

**O MUNDO DOS BEM E MAL PASSARES:¹
Vivendo com hipertensão arterial na Guariroba, Ceilândia (DF)**

***THE WORLD OF THE 'PASSAR MAL' AND OF THE 'PASSAR BEM':
Living with arterial hypertension in the Guariroba neighborhood,
Ceilândia (DF), Brazil***

Soraya Fleischer
Universidade de Brasília

Resumo

Desde 2008, nossas equipes de pesquisa têm convivido com moradores do bairro da Guariroba, localizado na Ceilândia, maior cidade do Distrito Federal. Em geral, são moradores que lidam, cotidianamente, com doenças crônicas. Nesse artigo, apresento como o 'passar mal' é uma sensação afiada e central para que os efeitos da hipertensão arterial sistêmica sejam percebidos. O grande desafio é conseguir interpretar uma doença tão invisível, intangível, assintomática como a HAS e, ainda assim, manejar a vida diária. Mais e mais, tem-se notado uma ampla popularização dos esfigmomanômetros nas casas dessas pessoas, e sugere-se que esse é um novo 'oráculo' importante para perceber, avaliar e cuidar da própria saúde. Embora nem sempre as recomendações biomédicas sejam seguidas à risca, argumenta-se a partir desses dados etnográficos que estas pessoas estão, de fato, cuidando de sua saúde e bem estar.

Palavras-chave: Ceilândia, antropologia da saúde, autocuidado, hipertensão arterial

Abstract

Since 2008, our research teams have visited with dwellers of the Guariroba neighborhood, in the city of Ceilândia, the biggest in the Federal District (Brazil). In general, these are people that deal daily with the so called chronic diseases. In this paper, I present how the "passar mal" is a keen and central sensation in order to perceive the effects of arterial hypertension. The big challenge is to be able to interpret a disease that is so invisible, intangible and asymptomatic and, meanwhile, still manage daily life. More and more, I have noted a large popularization of sphygmomanometers in these people's houses and I suggest that this is a brand new and important "oracle" to notice, evaluate and take care of one's own health. Even though biomedical recommendations are not followed thoroughly, I argument based on ethnographic data that these people are, in fact, taking care of the health and well

1 Uma versão anterior desse texto foi apresentada no II Seminário de Antropologia da Saúde da UNESP/Marília, na mesa "Práticas de risco, tecnologia e corporalidade". Agradeço aos comentários críticos e proveitosos de minhas colegas de mesa, Ednalva Maciel e Leila Jeolás, e da platéia do evento, bem como também das amigas antropólogas Heloísa Paim e Debora Allebrandt.

being.

Keywords: Ceilândia (Federal District/Brazil), medical anthropology, self-care and arterial hypertension

Introdução: a familiaridade com a cartilha biomédica

Naquela manhã de julho de 2011, cheguei cedo à Guariroba. Precisava ir ao Centro de Saúde aonde vínhamos convivendo com pacientes diagnosticados com hipertensão arterial e com diabetes mellitus². Geralmente, eles frequentam o Centro de Saúde no início da manhã para receberem, nesta ordem, aferições de seus índices sanguíneos, palestras educativas, consultas médicas e medicamentos. Depois de passar quase duas horas conversando com senhores e senhoras sexagenários na sala de espera, antes e depois das consultas, saí do Centro de Saúde e fui até a Quadra 24 da Ceilândia Sul, bairro que circunda o Centro de Saúde (doravante CS) e onde temos partilhado com os moradores seus cotidianos como hipertensos e diabéticos.

A rua é padronizada, como tanto do urbanismo no Distrito Federal. A rua ou o ‘conjunto’, como chamamos, está no meio e, de um lado, temos os portões, garagens e varandas de 25 casas geminadas, do outro, outras 25 casas do mesmo tipo. Nesse trecho da Ceilândia Sul – a Guariroba – as casas foram construídas no início dos anos 1970 e oferecidas como habitações populares e subsidiadas a migrantes que chegaram ao DF ainda no final da década de 1950 e ao longo de toda década de 1960, em razão da construção da capital. Hoje, muito mudadas, quase todas reformadas, essas casas refletem a ligeira ascensão social que esse bairro viveu nas últimas décadas. Eu me dirigi, como de costume, ao portão verde da (aqui chamada) D. Janine, baiana, mãe de cinco filhos adultos, dona de casa além de ex-trabalhadora doméstica e ex-catadora de material reciclável. É uma das famílias que têm aceitado minhas aparições espontâneas, minhas perguntas sem fim e um papo informal nas cadeiras de fios que ficam na garagem. Ali sentadas, podemos ver o movimento da rua e sempre surgem assuntos relacionados aos desafios de conviver com ‘problemas de pressão’ ou ‘de glicose’ (como geralmente se referem à hipertensão arterial sistêmica, HAS, e à diabetes mellitus, respectivamente), aos cuidados com a saúde, aos serviços oferecidos pelos hospitais locais etc.

D. Janine, geralmente risonha e bem humorada, estava mofina naquela manhã. Portava um semblante tristonho, os óculos meio que escondendo lágrimas ressecadas.

2 Esta pesquisa tem se desenvolvido no bairro da Guariroba desde fins de 2008. Etnográfica por excelência, tenho optado por envolver estudantes de graduação que aceitem convergir suas pesquisas de iniciação científica, de extensão e de conclusão de curso para a região, sobretudo adotando visitas às casas do bairro, conversas informais e observações nas salas de espera dos Centros de Saúde locais e eventuais entrevistas estruturadas e gravadas. Aproveito para agradecer aos guarirobenses que temos conhecido e que têm aceitado nos receber em suas casas e também aos graduandos Monique Batista, Hugo Cardoso e Polliana Esmeralda que têm me acompanhado nessa convivência no bairro.

Contou-me que a vizinha, D. Nair, falecera há poucos dias.

Ela era hipertensa. Ela só tomava o remédio quando passava mal. O marido dela está inconsolável. Chora o tempo todo. Eu não posso nem encontrar ele na rua, porque vejo ele e me abato. Evito. Sou muito sentimental, você sabe. Vou acabar chorando junto. Não tenho o que dizer, só que ele precisa aceitar. Fazer o que? Ele disse que, na noite anterior, ela passou mal. Ele quis levar pro hospital, ela não quis naquela hora. Depois ela falou que melhorou. Não foi. De manhã, ela passou mal de novo, se sujou toda na roupa. Ele foi trocar a roupa dela, com ela desmaiada, antes de ir pro hospital. Devia ter levado logo, né? Demorou demais, vai que foi isso.

