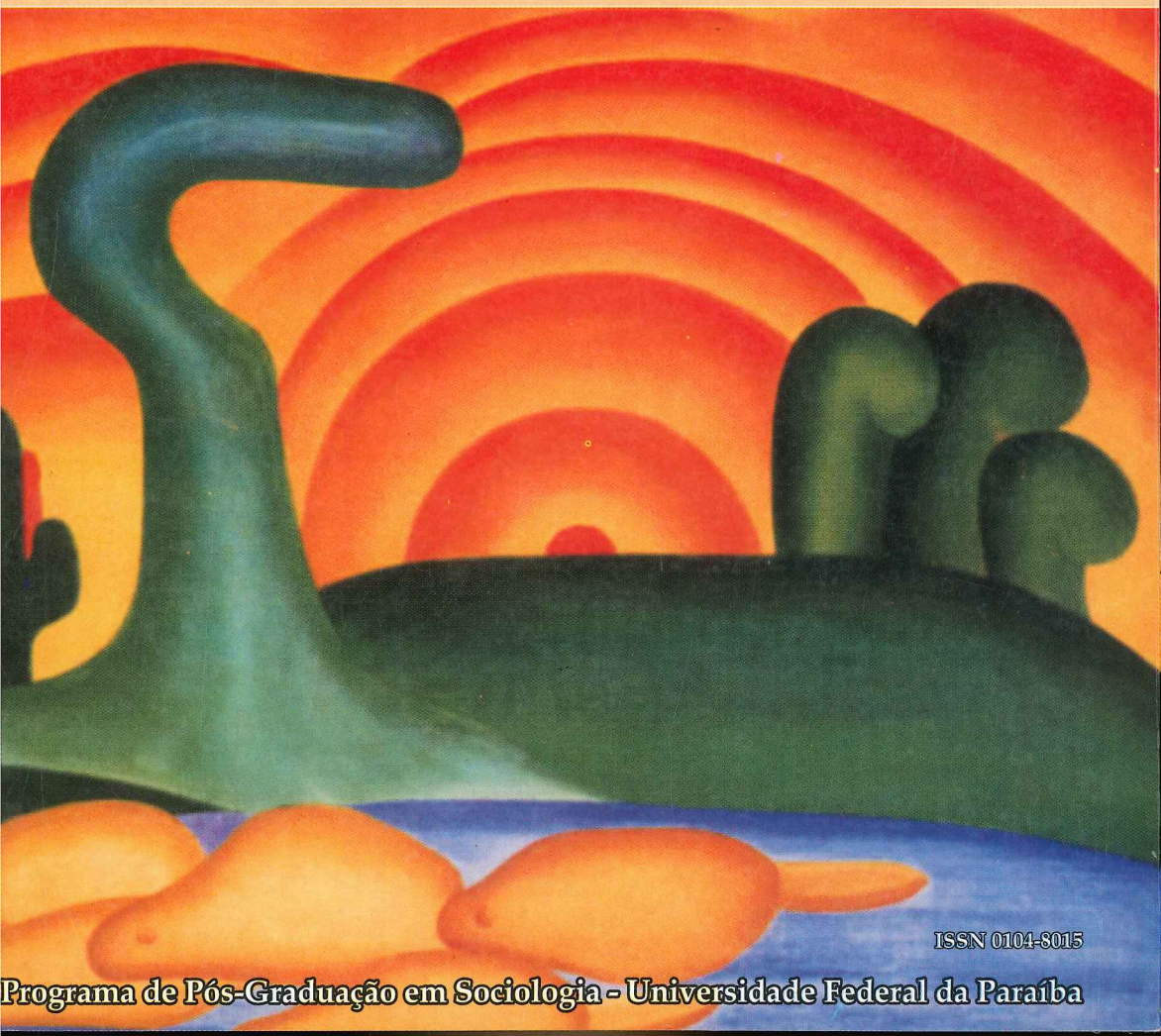


POLÍTICA & TRABALHO

REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - Número 20 - Abril de 2004



ISSN 0104-8015

Programa de Pós-Graduação em Sociologia - Universidade Federal da Paraíba



POLÍTICA & TRABALHO

Revista *Política & Trabalho*
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Centro de Humanidades
Universidade Federal da Paraíba

