MEYER, Dagmar E. Estermann, As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado? *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 25, p. 177-133, 2000.

RATTNER D. ReHuNa A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Rev et. al. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. p. 215-228, 2010.

ROBLES, Alfonsina Faya. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 190-213, 2015.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era:
natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.
Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, p. 483-497, 2002.

Experiências de mulheres lésbicas em Cuiabá-MT: inteligibilidade em saúde e existência como resistência

**Kamylla Cavalcante Taques dos Reis
Moisés Lopes**

Introdução¹

O objetivo deste texto é desenvolver uma análise sobre a construção da saúde, e políticas públicas para mulheres lésbicas. Trata-se de um ensaio teórico bibliográfico, com dados complementares obtidos em pesquisa de campo, que tem como fim levantar hipóteses sobre as maneiras nas quais a (in)visibilidade lésbica e a não-inteligibilidade em saúde vem ao longo de décadas promovendo, direta ou indiretamente, a vulnerabilização social e em saúde destas mulheres. Assim, buscamos mostrar como esta invisibilidade das experiências lésbicas tem um caráter produtivo, isto é, espraiam-se e produzem efeitos na vida prática destas mulheres, uma vez que mesmo quando citadas em políticas públicas de saúde tem suas inserções pontuais pautadas em uma visão que segue atrelando a saúde da mulher e sua sexualidade a elementos reprodutivos, de violência e envoltos em uma matriz heterossexual. Tal como apontam Carvalho, Calderaro & Souza (2013, p. 123).

A saúde sexual lésbica parece trilhar os mesmos caminhos espinhosos, colocando a lésbica como vítima seja da violência ou de doenças (argumentos biomédicos) não cabendo até agora espaço para se falar de práticas sexuais, de prazer, de desejo.

Para percorrer este caminho, trilharemos uma análise que enfocará, a partir de uma perspectiva feminista e antropológica, o campo das políticas e da produção científica, problematizando como os discursos e a produção da saúde para mulheres lésbicas vem sendo efetivado. Partiremos também de nossas experiências de trabalho, pesquisa e de observação tanto no Conselho Municipal de Atenção a Diversidade Sexual de Cuiabá onde eu, Moisés Lopes represento a UFMT, bem como da experiência deste pesquisador desenvolvendo investigação sobre o Movimento LGBTI+ de Mato Grosso desde 2011. Outrossim, tomamos como central a experiência de Kamylla Reis que vem trabalhando com a temática da saúde LGBTI+ desde 2017, a partir de sua experiência como enfermeira assistencial em serviços especializados em IST/HIV/Aids e hepatites virais em Cuiabá.

Neste sentido, antes de iniciarmos a discussão é de fundamental importância ressaltar que nossa compreensão de saúde não se limita a ausência de doenças, mas adquire um sentido social e coletivo que ultrapassa uma visão biologicista. Esta visão mais ampla está inclusive amparada no artigo 3º da lei 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) que ressalta as relações entre determinantes sociais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, entre outros; bem como, condições de trabalho, renda e educação como

elementos que impactam nas condições de saúde dos sujeitos e dos grupos. Em suas palavras,

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

No entanto, é importante ressaltar, tal como aponta Tatiana Lionço (2008) a partir de uma análise das políticas públicas de saúde e sua implementação, a necessidade de formulação de políticas públicas especializadas para LGBTI+ com o intuito de se obter a universalidade do acesso à saúde, haja vista as necessidades específicas e os agravos de saúde oriundos das LGBTfobias para que sejam ressaltadas “estratégias de acolhimento e atenção específicas, de acordo com as particularidades dos sujeitos que buscam os serviços de saúde” (idem, p. 18). É interessante destacar que o SUS avançou com a publicação da “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” pelo Ministério da Saúde em 2009 que indica no parágrafo único do artigo 4º,

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação

sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência [...] (BRASIL, 2012, p.13).

Apesar deste avanço, como aponta o movimento de lésbicas e mulheres bissexuais no documento “Atenção à Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” resultante de uma oficina realizada em 2014 em Brasília,

O acolhimento a lésbicas não tem funcionado adequadamente. Teoricamente o SUS é preparado para atender a essa população, como está previsto na Carta dos Usuários do SUS. A base para que as coisas aconteçam estão dadas em diversos documentos, mas mulheres não dizem que são lésbicas e profissionais não perguntam. Não há materialização do que está na teoria (BRASIL, 2014, p. 26).

Concluindo, gostaríamos de destacar que este artigo está dividido em três partes e uma consideração final. Na primeira parte, intitulada “Gênero, Saúde e Lesbianidade” debatemos a maneira como as questões que envolvem a lesbianidade e o gênero afetam de modo direto e indireto no acesso aos serviços de saúde; na parte seguinte, “Invisibilidade lésbica nas Políticas Públicas de Saúde” discutimos como a não-inteligibilidade de lésbicas nos serviços de saúde e nas Políticas Públicas de Saúde afetam o acesso destas mulheres ao atendimento integral; finalizando,

no tópico nomeado como “Resistência ao apagamento social da mulher lésbica” destacamos a invisibilização da mulher lésbica e a possibilidade de utilizar as categorias de articulação para compreensão mais profunda deste apagamento.

Gênero, saúde e lesbianidade

A saúde de mulheres lésbicas é apontada na literatura para as seguintes questões de saúde: câncer de mama, câncer do colo do útero (ocasionado principalmente por HPV), saúde mental afetada por diversas formas de violência, consumo abusivo de álcool e outras drogas, ansiedade causada pelo medo e expectativa de rejeição relacionados à lesbofobia, e por fim as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (CARVALHO et al, 2013).