D. Janine me narrava os acontecimentos que ouvira do marido da falecida, mas que também devia ter ouvido de outras vizinhas na rua. Os pedaços de informação iam chegando a mim aos poucos, como devem também ter chegado a ela e as suas outras vizinhas.

Mais adiante, encontro D. Fernanda, uma senhora que eu já entrevistara formalmente para a pesquisa, mas com quem também encontrava caminhando pela rua, nos bancos do CS, na fila da padaria. Ela, gentil, sempre parava para um dedo de prosa. Dela ouvi:

A Nair já vinha passando mal. E era muito nova, 53 anos, imagina. Eu fui ao enterro. Peguei carona de volta com a tia do Gilberto. O David [marido de D. Fernanda, que trabalha como pedreiro autônomo] não foi [ao enterro] porque estava de serviço. A Nair fazia as minhas unhas, eu gostava dela.

O próprio Gilberto, na época estudante de Farmácia e meu bolsista nesse projeto de pesquisa, que havia, no início de 2009, me apresentado aos seus vizinhos e me ajudado a conhecer a rua, o bairro, o CS, também tinha sua opinião. Eu o encontrei na frente de casa, regando o pé de Ipê amarelo que ganhara havia poucos dias de outra vizinha. “Eu ouvi que ela [Nair] tomava remédio para emagrecer sem receita. Além disso, o marido demorou para levar ao hospital, devia ter chamado logo o SAMU. Eu também fui ao enterro. Todo mundo da rua foi”.

A manicure, D. Nair, sofria de hipertensão. Assim como D. Janine e seu marido, D. Fernanda e seu marido, e a mãe de Gilberto. À primeira, tinham sido prescritos os anti-hipertensores tão familiares a esses moradores, geralmente retirados na farmácia ali mesmo do Centro de Saúde, onde eu estivera horas antes. Tomar a medicação com a frequência sugerida pelo clínico também era algo conhecido por essas pessoas. Mas D. Nair não seguia sempre essa orientação. “Tomava quando passava mal”, segundo D. Janine. Mas D. Fernanda lembrou-me que a vizinha “já vinha passando mal”. Então é provável que, nesse momento de ‘crise’ (como em outros, anteriores), tenha tomado o comprimido, ou até vários deles. Tomar remédio por conta própria também foi apontado como possível causa da morte: a

automedicação (no caso do inibidor de apetite) era tida, segundo vinha aprendendo o estudante de Farmácia, como equivocada ou arriscada. Até aqui, responsabilizavam a mulher, não comprometida com o cuidado da própria saúde. Mas também ponderavam que o marido, como parece ter sido esperado por estas vizinhas, não se impôs e não levou a esposa ao hospital à força ou às pressas. A rede familiar falhou, pelo menos no transporte e celeridade necessários na noite anterior ou na manhã do falecimento.

Essa passagem de meu diário de campo, bem como tantas outras, demonstram como a cartilha biomédica sobre a hipertensão é bem conhecida entre essas pessoas. Em outra ocasião, quando perguntei à outra moradora da rua, D. Dorotéia, se ela definia a hipertensão como ‘doença’, ela rapidamente disse: “Acho que é doença, porque se não for tratada, ela mata, né? Pode dar derrame, pode dar problema de coração, pode dar não sei o que mais que eles falam. Acho que é uma doença. Se ela evolui, né?”. Trate da hipertensão ou ela trata de você, me diziam. Ter acompanhamento biomédico, seguir a prescrição de medicamentos, regrar a alimentação, introduzir atividades físicas rotineiras era o que aprendiam como o cuidado necessário no caso de hipertensão. Caso contrário, o “problema de pressão evoluiria”, como alertou D. Dorotéia, e derrames, AVCs e, nos casos extremos, a morte seriam os destinos prováveis dessas pessoas. Um caminho lento e silenciosamente fatal era recorrentemente traçado e observado – como no caso triste de D. Nair – pelos meus interlocutores ali na Guariroba.

Embora afiados reprodutores dessa cartilha, ainda acredito que a morte da vizinha é o que tenha lhes avivado esses ensinamentos todos. Sim, sabem e testemunham os efeitos diretos de pular a dose, esquecer a dose, ou até mesmo duplicar e triplicar a dose do famoso Captopril ou Metildopa, os fármacos geralmente prescritos e dispensados no CS local. Mas, no dia a dia, a sombra do derrame ou da morte não lhes fica tão nítida. E nem é tão fácil se manterem absolutamente fiéis às orientações dos profissionais da saúde do CS, dos programas “Mais você” ou “Bem estar” da TV Globo, dos *outdoors* espalhados pelos pontos de ônibus da cidade, das campanhas políticas que sempre prometem ações para esses ‘pacientes’ etc. No DF (mas, imagino, no país como um todo), observo uma onipresença criativa dos alertas dos perigos da HAS. A infidelidade ocasional à cartilha não constitui uma medida de risco deliberado e irracional, como os colegas farmacêuticos não cansam de repetir (como foi bem lembrado por Shapiro, 2005). Seguir a cartilha parece ser um desafio diário, mas argumento que rever a cartilha ou adaptar a cartilha não significa que as pessoas com quem eu tenho convivido e conversado estejam descuidando da própria saúde. Ao contrário, há uma relação muito viva com a cartilha, já que ela parece ser lembrada e reinterpretada diariamente, como mostrarei adiante.