Coordenação 2003/2004
Ariosvaldo da Silva Diniz
Lemuel Guerra

Publicação semestral do PPGS/UFPB
nº 20 - abril de 2004
ISSN 0104-8015

Conselho Editorial

Adriano de León (UFPB), Andrea Ciacchi (UFPB), Ariosvaldo da Silva Diniz (UFPB), Brasília Carlos Ferreira (UFRN), César Barreira (UFC), Cláudia Fonseca (UFRGS), Cynthia Lins Hamlin (UFPE), Edgard Afonso Malagodi (UFCEG), Eliana Monteiro Moreira (UFPB), Inaiá de Carvalho (UFBA), Ilse Scherer-Warren (UFSC), Jacob Carlos Lima (UFSCar), Jessé Souza (UENF), Joanildo A. Burity (FUNDAJ), José Arlindo Soares (UFPB), Julie Antoinette Cavignac (UFRN), Maria Carmela Buonfiglio (UFPB), Maria de Nazareth Baudel Wanderley (UFPE), Mauro Guilherme Pinheiro Koury (UFPB), Neide Miele (UFPB), Orlando Miranda (USP), Paulo Henrique Martins (UFPE), Regina Novais (UFRJ), Rubens Pinto Lyra (UFPB), Sandra J. Stoll (UFPR), Theophilos Rifiotis (UFSC), Vera da Silva Telles (USP).

EDITOR

Terry Mulhall (UFPB)

COMISSÃO EDITORIAL

Aécio Amaral Jr. (UFPB)
Carlos Guilherme Valle (UFPB)
Eliana Monteiro Moreira (UFPB)

SECRETARIA DA EDITORIA

Maria Sandra Rodrigues dos Santos

A apresentação de colaborações e os pedidos de permuta e/ou compra devem ser encaminhados à Revista *Política & Trabalho*:

Universidade Federal da Paraíba - Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes - Bloco V
Campus I - Cidade Universitária - CEP 58.051-970 - João Pessoa - Paraíba - Brasil
Telefax (0-XX-83) 216 7204 - E-mail: politica&trabalho@cchla.ufpb.br

Capa (layout e arte): Tarsila do Amaral: Sol Poente

Impressão: Manufatura Editora
Brasil - abril de 2004

POLÍTICA & TRABALHO

Revista de Ciências Sociais

**Publicação do Programa de Pós-Graduação em Sociologia
da Universidade Federal da Paraíba
(Campus - João Pessoa)**

**Ano XX
Número 20
abril de 2004**

ISSN 0104-8015



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Reitor - Jáder Nunes de Oliveira

Vice-Reitor - Múcio Antônio Sobreira Souto

Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa - Maria José Lima da Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES

Diretora - Maria Yara Campos Matos

Vice-Diretor - Marconi Pequeno

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Coordenador - Ariosvaldo da Silva Diniz

Vice-Coodenador - Lemuel Guerra

Programa de Pós-Graduação em Sociologia - UFPB

ISSN 0104-8015

Todos os Direitos Reservados

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 5.988/73) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca Central - Campus I - Universidade Federal da Paraíba

P 769 Política & Trabalho. ano 20, n. 20 (2004). - João Pessoa: PPGS-UFPb, 2004.

**Semestral
269p.**

1. Sociologia. 2. Ciências Sociais. 3. Política. 4. Trabalho. 5. Cultura.

BC - UFPB

CDU 301

DOSSIÊ: A ANTROPOLOGIA E A SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Organizadores: Terry Mulhall e Carlos Guilherme Valle