A desigualdade de gênero é condicionante de risco às mulheres por produzir uma relação assimétrica na sociedade, implicando em relações de poder desiguais em que o que se configura como feminino, exerce papel de subalternidade na organização social (FERREIRA et al, 2017; SAMPAIO et al, 2011). É precisamente essa relação de poder na qual a mulher está frequentemente em lugar de subserviência que a coloca em vulnerabilidade social, e consequentemente vulnerabilidade em saúde.

Ao se tratar de gênero é importante destacar dois pontos importantes: a atribuição de espaços sociais diferentes para homens e mulheres e a situação de opressão que as mulheres se encontram (PISCITELLI, 2009). Para efeito de apreender o significado de gênero e como a sua (in)compreensão afeta a situação de saúde das mulheres, destaca-se as teorias feministas como precursoras nesses estudos.

É notável nos estudos feministas, especialmente em Scott (1995), que gênero pode ser definido como um produto das relações sociais que é assimilado, representado e institucionalizado, repassado de uma geração para outra, baseado nas diferenças anatômicas percebidas entre os sexos, que configura o primeiro campo no qual as relações de poder se articulam (GOMES et al, 2018; FERREIRA et al, 2017).

Ainda de acordo com Scott (1995), o termo gênero funciona como uma categoria social imposta a um corpo sexuado, a partir dele é possível indicar a existência de uma construção social de ideias sobrepostas aos papéis socialmente adequados aos homens e mulheres, uma forma de refletir sobre as origens sociais das suas identidades subjetivas.

A opressão sobre as mulheres está vinculada à atribuição de qualidades e traços de temperamento a

homens e mulheres, que delimitam seu espaço de atuação, frequentemente considerados inatos, ou seja, “naturais”, relacionados a características anatômicas e essencialmente reprodutivas, com o cenário da mulher associado à capacidade de gerar filhos e criá-los, dentro de um espaço doméstico (ORTNER, 1979; PISCITELLI, 2009).

Uma das fragilidade no cuidados em saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres, grupo em que as lésbicas estão inseridas, como descritas por Barbosa e Facchini (2009), é a menor frequência de realização de exames ginecológicos, tanto pela menor solicitação de exames por parte dos profissionais de saúde, como pela menor procura da lésbica por esse cuidado quando necessário ou apenas quando ocorre agravamento da situação de saúde.

As autoras também trazem a associação entre atributos corporais autorreferidos como “masculina” ou “mais masculinizada” com a menor frequência de busca por cuidados ginecológicos (BARBOSA e FACCHINI, 2009). Dado que demonstra um dos aspectos que dificultam o acesso dessas mulheres a serviços de saúde, pela relação entre a forma como o gênero é percebido na sociedade e no sistema de saúde, pautado em uma matriz heterossexual e reforçada pelo modelo de saúde biomédico, que atribui às mulheres a performance de uma feminilidade idealizada,

que ao não ser correspondida, fisicamente ou em sua prática afetiva/sexual, ocasiona o estranhamento social expresso em atitudes (vexatórias, depreciativas, discriminatórias, negligentes etc) que causam desconforto às usuárias.

Veja abaixo a descrição de um trecho retirado do diário de campo de um momento observado em um serviço especializado em IST/HIV/Aids de Cuiabá:

Uma mulher, aproximadamente 22 anos, autodenominada lésbica, procurou a unidade para realização de teste rápido. Entrei em contato com a usuária ao entrar no consultório durante atendimento para pegar um material, porém, notando a usuária, que parecia ser menor de idade, decidi acompanhar a consulta com a enfermeira. No momento inicial a enfermeira perguntava a ela o motivo de buscar o atendimento, ela relatou estar namorando uma outra mulher que mora no sul do país e em alguns dias iria encontrá-la pela primeira vez. No entanto, há 1 ano, ela havia tido relações sexuais sem preservativo com uma mulher bissexual, e por isso estava preocupada em ter contraído alguma IST, por isso ela desejava realizar o teste rápido para ter certeza que estava tudo bem antes de se relacionar com a atual namorada, com a qual ela não tinha preocupações por ser lésbica também. No desenrolar do atendimento a enfermeira reforçava que não havia necessidade de realizar o teste rápido, dizia não haver risco de infecção ao transar com outra mulher, mas que ela faria para que a usuária ficasse mais tranquila. Os resultados foram não reagentes e a enfermeira estava prestes a liberar a

usuária, quando intervi no atendimento, que até o momento havia acompanhado em silêncio. Comentei que apesar dos resultados não reagentes era bom que ela fizesse o teste rápido pelo menos duas vezes ao ano, e que para além das infecções detectadas no teste rápido existem outras IST que são identificadas por exame clínico, como HPV, gonorréia e clamídia, nesse momento questionei quando havia sido o último exame ginecológico que ela havia realizado, momento em que ela afirmou nunca ter consultado com uma ginecologista. Nesse momento, a enfermeira mencionou que ela poderia realizar o exame ginecológico com a ginecologista do SAE, pois de acordo com ela os profissionais da rede de saúde não teriam sensibilidade necessária para atendê-la, pela orientação sexual. A usuária aceitou e a consulta foi marcada (Diário de campo, 2019).