Nesse artigo, pretendo apresentar mais dados dessa pesquisa na Guariroba para mostrar como tenho observado as práticas de autocuidado por parte dessas pessoas. Cada vez mais, o cenário descrito por Maskovsky (2005) nos Estados Unidos tem se delineado aqui no Brasil: as políticas de saúde, também no caso da HAS, esperam que o

‘doente’/‘paciente’/‘usuário’ se torne quase exclusivamente o agente ativo e responsável pelo tratamento de sua doença. Embora possa empoderar as pessoas, esta individualização do tratamento pode também ser bastante capciosa, tanto por desonerar em grande parte os demais envolvidos no tratamento (sobretudo as autoridades sanitárias) quanto por reduzir à lógica fisiológica e individual um problema de saúde socialmente complexo como a doença crônica. Digo complexo porque, mesmo as cartilhas reconhecem, as doenças crônicas demandam grandes mudanças no estilo de vida dos acometidos. E essas mudanças implicam e dependem também de atores circundantes, como familiares, colegas de trabalho, amigos de bar e profissionais de saúde. Assim, utilizo a ideia de autocuidado, mas com cautela para não cair na cilada individualista do tratamento da HAS.

Pular o medicamento, ir ao culto da igreja ou comer um pedaço de calabresa também podem ser estratégias de cuidado. O grande desafio é conseguir interpretar uma doença ou um distúrbio geralmente tão invisível, tão intangível, tão assintomático como a HAS e, ainda assim, manejar a vida diária. Arrisco, aqui, que novas formas para fazer essas interpretações têm sido sofisticadas por essas pessoas na Guararoba, em uma constante atenção com a própria saúde e bem estar. Buscar ajuda para interpretar sintomas, percorrer um rico itinerário terapêutico e, sobretudo, contar e falar dessas andanças todas são intenções muito claras de autocuidado, mas nem sempre coincidem com seguir a risca a posologia do Captopril, fazer caminhadas depois do trabalho ou evitar o sal, como recorrentemente enfatizam as campanhas e a cartilhas. Autocuidado pode ter significados mais coletivos e menos biomédicos.

‘Passar mal’: quando o interior se faz exterior por meio de oráculos democráticos

Um dos principais ‘sintomas’ sentidos e observados já aparece na história acima reproduzida. “Ela só tomava o remédio quando passava mal”, “Na noite anterior, ela passou mal”, “De manhã, ela passou mal, se sujou toda na roupa”, “Ela já vinha passando mal”. ‘Passar mal’ é um estado de mal-estar difuso. Pode significar uma aguda dor de cabeça, uma tonteira, uma ingrisia na boca do estômago, um formigamento no braço, uma dor nas costas, uma pontada nos quartos, uma moleza repentina, uma agonia. ‘Passar mal’ pode ser muita coisa, mas comunica uma só – um sinal de que algo não vai bem e demanda que a pessoa fique atenta, tome alguma providência, comunique sua condição, peça ajuda, siga o que já está acostumada a fazer, no caso de viver com uma doença crônica, por exemplo. Quem já porta o rótulo de hipertenso sabe que precisa ‘escutar’ esse mal estar. É preciso descobrir se esse ‘passar mal’ está relacionado com a subida ou descida da pressão. Como não se sente o sangue correr nas veias, como não se vê as artérias entupidas, como não se percebe uma variz dilatando-se de repente, o ‘passar mal’ é um enorme susto para o hipertenso, sobretudo aqueles ainda assintomáticos ou mesmo aqueles ‘controlados’ e

regrados, que seguem a cartilha obedientemente. Mas também ficam preocupados quando ‘passam mal’ os ‘relaxados’ e ‘descontrolados’, como são chamados no CS os pacientes que não seguem a cartilha e, volta e meia, aparecem com a HAS ‘alterada’³. Quer dizer, o ‘passar mal’ pode ser algo indesejado, embora eventualmente esperado e identificável por aquelas pessoas já diagnosticadas. E, para aquelas pessoas que ainda não são consideradas como ‘crônicas’, o ‘passar mal’ pode ser um ‘pico de pressão’ ou uma ‘crise’, tido como um indicativo de que se está desenvolvendo a hipertensão. Esse último quadro era chamado pelos profissionais de saúde como ‘pré-hipertensão’, mas não encontramos essa categoria sendo manejada pelas pessoas do bairro. Mesmo quem já convive com a doença pode ter também ‘picos’ e ‘crises’ e a medicação precisará ser revista, bem como a dieta e o ‘controle’ diário. A diferença entre diagnosticados e não diagnosticados é que os primeiros têm mais experiência para ‘ler’ o ‘passar mal’.

‘Passar mal’ é um signifiante esperando um significado. Pode indicar que alguma coisa ‘errada’ foi feita nos últimos dias e agora se apresenta a consequência. O ‘erro’ pode ser, por exemplo, para mais (consumiu-se uma comida contraindicada) ou para menos (esqueceu-se ou pulou-se o medicamento). ‘Passar mal’ pode indicar que algum comportamento de risco foi praticado. Para interpretar essa condição anômala, nossos interlocutores contam com várias estratégias. Pode-se recorrer ao Pronto Socorro de um hospital de maior complexidade; tentar uma senha de ‘encaixe’ para ser atendido pelo clínico de plantão no Centro de Saúde; bater à porta trancada da sala de acolhimento e tentar ter a pressão medida pelas auxiliares de enfermagem. Mais recorrentemente, contudo, tenho observado que, ao se ‘passar mal’, as primeiras tentativas são domésticas e vicinais⁴. Toma-se mais um comprimido receitado, acata-se o chá calmante oferecido pela esposa, roga-se que o filho adolescente procure alguma explicação na internet. Ou ainda, um parente que está em casa, uma vizinha de portão que também é hipertensa, o balconista da farmácia próxima também são atores procurados com confiança. E, com esses atores próximos, o que mais tem sido acionado por essas pessoas é a consulta a um eficiente ‘oráculo’, o esfigmomanômetro.