CORPS DE BALLET: O CASO DOS BAILARINOS LESIONADOS.....	15
<i>Bryan S. Turner e Steven P. Wainwright</i>	
RE-EXAMINANDO A "GENETIZAÇÃO": ÁRVORES FAMILIARES NA GENÉTICA DO CÂNCER DE MAMA.....	35
<i>Sahra Gibbon</i>	
EMBRIÕES GENETICAMENTE SELECIONADOS: OS USOS DO DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTADO.....	61
<i>Naara Luna</i>	
A MERCANTALIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: CRÍTICA TEÓRICA DO UTILITARISMO A PARTIR DO ESTUDO SOBRE ATENDIMENTO A FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA EM HOSPITAIS PÚBLICOS.....	81
<i>Paulo Henrique Martins e Kátya Carvalho Alexandre</i>	
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO: O QUE FAZ UM ANTROPÓLOGO EM UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE.....	97
<i>Leila Sollberger Jeolás</i>	
SISTEMAS MÉDICOS: PERCEPÇÃO E COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM UMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS (SC).....	117
<i>Márcia Grisotti</i>	
IMAGENS DIAGNÓSTICAS E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CONHECIMENTO MÉDICO. UM ESTUDO ETNOGRÁFICO DO CATETERISMO CARDÍACO.....	141
<i>Rosana Horio Monteiro</i>	
A ARGUMENTAÇÃO E A EVIDÊNCIA NO DIA A DIA DA PRÁTICA MÉDICA TECNOLÓGICA.....	159
<i>Alice da Costa Uchôa</i>	
COMENTÁRIO CRÍTICO	
SERÁ QUE ELAS SOFREM? ALGUMAS OBSERVAÇÕES SOBRE <i>DEATH WITHOUT WEeping</i> DE NANCY SCHEPER-HUGHES.....	181
<i>Mônica Franch e Tânia Falcão</i>	
ARTIGOS	
ORGANIZACIÓN DEL CICLO PRODUCTIVO Y EL NUEVO MUNDO DEL TRABAJO EM LA ACTUAL COMPETICIÓN GLOBAL.....	199
<i>Luciano Vasapollo</i>	
A NORMALIDADE ESTÉTICA: OS MODELOS LEGITIMADOS DO CORPO.....	221
<i>Maria Yara Campos Matos</i>	
NOTAS SOBRE O CONFLITO E A AUTO-IMAGEM EM NORBERT ELIAS.....	229
<i>Tereza Cristina Furtado Matos</i>	

RESENHAS

- LYRA, RUBENS PINTO (ORG.). AUTÔNOMAS X OBEDIENTES: A OUVIDORIA PÚBLICA EM DEBATE. JOÃO PESSOA: EDITORA UNIVERSITÁRIA DA UFPB, 2004. 172P.....249
Ítalo Gurgel
- TAVOLARO, SÉRGIO B. DE F. MOVIMENTO AMBIENTALISTA E MODERNIDADE: SOCIABILIDADE, RISCO E MORAL. SÃO PAULO: ANNABLUME/FAPESP, 2001. 226P. SELO UNIVERSITÁRIO - CIÊNCIAS SOCIAIS.....253
André Gondim do Rego
- SILVA, MARCOS (ORG.). DICIONÁRIO CRÍTICO CÂMARA CASCUDO. SÃO PAULO: PERSPETIVA, FFLCH/USP; NATAL EDUFURN, FUNDAÇÃO JOSÉ AUGUSTO, 2003, 327P.....259
Maristella Oliveira de Andrade
- ALVIM, ROSILENE; FERREIRA JR., EDÍSIO; QUEIROZ, TEREZA (ORGS.). (RE)CONSTRUÇÕES DA JUVENTUDE: CULTURA E REPRESENTAÇÕES CONTEMPORÂNEAS. JOÃO PESSOA: EDITORA UNIVERSITÁRIA - PPGS/UFPB, 2004.....261
Elaine Müller
- MARIANO, BENEDITO DOMINGOS E FREITAS, ISABEL (ORGS.) POLÍCIA: DESAFIO DA DEMOCRACIA BRASILEIRA. PORTO ALEGRE: COMPANHIA RIOGRANDENSE DE ARTES GRÁFICAS, 2002. 196P.....267
Rubens Pinto Lira

COLABORAM NESTE NÚMERO

Alice da Costa Uchôa é médica, professora adjunta do DSC/UFRN, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, mestre em Ciências Sociais pela UFPB. (aliuchoa@hotmail.com)

André Gondim do Rego é graduando do curso de Ciências Sociais da UFPB. (andre-gr@bol.com.br)

Bryan S. Turner é professor da Faculty of Social and Political Sciences, University of Cambridge. (Bst22@cam.ac.uk)

Elaine Müller é antropóloga, doutoranda do PPGA/UFPE. (nanimuller@hotmail.com)

Ítalo Gurgel é jornalista e professor.

Kátia Carvalho Alexandre é mestranda em sociologia e pesquisadora do NUCEM (Núcleo de Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança) da UFPE. (katyaalexandre@yahoo.com.br)

Leila Sollberger Jeolás é professora de antropologia do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina (UEL). (claus@sercomtel.com.br)

Luciano Vasapollo é professor de Estatística Empresarial, Facultad de Ciencias Estadísticas, Univ. "La Sapienza" Roma, Diretor Científico CESTES-PROTEO. (cestes@tin.it)

Márcia Grisotti é professora doutora do Departamento de Sociologia e Política da Universidade Federal de Santa Catarina. (grisotti@fastlane.com.br)

Maria Yara Campos Matos é diretora do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes e Professora do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba. (mymatos@uol.com.br)