A citação acima evidencia uma postura comum em serviços de saúde, de colocar a mulher lésbica em um lugar de ausência de riscos em saúde sexual, pela sua prática com outras mulheres, reforçando o ideal preconcebido que atinge tanto os profissionais de saúde quanto as usuárias de não risco no sexo entre mulheres, colocando-as em situação de vulnerabilidade ao não oferecer informações, insumos de prevenção que possam ser adaptados à necessidade das lésbicas ou até mesmo um atendimento assistencial completo (com exame físico/ginecológico, solicitação de exames, etc), como rotineiramente é realizado com mulheres

que relatam estar em relações heterossexuais.

Ressaltamos que a noção de vulnerabilidade a que nos referimos foi trazida para área da saúde com maior destaque a partir da epidemia de Aids, inicialmente a temática da vulnerabilidade social foi trabalhada nos anos 90 com foco na pobreza, tendo em vista conhecer as áreas da sociedade mais destituídas de provimento das necessidades básicas do que voltada à compreensão das determinantes desse processo de empobrecimento (MONTEIRO, 2011).

Alicerçada pela epidemia de Aids, essa discussão foi deslocada para o campo da saúde em uma perspectiva de superação da ideia de risco social, buscando ampliar a compreensão sobre o processo que leva aos agravos de saúde, deixando de lado o foco no individual e considerando os aspectos do contexto social do indivíduo como determinantes. Desta forma, a vulnerabilidade passa a ser compreendida, em seu complexo campo conceitual, por múltiplos condicionantes de diferentes naturezas (econômicos, culturais ou sociais), em que a vulnerabilidade não é inerente, mas determinada por condições e circunstâncias (MONTEIRO, 2011).

Pensando nisso, retomamos a reflexão sobre gênero e sua relação com o acesso a saúde, além de ser utilizado como categoria de análise, o conceito de gênero trouxe outros avanços para o movimento feminista, dentre eles a

problematização da categoria “mulher”, antes vista a partir de um fundamentalismo biológico, agora contemplando uma complexa rede de características que exerçeriam um papel dominante em certos contextos, mas não universais, trata-se de pensar nas mulheres em contextos específicos (PISCITELLI, 2002).

Porém, essa noção da categoria mulher ainda está distante da realidade do sistema de saúde, que continua a negar as diversas possibilidades do ser mulher, seguindo obstinado a classificar e enquadrar as mulheres no padrão social cisheteronormativo, codificando as condutas da área da saúde para um modelo hegemônico, negligenciando e atuando como determinante no processo de vulnerabilização de lésbicas no campo da saúde.

A partir do trecho do diário de campo é possível inferir um exemplo da percepção de grande parte das mulheres lésbicas sobre o risco da prática sexual com outra mulher, ao se ver em risco na relação com uma mulher bissexual, mas não demonstrar preocupação por si ao se relacionar com uma lésbica. Isto aponta uma das noções desse grupo sobre IST, de que seu maior risco está relacionado indiretamente ao sexo heterossexual (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Além disso, a pressuposição da heterossexualidade das mulheres que buscam cuidados em saúde configura

outra razão para a situação de vulnerabilidade que as lésbicas se encontram, partindo da reflexão do discurso preventivo da saúde como campo em que se constitui o controle da (homo)sexualidade (CARVALHO, 2013). Cabe ainda refletir sobre o enfoque no risco de infecção às ISTs da maioria dos estudos sobre saúde lésbica, com uma importante ausência de discussão acerca dos processos sociais que atravessam a vivência lésbica e colocam essas mulheres em situação de risco, bem como o papel do feminismo na (não) produção de saúde para lésbicas.

Porém, cabe lembrar que ao compreendermos a vulnerabilidade social como resultado de um processo constituído por diferentes determinantes inseridas em um contexto histórico-social implica na possibilidade de minimizar ou reverter esse quadro, deslocando a noção de vulnerabilidade como algo que recai sobre as lésbicas, abrindo o debate para uma perspectiva com múltiplas possibilidades de mudança por meio da resistência aos processos sociais que conduziram essa população à atual situação de vulnerabilidade.

Invisibilidade lésbica nas políticas públicas de saúde

A situação de vulnerabilidade em saúde sexual e reprodutiva em que se encontram as mulheres lésbicas está

exemplificada na não abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das IST/HIV, não percepção e desconsideração da vulnerabilidade às IST/HIV, não reconhecimento de si como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos, entre outros aspectos (GUANILÓ, TAKAHASHI, BERTOLOZZI, 2014).

As lésbicas são comumente negligenciadas no que se refere aos cuidados em saúde, pois estão em situação de não-inteligibilidade pela sociedade e pelos profissionais de saúde, fator que resulta na ampliação da vulnerabilidade desse grupo que ao buscar o serviço de saúde não são orientadas ou inadequadamente orientadas, para o exercício da sua sexualidade de forma autônoma e segura (CARVALHO, et al 2013).

Apenas em 1984 ampliou-se o cuidado à mulher para além do período gestacional, com a criação do Programa de Assistência Integral em Saúde da Mulher (PAISM). Porém, a incorporação das relações de gênero e sexualidade só foram efetivamente inseridas nas políticas de saúde em 2004, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004; CARVALHO et al, 2013).

Assim, comprehende-se que as lésbicas estão expostas ao risco de infecção por IST/HIV pela interligação de fatores individuais, sociais e programáticos. Ressalta-se que a invisibilidade desse grupo é em grande parte fruto do

enfoque no discurso preventivo no risco à IST/HIV relacionado a práticas sexuais centradas no falo em contexto heterossexual e/ou homossexual masculino, negligenciando as diversas formas de expressão sexual, devido ao predomínio de representações cisheteronormativas na sociedade, fabricando a falsa percepção desse grupo como de baixo risco à infecção (MORA e MONTEIRO, 2013).