Esse ‘oráculo’ pode vir na forma de dedeiras, pulseiras, braçadeiras. Pode ser manual, com suas bombinhas de ar, ou eletrônico. Pode ser comprado nas Americanas, nas Casas Bahia, no Ricardo Eletro, no Submarino, nas lojas ou pela internet. E imagino que também seja encontrado facilmente nos espaços comerciais populares da região: a Feira da Ceilândia, a Feira dos Importados ou mesmo a Feira do Rolo, onde talvez haja até exemplares usados. Os modelos novos saem por R\$70,00 e os mais sofisticados por mais de R\$300,00. Não é preciso qualquer conhecimento esotérico para comprar e nem para operar esse ‘aparelho’. Não é preciso licença para obtê-lo, nem mesmo quando um ‘leitor leigo’ anuncia informações sobre corpos de outras pessoas que estejam ‘passando mal’. Os esfigmomanômetros são oráculos democráticos, facilmente consultados por qualquer

3 Tratei das categorias ‘relaxado’, ‘descontrolado’ e ‘rebelde’ em Fleischer (2010).

4 Como já vimos em etnografias clássicas, como a de Loyola (1984), e exemplos mais recentes, como Simões (2010).

pessoa, rapidamente anunciando as informações que ajudem a explicar e resolver aquela sensação do ‘passar mal’. D. Celeste, uma senhora boliviana, viúva, na casa dos 50 anos e que vive no DF há mais de três décadas, descreve exatamente como está atenta às sensações diferentes em seu corpo e a necessidade explicativa para as mesmas. Nos dois trechos abaixo, conversas que mantivemos, vemos como estes ‘aparelhos’ são ativos nas cenas:

Trecho 1

S: Mas quando é que a senhora começou a ter problema de pressão?

C: Ah, foi assim. Quando eu fiz 50 anos, comecei a passar mal. No tempo que começou a menopausa, começou tudo isso. Eu tive uma dor de cabeça e na nuca muito forte. Fui até o médico e ele mediu a pressão. Ele mediu a pressão e tava 17 por 8. Isso foi há 12 anos. Eu comia muita comida com sal, acho que foi isso. Hoje, se eu como uma comida com sal na hora do almoço, logo depois eu já tô passando mal.

Trecho 2

C: Eu só tive uma crise até agora. Tive um sonho e acordei apavorada. O coração batendo pela boca, de lá pra cá. Pedi para a menina [nora] medir a minha pressão. Estava 16 por 8. Mas foi a única crise que eu tive até agora. Eu tomei mais um comprimido e ficou tudo bem. Às vezes começa a doer a cabeça e eu vou no aparelho. Às vezes é pressão, às vezes não é. Às vezes é só dor de cabeça mesmo, simples. Mas é raro subir assim. Eu tomo o remédio todo dia.

No primeiro trecho, relativo a dez anos atrás, o ‘aparelho’ foi consultado no CS. Já no segundo trecho, atual, aparece a nora dela, que mora na ‘casa dos fundos’ (no mesmo lote de D. Celeste) e que não tem um trabalho remunerado fora do âmbito doméstico. É essa moça que tem o ‘aparelho’ e, com ele, pode acudir, sempre que necessário e às vezes diariamente, as suspeitas e dúvidas da sogra nos momentos em que ‘passa mal’. Estar sempre em casa e contar com o ‘aparelho’ alça essa nora à posição especial de ‘leitora do oráculo’.

A princípio, ‘passar mal’ é a sensação concreta. O ‘aparelho’ anuncia um par de números, por excelência, uma realidade abstrata. Mas, na prática, o que observo é uma inversão desses adjetivos classificatórios. ‘Passar mal’ é tão difuso que precisa de uma legenda, de uma explicação. O número é tão preciso que se torna concreto, quase palpável, e ajuda a explicar a sensação de se estar ‘passando mal’. Uma operação metonímica se processa nessa relação com o número. Sjaak Van der Geest e Susan Whyte, antropólogos holandeses que têm trabalhado há algum tempo com o que chamam de antropologia farmacêutica, nos lembram:

No discurso metonímico, assim como no metafórico, um entidade é usada para se referir a uma

outra; no entanto, esta referência não se baseia na similaridade, mas sim em algum tipo de conexão. Lakoff e Johnson (1980: 38-39) mencionam os seguintes tipos: parte-todo, produtor-produto, objeto-usuário, controlador-controlado, instituição-pessoas dentro dela, lugar-instituição, lugar-evento. Muitos outros poderiam ser acrescentados a esses. As referências metonímicas têm um efeito que é muito similar ao das metáforas: concretização, seja por firmar um fenômeno no mundo natural ou físico (e.g. parte pelo todo e lugar pelo evento) ou por ligá-lo ao seu agente causador (e.g. produtor por produto). Lakoff e Johnson explicam: “A metonímia conceitua a estrutura, não apenas nossa linguagem, mas também nosso pensamento, atitudes e ações. E, como nos conceitos metafóricos, os conceitos metonímicos são fixados na nossa experiência. De fato, a fixação dos conceitos metonímicos são, em geral, mais óbvios do que no caso dos conceitos metafóricos, uma vez que ele normalmente envolve associações físicas ou causais diretas. A metonímia da parte pelo todo, por exemplo, emerge das nossas experiências com a forma em que as partes em geral são relativas ao todo. [1980:39]. (Van der Geest; Whyte, 2011, p. 15, grifos do autor)

Assim, avento que os números enunciados pelos ‘aparelhos da pressão’, como dizem, ajudem a **concretizar**, **reduzir** ou, na melhor das hipóteses, **especificar** o que é sentido de forma tão difusa e que pode remeter a tantas explicações de como é o ‘passar mal’. No segundo trecho acima, o de D. Celeste, ela nos lembra de que um ‘16 por 8’ pode equivaler à sua pressão alta ou “às vezes é só dor de cabeça mesmo, simples”. De uma gama abundante, os números ajudaram-na a reduzir aquele mal estar a duas possibilidades, uma mais dramática, outra mais amena e corriqueira.

O par de números **se torna** um todo face à realidade de partes desconexas. E esse par substitui, de forma mais compreensível, o ‘passar mal’ porque, sobretudo, localiza a gravidade dessa condição em uma escala de valores, entendimentos e, por fim, procedimentos a seguir. Sugiro que o ‘aparelho’ funciona como um oráculo que olha para o passado, o presente e o futuro. Ele interpreta a condição atual da pessoa (presente), informa sobre as causas explicativas dessa condição (passado) e já lhe sugere que é necessário resolvê-la na prática (futuro): por exemplo, deitar e repousar, tomar outro comprimido, chamar o SAMU no caso de um número alto e grave demais. Sempre que se sente ‘mal’, é preciso descobrir o que há. E os números ajudam a comunicar a sensação (de ‘passar mal’), a condição (como a ‘pressão’ está alterada) e o pleito por ajuda.