Maristela Oliveira de Andrade é professora do Departamento de Ciências Sociais da UFPB. (andrademaristela@dse.com.br)

Mônica Franch é doutoranda em antropologia pelo PPGSA/UFRJ. Mestre em antropologia pelo PPGA/UFPE. Pesquisadora do Núcleo de Família, Gênero e Sexualidade - FAGES/UFPE. (m-franch@ig.com.br)

Paulo Henrique Martins é coordenador e professor do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE. (pahem@terra.com.br)

Rosana Horio Monteiro é professora adjunta, Faculdade de Artes Visuais, Universidade Federal de Goiás (UFG). (monter1@uol.com.br)

Rubens Pinto Lyra é professor dos cursos de pós-graduação em Sociologia e em Direito da Universidade Federal da Paraíba. (rubelyra@uol.com.br)

Sahra Gibbon, é professora do Departamento de Antropologia, University College London. (s.gibbon@ucl.ac.uk)

Steven P. Wainwright é professor na Florence Nightingale School of Nursing, King's College London. (steven.wainwright@ucl.ac.uk)

Tânia Falcão é médica pediatra, professora da Faculdade de Ciências Médicas (Universidade de Pernambuco), mestre em antropologia pela UFPE. (taniafalgofalcao@hotmail.com)

Tereza Cristina Furtado Matos é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará-UFC. (crisfurtado@yahoo.com.br)

APRESENTAÇÃO

Este número de *Política & Trabalho* inclui um dossiê sobre a antropologia e a sociologia da saúde. O caráter social da saúde e da doença tem sido um assunto importante nas ciências sociais nas últimas décadas. Alguns temas centrais são: as relações de poder e as estruturas sociais envolvidas na organização social da medicina, a diferença entre concepções leigas e profissionais da medicina e da doença, e a crítica do paradigma biomédico. Não obstante a contribuição importante do interacionismo simbólico para o tema, a saúde não ocupou uma posição importante na teoria sociológica clássica. É verdade que o ensaio de Parsons sobre o papel do doente foi importante, mas não se pode dizer que a saúde foi central no seu trabalho. As razões para a guinada intelectual recente são complexas, e tem a ver tanto com a especificidade da vida social contemporânea quanto com os desenvolvimentos científicos.

Michel Foucault é sem dúvida o pensador mais importante na história recente da sociologia da saúde. Em livros tais como *Historia da Loucura*, *O Nascimento da Clínica* e *Vigiar e Punir* ele revolucionou o estudo sociológico da medicina. O seu trabalho sobre as formas do biopoder, regimes de doença e a regulação do corpo foram cruciais. Não é exagero dizer que na tradição de estudos sobre a saúde e a doença o trabalho de Foucault foi definitivo, tanto que sua influência se faz notar em quase todos os trabalhos incluídos neste dossiê.

Abrimos o dossiê com a tradução de um artigo de Bryan Turner e Stephen Wainwright. Bryan Turner é um dos mais respeitados sociólogos ingleses da atualidade. Ele foi importante no movimento neo-weberiano na sociologia inglesa da década de 1970. Entre os seus principais trabalhos estão *Marx and the End of Orientalism* (1978) *For Weber* (1981), *Medical Power and Social Knowledge* (1987), *Orientalism, Postmodernism and Globalism* (1994), *Citizenship and Social Theory* (1994) e *Religion and Social Theory* (1991). No artigo aqui publicado, Turner e Steven Wainwright oferecem uma crítica do construtivismo social e da definição do corpo como texto. A partir de um estudo etnográfico de uma companhia profissional de balé, eles argumentam que, embora o construtivismo tenha sido importante no combate aos discursos essencialistas, é problemático como uma ontologia da corporificação. No caso da dança, por exemplo, o corpo desafia qualquer tentativa de abolir a separação entre o discursivo e o não-discursivo. Para eles, é a noção durkheimiana de "efervescência coletiva", e não a categoria pós-estruturalista de *discurso*, que explica como a lesão corporal é mediada pelos laços sociais dos bailarinos.

Ainda no debate sobre construtivismo, embora numa abordagem mais positiva, temos o enfoque dos trabalhos de Alice da Costa Uchoa, *A argumentação e a evidência no dia a dia da prática médica tecnológica* e de Rosana Horio Monteiro, *Imagens diagnósticas e a construção social do conhecimento médico*:

um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco. Alice Uchoa mostra que os fatos médicos não são objetivamente dados, mas coletiva e contingencialmente criados. Rosana Monteiro também mostra que o desenvolvimento tecnológico não elimina a centralidade da interpretação. Ela sugere que a interpretação das imagens está ligada à experiência e à formação acadêmica, à sua área de especialização, à sua posição social na hierarquia profissional, e ao tipo de instituição em que atua.