O trecho abaixo refere-se a um momento que ocorreu durante o curso de atualização do protocolo municipal de sífilis de Cuiabá, realizado em 2019. Neste momento do curso estava sendo discutido os aspectos jurídicos da abordagem ao usuário menor de idade em casos de IST.

Algumas enfermeiras começaram a relatar casos em que elas se viram em dúvida sobre como agir. Um desses casos foi explicitado por uma enfermeira que se levantou para falar, esta relatou que atendeu uma usuária menor de idade para realização de teste rápido, mas que ao descobrir que ela era lésbica não julgou necessário acionar a ginecologista para participar do caso e realizar exame ginecológico específico, pois como ela era lésbica não havia sexo com penetração e assim não haveria risco (Diário de campo, 2019).

Em contraposição a essa falsa percepção, ainda que de acordo com a literatura atual o risco de transmissão sexual

de IST/HIV seja maior na prática sexual penetrativa peniana, estudos recentes, indicam que o contato sexual entre lésbicas pode transmitir, entre outras IST, o Vírus do Papiloma Humano (HPV), tricomoníase, herpes genital e sífilis, além do HIV, que teve seu primeiro caso confirmado (por meio de contato sexual entre lésbicas) em março de 2014, pelo U.S Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (TAT, MARRAZZO, GRAHAM, 2015; CHAN et al, 2014).

Corroborando essa afirmativa, em 2007 é lançado o Plano Integral de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras IST, que visa promover a saúde sexual e reprodutiva, por meio de ações intersetoriais para garantir o acesso a insumos, diagnóstico e tratamento para IST/HIV/Aids em todo o país. O plano surge em face aos dados epidemiológicos alarmantes notificados até junho de 2006, sobre os casos novos de HIV, que demonstrava a feminização do HIV pela diminuição sistemática da razão de número de casos, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005 (BRASIL, 2007).

Em 2017, o boletim epidemiológico demonstra que pouco mudou em relação aos dados de 2006, pois a razão de sexos para 2016, desconsiderando as gestantes, foi de 2,5 homens por mulher (BRASIL, 2017). Mora e Monteiro (2013) ressaltam a indicação de estudos anteriores de que a

invisibilidade das lésbicas em relação às IST/HIV/Aids está diretamente ligado à inexistência de instrumentos de vigilância capazes de registrar suas práticas sexuais como via de transmissão às IST. Apontamento reforçado pelo próprio boletim epidemiológico, que traz dados estratificados por orientação sexual apenas para o gênero masculino, ao se tratar das mulheres o documento se refere apenas a gestantes, mulheres heterossexuais e usuárias de drogas injetáveis.

Entre as variáveis vinculadas à desigualdade de gênero que devem ser consideradas na busca do fortalecimento de ações para a saúde das lésbicas, destaca-se a negação dos direitos性uais e reprodutivos das mulheres, por meio do revés em que se encontram os profissionais de saúde em relação a invisibilidade das questões de saúde sexual nesse universo, este é um dos fatores determinantes para a vulnerabilidade às IST/HIV para essa população. (BRASIL, 2007; SILVA, COSTA, MULLER, 2018; CARVALHO et al, 2013; BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Para compreender este cenário de vulnerabilidade em saúde sexual que as mulheres lésbicas se encontram, é necessário retomar marcos históricos para as IST e sua relação com as sexualidades dissidentes. Para tanto, cito o início da epidemia de Aids na década de 1980, que permitiu o reforço da norma heterossexual no discurso preventivo e

biomédico, não apenas no que se refere à Aids.

O controle sexual inserido nas políticas públicas de saúde é um marco do biopoder, conceito elaborado por Foucault, relacionado à prática de regulação dos sujeitos pelo estado por meio da subjugação dos corpos. Atrelado a esse movimento está a biopolítica, outro conceito de Foucault, que se refere a uma tecnologia de poder em que a população é tanto alvo quanto instrumento, estabelecendo uma relação entre corpos dóceis e domesticados com um senso de moralidade do corpo e da saúde (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009).

De acordo com Pelúcio e Miskolci (2009), a ordenação, classificação e controle da sexualidade nesse contexto ocorreram a partir da forma como a saúde pública associou o HIV/Aids como sexualmente transmissível, admitindo e respaldando a crença no antagonismo entre desejo e ordem social, com o homoerotismo como ameaça à moral e saúde.

A inclusão da pauta de saúde lésbica nas políticas de saúde enquanto sujeito em situação de vulnerabilidade às IST/HIV, apesar de trazer visibilidade às demandas do movimento lésbico, também possibilita a cooptação desse grupo pelo Estado por meio da biopolítica e que também normatiza os corpos dessas mulheres em uma perspectiva patológica dentro de um modelo de saúde ainda biomédico

(CALDERARO, 2011).

Essa tensão entre direito e controle, como proposto por Foucault, revela o paradoxo de que o direito à saúde não ocorre sem o controle sobre os corpos. As relações de poder são ao mesmo tempo intencionais e não subjetivas, não há poder exercido sem um objetivo, porém não há poder sem resistência, estamos em uma constante correlação de forças permeadas pelos mecanismos de poder na esfera social (FOUCAULT, 1997).

Além disso, no momento da epidemia, é gerada uma intensa preocupação médica em se falar de sexo de forma exaustiva, de forma a ordenar os corpos e seus prazeres, bem como caracterizando a aids por uma sexualidade homossexual, no gênero masculino e com a raça/etnia da negritude e latinidade, deixando claro o teor homofóbico, racista e xenófobo, da saúde naquele momento. E ainda, a determinação desse grupo de risco revela a heteronormatividade das políticas públicas, que interpretavam a heterossexualidade como sexo sem risco para as mulheres, pressupondo a homossexualidade como sexo de risco (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009).