‘Número bom’, ‘número alto’, ‘número preocupante’: a agência dos números

Entretanto, os números não figuram sozinhos. Embora apareçam sempre, estão dentro de narrativas de ações sequenciadas. Muitas vezes, a história começa a ser contada e surge o número, como que confirmando a sequência lógica e explicativa do narrador. Embora geralmente a ‘pressão’ seja aferida depois dos fatos (depois de ‘passar mal’, por exemplo), os números ganham vida porque têm potencial comprobatório, têm estatuto de

verdade. Os números –, tenho notado mais e mais – são personagens vivos e fundamentais dessas narrativas. Não são alegorias, muito menos anedotas. São subsídios que ajudam a aviventar uma história pela qual se passou. Comunicam rapidamente ao interlocutor a condição em que se encontra o personagem e comunicam à antropóloga que há um jargão em jogo, acessível aos poucos que estão familiarizados com o poder sintético que diferentes pares de números expressam. Era comum ouvir nas casas, nos encontros pelas ruas, no CS fragmentos eloquentes como: “Sabe, sou 12 por 8”, “Deu 16 por 10, hoje eu não estou bem”, “Para mim, o normal mesmo é 11 por 7” etc. Um trecho da entrevista com S. Pereira, aposentado, sexagenário e esposo de D. Euripa, acamada há alguns anos e vítima de um AVC, diz:

Eu conheço umas 6 a 7 pessoas que tiveram um AVC. São pessoas que tinham pressão alta e não cuidaram. Foi o caso da minha mulher. Ela já tomava remédio. Sabia que tinha problema de pressão alta. Mas ela parou de tomar porque tava fazendo muito xixi. Era o que a gente por aqui chama de Tia Zilda [hidróxido de azila]. Mas ela não me falou que parou. Mas parou só por três dias. A pressão dela foi a 20 por 12. E ela passou mal, aqui mesmo nessa garagem. Caiu no chão. Foi a gente chegando para ajudar, e ela caindo. Foi tudo muito rápido, a gente correu com ela pro hospital.

Percebo, em alguns depoimentos, que, para se entender o ‘passar mal’, começa-se a depender do número. Em vez de simplesmente sentir se um aborrecimento em casa, por exemplo, altera a pressão sanguínea, apela-se para o que o visor do ‘aparelho’ revelar para, só então, conseguir interpretar os efeitos do aborrecimento. Ensaio como essas conexões podem ter sido feitas nas histórias arroladas acima. D. Nair, a manicure que faleceu, poderia dias antes ter enfrentado algum contratempo que lhe chateou profundamente. Relatos **posteriores** de seus familiares e vizinhos podem ter associado esse episódio à subida de sua pressão e, ao final, à morte. D. Celeste, no momento em que sentiu o mal-estar da pressão alta, pode não ter se lembrado do sonho agitado. Mas, ao ver o número, busca nas experiências recentes algo atípico e, na narrativa, realiza uma associação entre o sangue e o sonho. S. Pereira, depois do ‘20 por 12’ e do AVC da esposa, talvez tenha retornado aos dias próximos do evento para investigar o que poderia ter causado essa ‘pressão alta’ e, de repente, ter se lembrado das queixas da esposa sobre a micção intensa. O número anunciado ajuda a organizar o passado recente e a reconstituir os fatos até o momento da ‘crise’, seja o ‘passar mal’ ou, em casos mais dramáticos, a morte.

D. Fatinha, costureira, casada, na casa dos 50 anos e mãe de dois filhos adultos, me contou sobre o momento em que passou a ser hipertensa. A meu ver, o trecho a seguir demonstra-nos vários aspectos: que a ‘crise’ é o que deflagra a condição de HAS; a trajetória pela doença é o que a faz cada vez mais familiarizada com as nuances do ‘passar mal’; que há uma variedade de números possíveis; e que o uso do ‘oráculo’ é imprescindível, seja em

mãos leigas ou esotéricas:

Se eu tomo o remédio direito, fico bem. Quando tá 13 por 7, eles falam que tá ótima. Se está 13 por 8 também. Mas 14 por 9 já é alta e 15 por 10 tá meio preocupante. A primeira crise que eu tive foi quando chegou a 17 por 10 ou 16 por 11. Meu filho chamou o SAMU. Eu senti foi uma dor de cabeça bem forte. Mas me atenderam aqui mesmo no SAMU, me passaram remédio e eu fiquei melhor. Um comprimidinho daqueles de tomar na língua. Outro dia, eu tava sentindo um frio danado. Pedi aqui pra vizinha para medir. Eu achei que tava baixa. Mas tava normal. Depois dessa crise, ficou alta, baixa, alta, baixa. Eu não tomava remédio controlado ainda. Meu coração acelerava, eu ficava nervosa e a pressão subia. Ficava alta. Fui num cardiologista no Hospital São Francisco. Aí, eu media um dia a pressão, pulava outro. Eu vou aqui na minha vizinha, mas não gosto de ficar atrapalhando direto, né. Há poucos dias, eu fui no ginecologista, para fazer a consulta de rotina, e ele não falou nada da pressão. Então, tava bom, né.

Contudo, um trecho da conversa com D. Dorotéia, paciente hipertensa, quarentona, casada, mãe de duas filhas, cuidadora da neta, mostra o seguinte:

Entrevistador/a ⁵: O que uma pessoa com pressão alta não pode fazer? O que eles falam lá?

Dorotéia: O que não pode fazer? Bom, o primeiro, primeiro da lista é o sal, né?

E: Cortar totalmente o sal.

D: A gente não precisa cortar totalmente, mas tem que diminuir bem. Cortar fritura. Comer verduras, fazer caminhada, para se exercitar, para não ficar sentado ali vendo televisão o dia todo.

E: Risos. E é fácil colocar isso na vida, assim?

D: Na prática? Bom, algumas coisas são fáceis. Mas, as vezes, a gente sai fora um pouco. Eu gosto assim de fritura. Tirando a fritura, calabresa, nossa, eu gosto muito. (Ri). Também, eu era muito chegada numa comida chegada num sal. Eu gostava mesmo. Mas se é pra manter a saúde, a gente tem que fazer sacrifício, né. Comida sem sal, tem dó, né. Pode ter todo tempero, mas...

E: Então, é difícil controlar? Essa parte da alimentação.

D: É. A gente tenta. Eu já tentei cortar a fritura.