Podemos utilizar as contribuições de Deleuze (1990) acerca do conceito de dispositivo, a partir da concepção foucaultiana, para pensar o dispositivo da saúde lésbica. Os dispositivos podem ser definidos como um conjunto

assimétrico de forças distintas que ora se cruzam ora se dispersam, composto por três instâncias, poder-saber-subjetivação, que produzem o ver, falar e o fazer (CARVALHO, 2013).

Ao entender a saúde da mulher lésbica como dispositivo em que estão presentes as relações de saber-poder, é possível refletir sobre o processo de invisibilidade dessa pauta nas políticas públicas de saúde, ao passo que a não difusão dessa ideia tem um caráter produtivo que favorece outros dispositivos para a manutenção da matriz cisheteronormativa (CARVALHO, 2013).

O aparente crescimento de estudos sobre saúde sexual lésbica dão a entender que políticas públicas estão sendo pensadas e implementadas pelo Estado, porém, se nos aproximarmos com um olhar mais crítico destes estudos e políticas já produzidas, é possível observar a necessidade de aprofundamento nas especificidades dessa população e da ampliação da compreensão de saúde desse grupo, para que alcance sua forma integral e não esteja limitado à lógica biologicista, para além disso, é preciso pensar nos efeitos dos marcadores sociais da diferença na saúde dessas mulheres.

Resistência ao apagamento social da mulher lésbica

Em comparação à mulher heterossexual, que

também é invisibilizada como sujeito vulnerável a IST, a mulher lésbica é apagada tanto das práticas sexuais quanto do contexto social. Adrienne Rich (2010) em clássico artigo feminista propõe a ideia de heterossexualidade compulsória como instituição política que retira o poder das mulheres, conforme veremos a seguir.

Existe uma suposição de que a maioria das mulheres são heterossexuais de modo inato, ideia que subsidia o apagamento da existência lésbica da história ou a sua ocorrência como algo excepcional, “accidental”, negando a possibilidade do “ser” lésbica se tornar algo comum. Isso ocorre em parte porque ao reconhecer que a heterossexualidade pode não ser uma preferência das mulheres, mas algo imposto por estruturas que perpetuam a dominação masculina, é também reconhecer que existe outra alternativa para as mulheres, que elas não estão “naturalmente” predispostas à heterossexualidade e podem experienciar a vida como mulher lésbica (RICH, 2010).

Segundo Rich (2010) a existência lésbica é apagada por meio da demanda criada pela heterossexualidade compulsória, que denota a habilidade masculina em negar a sexualidade das mulheres ou força-las a isso. O capitalismo é exemplo de estrutura em que há segregação de gênero, por meio da qual as mulheres ocupam posição inferior na hierarquia do ambiente de trabalho (MACKINNON, 1979).

Mackinnon afirma que para além da segregação em serviços mal pagos, as mulheres são submetidas à sexualização no ambiente de trabalho. Para manter seu emprego, a mulher além de tolerar assédio sexual repetida vezes é ainda colocada em posição de reforçar a heterossexualidade cobrada socialmente, a lésbica não assumida é forçada a performar a feminilidade que se julga apropriada para uma mulher.

O processo que coloca a mulher lésbica nessa posição de vulnerabilidade está presente estruturalmente no contexto sócio-histórico permeado pelo machismo, racismo e lgbtfobia, sendo uma das determinantes nesse processo a violência. Para pensar sobre isso tomamos como referência a discussão acerca da violência simbólica, por Pierre Bourdieu, um conceito que pode ser utilizado para amparar discussões sobre a diferença da violência entre a homossexualidade masculina e feminina. Para Bourdieu (1999) a violência simbólica está associada à dominação simbólica a que as pessoas são submetidas, como nos domínios da raça, classe e gênero, se tratando do branco, burguês e masculino, respectivamente (VALADÃO e GOMES, 2011).

A perpetuação da violência seria uma das formas de silenciamento e apagamento da mulher lésbica, que por medo da violência não revela sua orientação sexual e/ou não

desenvolve sua voz social. Tomamos como foco a violência simbólica, que pode ser entendida como aquela que é branda ou invisível, porém, ressaltamos que o uso do conceito de violência simbólica não busca minimizar ou esquecer o papel da violência física, nem com a intenção de colocá-las em oposição (BOURDIEU, 1999; BOURDIEU, 2003).

Observando a invisibilidade da lesbianidade, identificamos o estabelecimento da opressão como reflexo da negação da existência pública legitimada, sofrendo estigmatização que só é perceptível quando o movimento social reivindica seus direitos, buscando atingir a visibilidade (VALADÃO e GOMES, 2011).

Partindo das reflexões de Orlandi (2007), o silenciamento das mulheres é produção da opressão masculina, uma forma de violência simbólica, pois no discurso o sujeito e o sentido se constituem simultaneamente, ao silenciar as mulheres a sociedade proíbe que ela ocupe lugares e posições do sujeito, a sua identidade é afetada enquanto sujeito-do-discurso, pois a identidade resulta de processos de identificação em que o sujeito deve se inserir em um discurso.

Essa relação de dominação masculina e silenciamento são evidentes ao se tratar da sexualidade da mulher, que se agrava ainda mais ao considerar os eixos de articulação em que a mulher pode estar circunscrita, como raça e classe. A

lésbica está inscrita em um processo de silenciamento ainda maior, pois a ela é negado não só o direito a fala, mas o não reconhecimento de sua existência.

A heterossexualidade não é apenas uma orientação sexual, mas também uma ferramenta de controle, em sua forma compulsória busca manter a supremacia masculina como instrumento de poder, levando a mulher a construir toda a sua identidade em torno de homens. Esse “regime”, mantem a hierarquia sexual, ao impor à mulher que se relate com a ideia de homem para além do seu órgão genital, com a ideia socialmente construída de masculinidade.

Em posição de mais profunda desigualdade, estão as mulheres lésbicas negras, que passam por um duplo processo de apagamento, tanto pelo viés homofóbico quanto pelo racista. Tendo em vista viabilizar estudos que contemplam duas ou mais formas de subordinação, Kimberlé Crenshaw formula a noção de interseccionalidade, que permite a interação de eixos de subordinação que superam a ideia de simples sobreposição de opressões (PISCITELLI, 2008).

Ao mesmo tempo em que se percebem avanços, encontramos estudos que questionam o papel do feminismo ocidental na emancipação de mulheres, que de acordo com estes, impõe experiências e estruturas históricas para outras sociedades, na maioria das vezes desconsiderando o poder

de organização de mulheres nas esferas religiosas, política, econômica e doméstica, invisibilizando a agência. Como desdobramento da dominação europeia e estabelecimento da hegemonia cultural euro-americana no mundo, o etnocentrismo e racialização do conhecimento são estabelecidos (GASPARETO e AMANCIO, 2017).

Desta forma, a simples sobreposição de padrões de dominação não é suficiente para o estudo de gênero, é necessário que uma interpretação aprofundada da esfera social e qualquer projeto emancipatório incorpore simultaneamente gênero, raça e classe, reforçando o questionamento em se tentar compreender as desigualdades presentes entre homens e mulheres apenas com uma dessas variáveis, de forma isolada (BIROLLI e MIGUEL, 2015).

A partir disso, nos propomos a provocar uma reflexão sobre a vulnerabilidade a que as mulheres lésbicas estão expostas, partindo da interseccionalidade, considerando as hierarquias que se constituem na convergência entre os eixos de gênero, raça e classe. Para entender a relação entre gênero, raça e classe, na perspectiva da interseccionalidade, é preciso entender as possibilidades das categorias de articulação, uma metáfora para indicar a existência de conexões entre diferentes tipos de coisas, estas estariam conectadas, mas não haveria uma identidade entre elas, mas sim uma unidade formada que as relaciona por suas

diferenças e semelhanças. Desvendar o mecanismo que conecta as coisas, e a natureza da relação entre as partes seria o fundamental para compreender a subordinação das mulheres de acordo com seu contexto social (PISCITELLI, 2008).

Carla Akotirene (2020) ressalta que a interseccionalidade possibilita a análise das estruturas colonialistas que atravessam os corpos e são estabilizadas pela matriz de opressão, sob a forma de identidade. A interseccionalidade abala o reducionismo da política de identidade, indicando as estruturas coloniais que se articulam para promover a vulnerabilização da identidade.

As hierarquias de valor sexual atuam da mesma maneira que os sistemas ideológicos do racismo e etnocentrismo, racionalizando o bem-estar do sexualmente privilegiado, aquele “bom”, “normal” e “natural”, o heterossexual, monogâmico, reprodutivo e não-comercial, em contraposição ao “mal”, “anormal”, “não natural”, o homossexual, fora do casamento, promíscuo, não-reprodutivo (RUBIN, 1988).

Dentre as estratégias de regulação, Sedgwick (2007) reflete sobre o “armário” como um dispositivo de regulação da vida de gays e lésbicas, em sua obra ela pontua que mesmo em um nível individual, as pessoas abertamente homossexuais estão no armário com alguém que seja pessoal, econômica

ou institucionalmente importante para elas, seja um novo grupo de estudantes, um novo chefe ou um novo médico.

Ao se pensar sobre o “armário” lésbico paralelamente ao “armário” gay, verificamos diferenças importantes que refletem a situação de desigualdade das mulheres mesmo quando comparada no mundo LGBTI+. Por exemplo, a mulher lésbica não assumida precisa reforçar sua feminilidade de acordo com os padrões socialmente aceitos para manter o emprego, resistir a violência física, verbal, sexual e simbólica, assim como todas as pessoas da comunidade LGBTI+, porém no que concerne ao atendimento em serviços de saúde a mulher lésbica não é sequer considerada como possibilidade.

É comum em serviços de saúde, principalmente nos especializados em IST/HIV/Aids, que a prática sexual homossexual masculina seja abertamente tratada durante o atendimento. No entanto, práticas sexuais lésbicas são inteiramente desconhecidas e invisíveis, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população em geral.

Corroborando essa afirmação estão as campanhas de prevenção às IST promovidas pelo Ministério da Saúde, constantemente com foco no uso de preservativo masculino ou peniano, com algum destaque para os casais homossexuais masculinos. Ademais, as estratégias de prevenção a nível nacional não contemplam as práticas sexuais de lésbicas, que

por fim são forçadas a “adaptar” insumos de prevenção, como por exemplo, cortar o preservativo masculino ou feminino em forma retangular para criar uma barreira de proteção no sexo oral.

A existência lésbica, termo que sugere tanto a presença histórica de lésbicas quanto a criação contínua de significado para essa mesma existência, surge com um alcance mais abrangente para identificar essas mulheres. O *continuum* lésbico inclui uma gama de experiências de identificação da mulher, não apenas no contexto sexual, mas de forma a ampliar a compreensão sobre a história e psicologia feminina, rompendo a concepção de heterossexualidade inata e rejeitando esse modo compulsório de vida (PISCITELLI, 2008).