E: A senhora acha que a alimentação é o principal? Ou a senhora acha que tem outros fatores que influenciam? Quando a senhora fica nervosa, estressada, quando ta com algum problema?

D: Olha, a minha pressão, eu nunca medi quando eu tenho um estresse, quando eu to chateada, quando eu to nervosa. Portanto, eu não sei se ela sobe. Mas como eu já falei, eu não sinto. Eu não tenho sintomas. Se sobe, eu não sei. Eu não sinto, não.

Os assintomáticos, mesmo já diagnosticados e medicados, são um contraponto interessante no uso dos 'aparelhos' e na leitura dos números. Esse grupo não 'passa mal', não

5 Essa entrevista foi realizada por mim e outros dois estudantes de graduação, por isso o 'E' de entrevistador/a universal.

conta com sensações corporais que lhe indiquem uma variação na pressão sanguínea e que necessite de auxílio do oráculo. Diferente dos demais, pessoas como D. Dorotéia não têm um ponto de largada, digamos, para refletir sobre a ‘pressão’ e, talvez com menos clareza que seus colegas hipertensos diagnosticados e sintomáticos, não são tão versadas em associar, mesmo que na ordem retrospectiva, os seguintes elementos: número alto → pressão sanguínea alta → razão para a pressão sanguínea alta. Ainda assim, os ‘aparelhos’ ajudam pessoas assintomáticas como D. Dorotéia a tornar visível o que está invisível. Embora não contem com a sensação corporal, os números que aparecem a cada aferição lhes ajudam a se educar sobre o próprio corpo e a própria saúde. Se os números surgem alterados, a dita ‘pressão alta’, voltam para casa atentos à medicação que foi suprimida naquela manhã ou podem tentar reduzir o sal da comida, por exemplo. Para além de apenas ‘bom’ ou ‘ruim’, há uma gradação fina dos números e das pressões arteriais sanguíneas correspondentes, como D. Fatinha gentilmente me contou. Assim, como sugiro no subtítulo dessa terceira seção, para sintomáticos e assintomáticos, os ‘aparelhos de medir pressão’ traduzem as experiências (de ‘passar mal’, ‘ter uma crise’ ou ‘não andar na linha’) para a ideia de número ‘baixo’, ‘bom’, ‘ótimo’, ‘alto’, ‘preocupante’, etc. E isso, conforme sugeri no subtítulo da segunda seção, ajuda a transportar o que está no interior e é invisível, para a realidade exterior e visível.

Lembro-me de um momento, na conversa com D. Celeste, a moradora boliviana. Em meio a vários assuntos sobre a sua saúde, eu lhe perguntei como havia descoberto que tinha ‘problema de colesterol’. Ela replicou: “Esse foi por exame. Mas você sabe que, muitas vezes, isso é revelado para a gente na igreja? Já vi muitos casos de pressão alta serem revelados na igreja”. Fiquei surpresa: colesterol, hipertensão e eventualmente até outras condições de saúde são ‘reveladas’, seja por exames, seja na igreja. Sugiro que algumas dessas pessoas entendem os números – que surgem nos ‘aparelhos’ ou que estão escritos nos papéis vindos dos laboratórios, por exemplo – como ‘revelação’ de condições silenciosas e invisíveis, tão misteriosas como os assuntos tratados nos templos. Os equipamentos de medição e seus números ajudam a trazer à tona o que está difuso, escondido, incompreendido, embora tão imediatamente vocalizável, como o ‘passar mal’.

As categorias nativas de risco no caso da HAS

Essas pessoas com quem tenho convivido na Guariroba sabem, pela extensa exposição ao mundo biomédico, o que pode fazer um hipertenso ‘passar mal’. Embora seguir essa cartilha de forma impecável seja difícil, sobretudo porque implica em dramáticas mudanças de comportamentos e hábitos individuais e sociais, percebo que não se deixa de acreditar no mundo biomédico. Até porque, a popularização dos ‘aparelhos’ nessas casas (inclusive as interessantes narrativas sobre quem deu esse equipamento, como foi comprado, quanto custou, em que momento passou a usá-lo⁶) e a séria crença nos números que

6 Dados muito interessantes sobre o ‘aparelho’ dentro dos circuitos de dádivas nessas famílias foram analisados em

enunciam derivam da credibilidade depositada na Biomedicina. É como se ter o ‘aparelho’ na gaveta do criado mudo, ao lado da cama, se guardasse ali um representante – um simbólico ‘medicozinho’ de plantão – desse mundo hospitalar e seu poder terapêutico.

É pelas medições, pelos exames, pela opinião biomédica, mas, principalmente, pela sensação de não ‘passar bem’ que se sabe que um estilo de vida está sendo perigoso, que há risco. É na prática cotidiana que as pessoas fazem essas avaliações e interpretações constantes e vão definindo, aos poucos, uma concepção nativa de ‘risco’. Avalia-se não só o próprio comportamento, mas também a eficácia do prescritor, do farmacêutico, do medicamento, da comida, da rede de apoio doméstico-vascular etc. Os esfigmomanômetros, ao emitir seus pares numéricos, estão comunicando muito mais do que apenas uma síntese explicativa para uma dor de cabeça fora de hora. Estendem sua eficácia avaliadora sobre toda a malha de objetos, ações e atores que se envolvem no cuidado daquele hipertenso. Um ‘18 por 11’, por exemplo, pode indicar que o paciente comeu algo gorduroso ou salgado demais, responsabilizando-o individualmente. Mas a meu ver pode também indicar que o CS é leviano ao só conseguir marcar uma consulta para essa pessoa para daqui a quatro meses; que o médico diagnosticou e prescreveu de forma equivocada; que o medicamento é ineficiente e fraco; que a esposa, sempre zelosa pela família, não lembrou o marido de sua hora de tomar o comprimido ou mesmo errou a mão ao fazer o alimento etc. Os ‘aparelhos da pressão’, ao oferecerem uma possibilidade de tradução das sensações corporais tidas como referentes à pressão sanguínea individual, ajudam a expandir e a localizar as noções nativas e coletivas de risco. Olhar os números é manter em questionamento se o autocuidado está sendo adequado, e mais, se o cuidado recebido pelos outros cuidadores também está conforme o esperado. Poderíamos pensar que, se por um lado, as equipes de saúde suspeitam que os pacientes não sigam à risca o que é preconizado ali dentro (já que muitas vezes recebem os pacientes com a ‘pressão desregulada’, como diziam); por outro lado, os pacientes também suspeitam que o tratamento que lhes é dirigido talvez não seja o melhor, já que há variação de pressão e também, eventualmente, o ‘passar mal’. Uma suspeição mútua está em jogo, e consultar o ‘oráculo’ é uma estratégia para gerar mais uma informação para balizar toda essa avaliação do tratamento e da busca pelo bem-estar.