O *continuum* lésbico é uma categoria invisibilizada pela heterossexualidade compulsória, justamente pelo fato de subverter as relações impostas pelo patriarcado, tenta ocultar que outro caminho é possível, a partir da potencialidade das relações de união entre as mulheres.

Pensar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é levar em consideração a vivência plena da sexualidade e compreender a saúde da mulher lésbica como um dispositivo que perpassa correlações de forças da hierarquia saber-poder, que moldam e guiam as políticas públicas, assim como toda a sociedade.

Considerações

Este trabalho se propôs a explorar a vulnerabilidade em saúde de mulheres lésbicas por compreender sua situação de não inteligibilidade social que resulta na invisibilidade de suas demandas junto aos serviços de saúde e à sociedade como um todo.

Para tanto, percorremos teorias de gênero e sexualidade que deram subsídio teórico às proposições realizadas aqui. Além disso, foi pontuada a necessidade em se trabalhar as categorias de articulação para pôr em prática a perspectiva da interseccionalidade, considerando os eixos de gênero, raça e classe social. Evidentemente, a garantia de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é tema essencial a ser debatido, tendo em vista a vulnerabilidade dessa população, que se aprofunda ainda mais ao considerar os eixos supracitados.

Neste contexto, retomar a discussão sobre visibilidade e existência lésbica, surge como papel da área acadêmica, mas também dos movimentos sociais LGBTI+, das mulheres, do feminismo em si, para que a luta por garantia de direitos não se limite às mulheres não negras, heterossexuais de classe média, mas sim contemplando a gama de diversidade que as mulheres apresentam, levando em consideração seu contexto histórico-social e sua agência

enquanto sujeito de direitos.

O corpo da mulher tem sido qualificado (ao se tratar do ideal romântico, reprodutivo, monogâmico e biológico) e desqualificado (quando se trata de sua livre expressão sexual, a partir de uma concepção libertadora de não obrigatoriedade inata da heterossexualidade) em um processo histórico de manutenção da hierarquia sexual e supremacia masculina. Para além de refletir sobre as relações que garantem a perpetuação da subordinação da mulher, é fundamental questionar para quem estes estudos são feitos, em quais espaços ele é discutido e que mudanças sociais eles produzem.

Notas

1. Uma versão deste artigo foi publicada originalmente no V. 7, n. 14 de 2020 da ACENO – Revista de Antropologia do Centro-Oeste, Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Mato Grosso.

Referências

AKOTIRENE, C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados

relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, sup. 2, p. 291-300, 2009.

BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe. Opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações*, Londrina, v. 20, n. 2, p. 27-55, 2015.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Tradução Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. 6 ed. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS*. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Integrado de*

Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde.* Brasília, 2012.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”.* Brasília, 2014.

BUTLER, J. *Problemas de gênero.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 17-60.

CARVALHO, S. S.; CALDERARO, F.; SOUZA, S.J. O dispositivo “Saúde de mulheres lésbicas”. (In)visibilidade e direitos. *Psicologia Política*, vol. 13, nº 26, p. 111a 127, 2013.

CARVALHO, P. M. G. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo. *Online Braz J Nurs*, Niterói, v. 12, n. 4, p. 931-41, 2013.

CHAN, S. K.; THORNTON, L.R.; CHRONISTER, K.J, et al. Likely female to female sexual transmission of HIV–Texas, 2012. *MMWR Morb Mortal.* Atlanta, v. 63, n. 10, p. 209 - 212, 2014.

FERREIRA, B. O. et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 27,

n. 4, p. 1023-1038, 2017.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I*. Rio de Janeiro: Graal, 1997. 12^a ed. (Cap. 1 e 2)

GASPARETTO, V. F.; AMANCIO, H. P. Gênero e feminismos em África. Temas, problemas e perspectivas analíticas. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos)*, 2017.

GOMES, R. et al. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1997-2005, 2018.

GUANILO, M. C. D. T. U.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M.R. “Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores”. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 48, n. (Esp), p. 156-63, 2014.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos,性uais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 17, n. 2, pp 11-21, 2008.

MACKINNON, C. A. *Sexual Harassment of Working Woman: a case of sex discrimination*. Yale University Press, 10 de setembro de 1979.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011.

MORA, C. M.; MONTEIRO, S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. *Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 496, 2013.

ORLANDI, E. P. As formas do silêncio: no movimento dos sentidos. 6^a ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.

ORTNER, Sherry. Está a mulher para a natureza, assim como o homem para a cultura?. ROSALDO, Michelle Z.; LAMPHERE, L. (org.). *A mulher, a cultura, a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979, p.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1: 125-157, 2009.

PISCITELLI, A. Gênero: a história de um conceito. BUARQUE DE ALMEIDA, H.; SZWAKO, J. (org.). *Diferenças, igualdade*. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009, p. 116-148.

PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008.

PISCITELLI, A. Re-criando a categoria mulher?. ALGRANTI, L. (org.). *A prática feminista e o conceito de gênero. Textos didáticos.* Campinas: IFCH/Unicamp, vol. 48, pp. 7-42, 2002.

RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas*, n. 05, p. 17-44, 2010.

RUBIN, G. Thinking Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. NARDI, P. & SCHNEIDER, B. (eds.) *Social perspectives in lesbian and gay studies.* London: Routledge, 1998.

SAMPAIO, J. et al. Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semiárido nordestino. *Saúde soc.* São Paulo, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, vol. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SEDGWICK, E.K. A epistemologia do armário. *Cadernos Pagu*, Campinas: Unicamp, nº 28, p. 19- 54, 2007.

SILVA, D. R. Q.; COSTA, Z. L. S.; MULLER, M. B. C. Gênero, sexualidade e políticas públicas. *Educação & Realidade.* Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 49-58, 2018.

TAT, S. A.; MARRAZZO, J. M. GRAHAM, S. M. Women

Who Have Sex with Women Living in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Sexual Health and Risk Behaviors. *LGBT Health*. New Rochelle, v. 2, n. 2, 2015.

Sobre as Autoras

Alana Aragão Ávila

Doutoranda e mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFSC), Bacharela em Psicologia (UFC). Pesquisadora vinculada ao Coletivo de Estudos em Ambientes, Percepções e Práticas (CANOA). Trabalho realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) a partir de bolsa de doutorado. E-mail: alanaavila01@yahoo.com.br

Chiara Albino

Doutoranda em Antropologia Social do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC) e bolsista de doutorado da CAPES. Pesquisadora vinculada ao TRANSES - Núcleo de Antropologia do Contemporâneo do PPGAS/UFSC e ao INCT/CNPq Instituto Brasil Plural (IBP). Membro da RENISCE - Red Nacional de Investigación en los Estudios Socioculturales de las Emociones (México). Integra a Rede Antropo-Covid “Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de Covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social”, coordenada pelas Professoras Sônia Weidner Maluf (UFSC/UFPB), Mônica Franch (UFPB) e Soraya Fleischer (UnB). É autora, entre outras publicações, (com Jainara Oliveira) do dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas (2020) e do livros: Leituras sobre neoliberalismo (Seriguela, 2021) e Neoliberalismo, neoconservadorismo e crise em tempos sombrios (Seriguela, 2021). E-mail: tarsila.chiara@gmail.com

Jainara Oliveira

Doutora em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em

Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC), pesquisadora colaboradora do TRANSES (Núcleo de Antropologia do Contemporâneo) da UFSC e membro da RENISCE - Red Nacional de Investigación en los Estudios Socioculturales de las Emociones (México). É autora, entre outras publicações, (com Chiara Albino) do dossiê Razão neoliberal e processos de subjetivação em perspectivas socioantropológicas (2020) e do livros: Leituras sobre neoliberalismo (Seriguela, 2021) e Neoliberalismo, neoconservadorismo e crise em tempos sombrios (Seriguela, 2021). E-mail: gomes.jainara@gmail.com

Kamylla Cavalcante Taques dos Reis

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFMT (PPGAS/UFMT). Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Especialização Lato Sensu pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular - PRIMSCAV/UFMT. Integrante do Núcleo de Antropologia e Saberes Plurais (NAPplus/UFMT). E-mail: kamyllacavalcante94@gmail.com

Moisés Lopes

Professor Associado do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Mato Grosso. Graduado (Bacharelado e Licenciatura) em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (2002). Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (2005). Doutor em Antropologia pela Universidade de Brasília (2010). Pós-doutorado em Antropologia Social (2018) no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa

Catarina. Integra o Instituto Brasil Plural /INCT/PPGAS/UFSC/UFAM; Membro da Comissão Municipal de Atenção à Diversidade Sexual de Cuiabá - MT; Coordenador do NAPlus - Núcleo de Antropologia e Saberes Plurais da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: sepolm@gmail.com

Sabrina Melo Del Sarto

Doutoranda e mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFSC), Bacharela em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Marília. Bolsista de doutorado da CAPES. Pesquisadora vinculada ao NESSI - Núcleo de Estudos sobre Saúde e Saberes Indígenas do PPGAS/UFSC e ao INCT/CNPq Instituto Brasil Plural (IBP). Atua principalmente nos seguintes temas: antropologia da saúde, etnografia de hospital e loucura. E-mail: sabrinadelsarto@hotmail.com

Virgínia Squizani Rodrigues

Doutoranda e mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFSC), Bacharel em Comunicação Social pela Universidade Federal de Santa Maria. Seus interesses de pesquisa circulam entre os campos da Antropologia da Saúde, assim como da Antropologia da Ciência e Tecnologia. Pesquisa medicamentos, direitos sexuais e reprodutivos, práticas de saúde e, mais recentemente, neoliberalismo e saúde dos trabalhadores de *startups*. E-mail: virginia.squizani@gmail.com

A Coleção Mandacaru inaugura uma série de publicações em acesso aberto e gratuito. Esse tipo de licença permite a reprodução total ou parcial das obras publicadas, desde que os direitos autorais da publicação sejam protegidos.

Seriguela
Editora

Coleção Mandacaru

Este livro desenvolve uma reflexão cultural e social sobre a articulação entre saúde e políticas da vida. Trata-se, mais precisamente, de discutir a nossa condição biopolítica contemporânea, isto é, as diferentes formas de administração dos corpos, de intervenções e controles reguladores das populações e dos sujeitos, de tecnologias políticas da vida, de processos de subjetivação e de medicalização do sofrimento psíquico, assim como a pluralidade das práticas estatais, das políticas públicas e dos serviços de saúde. Nele, os ensaios discutem a questão da saúde e das políticas da vida a partir das negociações que caracterizam as relações entre processos de saúde e doença, modos de atenção à saúde e práticas terapêuticas locais.

Chiara Albino & Jainara Oliveira

www.editoraseriguela.com
ISBN: 978-65-995519-3-2