Mas, ao contrário de simplesmente procurar equivaler as escapadelas da cartilha a um dito ‘comportamento de risco’, eu notava que essas pessoas priorizavam as experiências práticas: os esfigmomanômetros ajudam a **testar** o comportamento, o medicamento, as orientações do médico, do parente, do farmacêutico, da vizinha. Se um ‘número preocupante’ aparece depois de um ‘comportamento preocupante’ é sinal de que a cartilha prescrita merece uma chance. Contudo, se aparecer um ‘número bom’ para esse mesmo ‘comportamento preocupante’, a ideia de risco biomédico é relativizada e novas interpretações, bem como novos comportamentos, podem surgir.

Contudo, no dia a dia, quando as caras da morte – o derrame, o AVC ou até a morte,

como no caso de D. Nair – não estão por perto, outros aspectos são avaliados para cuidar da saúde. Avalia-se o bem-estar, mas também o terapeuta, o hospital, o tipo, a dose, a cor, o tamanho, os efeitos colaterais dos medicamentos. Penso realmente que a avaliação desses aspectos todos revela como cuidar da saúde é um valor e não necessariamente o que sugere o senso comum, isto é, que não seguir a cartilha biomédica é a maior medida de risco.

Assim, embora a cartilha biomédica – de recomendações e também de riscos – seja compreendida e relativamente seguida por essas pessoas, há também outros fatores considerados para se cuidar da saúde, como tentei demonstrar até aqui. Conhecer os sintomas do ‘passar mal’, ter acesso aos aparelhos de medição e colocar as informações reveladas em comparação com outras opiniões (dos consultórios, da vizinhança, do grupo de ginástica do CS etc.) e ainda manejar os exemplos, muito próximos, de derrame, sequelas e mortes são alguns desses fatores. Mais importante, a meu ver, é perceber como estas famílias estão, a todo tempo, observando seus corpos e os corpos de seus parentes, amigos e vizinhos de forma que possam, através dessa experiência corporal (de sentires, de números revelados, de reações diante dos medicamentos, por exemplo), avaliar as prescrições recebidas no CS e em outros consultórios e também avaliar o próprio acúmulo de autoconhecimento ao longo da convivência com a hipertensão arterial sistêmica. Essa constante avaliação dos comportamentos e dos sentires indica que, sim, estão a manejar uma série de informações para cuidar da saúde, sabendo que desvios e intercorrências podem acontecer, mesmo que nem sempre dentro do escopo de ‘risco’ descrito pelas autoridades sanitárias.

Considerações finais: quando saberes informam fazeres e vice-versa

Essa familiaridade com os números como significantes da HAS é uma habilidade que precisa ser adquirida para garantir um diálogo fluido e respeitoso nas instituições de saúde, espaços onde essas pessoas, querendo ou não, se tornam *habitués*. Mas, para além desses trânsitos, os ‘aparelhos’ são usados no dia a dia como oráculo consultado para conseguir esboçar interpretações mais sofisticadas, comunicáveis, manejáveis para os fatos da vida e do corpo. Ajudam a entender, retrospectiva e prospectivamente, os comportamentos, classificando-os – conforme a etiqueta local de cuidados com a saúde – como arriscados ou não. Esses comportamentos são contextualmente avaliados. Quando é preciso comer sal porque, por exemplo, se está almoçando fora com os filhos em uma data especial ou quando é preciso sair de casa e evita-se o diurético para não ter que recorrer a banheiros públicos inexistentes, sabe-se do risco de ‘passar mal’ um pouco mais adiante. Mas já há planos para compensar esses comportamentos. No dia seguinte a esse comportamento deslizante não se sairá de casa para evitar ‘passar mal’ na rua, longe de quem possa auxiliá-lo. Ou deixa-se para sair da rotina um dia antes da consulta para poder contar com o médico no caso de uma ‘crise’.

A sensação difusa de ‘passar mal’ é concretizada com o número, em uma interessante relação metonímica. Parece que, como tecnologia **acessível, relativamente barata e, melhor de tudo, imediata** – efeitos produzidos pelos ‘aparelhos de pressão’ – as medições têm se tornado uma espécie de panacéia explicativa para essas pessoas. Os exames feitos nos laboratórios públicos demoram meses para estarem disponíveis. As consultas demoram cerca de três ou quatro meses para serem marcadas. Em contrapartida, os ‘aparelhos’ estão ali, nas mãos de alguém muitas vezes em uma posição social semelhante, em termos de escolaridade, proximidade, facilidade. É o caso do vizinho, o balconista da farmácia, o ACS, a auxiliar de enfermagem, as ações globais perto do trabalho, a banquinha na rodoviária com a moça vestida de branco e as próprias automedicações feitas em casa pelos parentes. Identificados primeiramente nos consultórios, mas agora também facilmente encontrados nos espaços domésticos, os esfigmomanômetros são exemplos de ‘aparelhos’ ‘de médico’ ou ‘de hospital’, e esse poder simbólico também é transferido para o leitor não-biomédico desses oráculos.

Essa discussão que ora empreendo também tem como interlocutor as campanhas incansáveis pelo ‘uso racional dos medicamentos’. Embora saiba que as autoridades sanitárias se preocupem com a possibilidade de intoxicação medicamentosa ou o agravamento de doenças não tratadas, temo que ao adotar a ideia de ‘uso (ir)racional’ se jogue o bebê fora com a água da bacia. As pessoas que vivem com as ditas doenças crônicas conhecem de cor e salteado o que é preciso fazer para cuidar de sua condição de saúde. Tanto é que, no meu entender, a atenção dirigida aos ‘aparelhos’, cada vez mais popularizados dentro das casas que visitei, é um sinal de como a atenção com a pressão sanguínea foi literalmente incorporada por essa população. Averiguar os próprios números, comunicá-los aos parentes, vizinhos e balconistas das drogarias, compará-los antes e depois de um comportamento tal, ou antes e depois do diagnóstico como hipertenso, são todas tentativas de entendimento sobre a saúde. A cada vez que se menciona a ‘pressão do dia’, ouve-se comentários de outras pessoas vivendo nas mesmas condições – socioeconômicas e também (sis)diastólicas – e recolhe-se mais alguns elementos que podem ajudar a interpretar aquela situação. Como um *bricoleur*, a la Levi Strauss, a pessoa com hipertensão arterial encontra, checa, compara e reúne conhecimentos sobre os números que podem ser úteis para entender o mundo dos maus e bem passares. E, afinal, não posso ignorar que essas medidas sugerem que essas pessoas estão implicadas no cuidado de sua saúde.

Depois que se domina a escala de (a)normalidade, os ‘aparelhos’ falam por si mesmos, nem precisam de mediadores, e as próprias pessoas vivendo com a HAS podem ler os números estampados nos visores eletrônicos. Não é necessário ter convênio de saúde e nem ficar em uma fila desde a madrugada. Não é preciso ouvir sobre o uso ‘correto’ dos medicamentos e da dieta, condição de acesso aos consultórios ou aos grupos de apoio no CS. Um conhecimento ora esotérico e raro vai se tornando exotérico e comum, como bem nos ensina a antropóloga portuguesa Noêmia Lopes (s/d, p. 2): “isto é, algo que passou a ser

familiar e facilmente acessível, tornando-se recorrentemente utilizado, já não apenas para sintomas considerados graves, mas antes para qualquer sintoma independentemente da sua gravidade”. A autora explica que, a partir desse crescente acesso e incorporação do que uma vez foi apenas saber esotérico, as pessoas vão criando um ‘escalonamento do risco’. Assim, avaliam a cada passo se os riscos devem ser reconvertidos (aproximando-se ao extremo da prescrição biomédica), relativizados (em um contexto de outros riscos, muitas vezes não biomédicos) ou monitorados virtualmente (com base no que se aprendeu e adaptou no consultório, mas sem a presença direta do profissional de saúde). Embora Lopes se refira ao contexto do consumo de medicamentos, é possível trasladarmos a ideia de ‘escalonamento’ para esse contexto da HAS na Guariroba se pensarmos, a partir dos dados apresentados aqui, sobre a construção nativa dos riscos de se comportar mal e, conseqüentemente, ‘passar mal’. Considerar um ‘escalonamento’ é considerar que há, por parte das pessoas, uma gestão minimamente organizada dos saberes (sobre os ‘passares’, os números e as possibilidades de conexões entre essas duas pontas), dos fazeres (de cuidado com a saúde), dos objetos (como o esfigmomanômetro na condição de oráculo) e das relações sociais (na família, na vizinhança, nos espaços hospitalares).

É essa atenção constante aos enunciados corporais que indica que pessoas como D. Celeste, D. Fatinha, S. Pedro, por exemplo, estão cuidando da saúde. Por vezes, não conseguem tomar a medicação todos os dias. Por vezes, não vão ao ‘grupo de apoio’, reunião pretensamente informativa oferecida pelo CS. Com muita frequência consultam os ‘aparelhos’ e orientam a rotina diária pelos pares de números anunciados. E estão atentas, conhecem o que é ‘passar mal’ e o que é ‘passar bem’. E têm, nos últimos anos, ampliado os recursos explicativos para esses momentos nublados. As redes de apoio locais há muito são buscadas; já os esfigmomanômetros – dentro das casas e circulando entre elas – é que aparecem como um novo fenômeno social importante a ser compreendido. As equipes de saúde passam a respeitar e ouvir melhor os pacientes que vêm com a leitura da própria pressão? A relação com os serviços de saúde se horizontaliza um pouco? Ou a suspeição mútua se acirra com a democratização dos esfigmomanômetros? E a adesão aos tratamentos biomédicos declina em favor de alternativas terapêuticas caseiras de autocuidado? São perguntas ainda em aberto, esperando novas pesquisas e, sobretudo, a atenção da Antropologia para a realidade da cronicidade. Aqui, busquei começar a interpretar os dados que tenho reunido, no sentido de assuntar sobre essas tecnologias e seus números eloquentes, em uma tentativa mais ampla de contribuir para o conhecimento sobre a experiência de (con)viver com uma doença crônica em um populoso bairro periférico urbano.

Referências

- BEZERRA, Natalia. **Bombinha, relógio ou pêra**: o uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia, DF. 2011. 95f. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) -Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
- FLEISCHER, Soraya. A cronicidade e o controle: notas etnográficas sobre pessoas com hipertensão e diabetes num bairro da Ceilândia Sul, DF. In: **I Reunião de Antropologia e Políticas de Saúde**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 13-15 abr. 2010.
- LOYOLA, Maria A. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: Difei, 1984.
- LOPES, Noémia M. Medicamentos e percepções sociais do risco. **Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia**. [Sem data].
- MASKOVSKY, Jeff. Do people fail drugs, or do drugs fail people? The discourse of adherence. **Transforming Anthropology**, v. 13, n. 2, p. 136-142, 2005.
- SHAPIRO, Ari. Irrational choices, unfathomable outcomes: Patient ethnographies in pharmaceutical research. **Epic**, n. 1, p. 173-178, 2005.
- SIMÕES, Soraya S. Conversas de cozinha: considerações sobre a sociabilidade feminina em um conjunto habitacional na Zona Sul do Rio de Janeiro. In: FLEISCHER, Soraya Resende; TORNQUIST, Carmen Susana; MEDEIROS, Bartolomeu Figueirôa de. (orgs). **Saber cuidar, saber contar**: ensaios de antropologia e saúde popular. Florianópolis: UDESC, 2010. p. 49-69.
- VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan R. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. Trad. Amanda Frenkle e Soraya Fleischer. **Sociedade e Cultura**, v. 14, n. 2, p. 457-472, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/view/17624>> Acesso em: 20 out. 2012

Recebido em 15/07/2012

Aprovado em 15/08/2012