A crítica ao paradigma biomédico e a sua relação com o mercado capitalista é o tema do trabalho de Paulo Henrique Martins e Kátia Alexandre, *A mercantilização da relação médico-paciente: crítica teórica do utilitarismo a partir do estudo sobre atendimento a famílias de baixa renda em hospitais públicos*. O professor e pesquisador Paulo Henrique Martins, do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, tem exercido um papel importante na difusão do trabalho de Marcel Mauss, dos autores do Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais francesas e dos estudos sobre a dádiva nas ciências sociais no Brasil. Neste trabalho, ele e Kátia Alexandre usam o paradigma da dádiva para criticar a hegemonia do pensamento utilitarista no campo da saúde. O que eles chamam de "degradação da relação médico-paciente" nos hospitais públicos e o aumento da desconfiança na saúde pública brasileira está relacionado, no seu dizer, à penetração da ideologia utilitarista, que liga qualidade de atendimento médico à relação mercantil.

No seu trabalho *Possibilidades de intervenção: o que faz um antropólogo em uma equipe interdisciplinar de saúde*, Leila Sollberger Jeolás argumenta que através de uma intervenção antropológica numa equipe interdisciplinar de saúde que se dedica ao exercício de compreensão do *outro*, noções essencialistas, como as de adolescência, risco e prevenção, passaram a ser entendidas como construções socioculturais, recolocando sob novas perspectivas a compreensão da realidade do jovem atendido pelo serviço de saúde. A diferença transcultural da percepção da doença é o tema de Márcia Grisotti no seu artigo *Sistemas médicos: percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em uma comunidade de Florianópolis (SC)*.

Os desenvolvimentos tecnológicos na área de saúde e alimentação, tais como clonagem e as tecnologias da reprodução, recolocam diretamente a questão da biopolítica levantada por Foucault no seu trabalho da década de 1970. Algumas implicações da tecnologia são levantadas por Sarah Gibbon, no seu *Reexaminando a genetização: árvores familiares em genética de câncer de mama*, e por Naara Luna no seu *Embriões geneticamente selecionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantação e o debate antropológico sobre a condição da pessoa*.

O presente número, além do dossiê sobre saúde, inclui três artigos não-temáticos. No artigo de Teresa Cristina Furtado Matos, *Notas Sobre o Conflito e a Auto-Imagem em Norbert Elias*, a autora afirma que em Elias as relações sociais de conflito envolvem não só representações negativas dos outros, mas a *auto-imagem* dos grupos sociais também é central em situações de disputa de poder e conflito.

Em *A normalidade estética: os modelos legitimados do corpo*, Maria Yara Campos Matos propõe algumas reflexões em torno da importância dos modelos

corporais como elementos de ligação ou ruptura nas relações sociais. Tomando como exemplo o mestiço brasileiro, a autora analisa o modo como os julgamentos estéticos dos indivíduos são definidores da valorização diferenciada dos modelos legitimados de corpo.

Luciano Vasapollo, no seu artigo *Organización del ciclo productivo y el nuevo mundo del trabajo en la actual competición global*, trata do fim do modelo da produção fordista que caracterizou a economia mundial na maior parte do século vinte e do nascimento do que se chama o modelo de acumulação flexível nos últimos anos. Neste modelo, de acordo com Vasapollo, a competição se baseia cada vez mais na qualidade do produto, no novo papel alocado ao assim chamado capital humano, e no aumento da importância dos recursos imateriais e do capital da informação.

A Revista também está incluindo uma seção chamada "Comentário Crítico", na qual pretendemos publicar comentários sobre debates atuais nas ciências sociais. No número atual incluímos um trabalho de Mónica Franch e Tânia Lago-Falcão sobre o livro *Death Without Weeping*, de Nancy Scheper-Hughes. O livro de Scheper-Hughes causou bastante impacto quando foi publicado em 1992 e por isso julgamos oportuno o artigo sobre ele. O livro trata da mortalidade infantil no Nordeste do Brasil; nele, Scheper-Hughes citou a falta da manifestação dos sentimentos de perda e dor no caso de mães nordestinas enlutadas como exemplo do que ela chamou de 'negligência seletiva'. Contra Scheper-Hughes tem sido argumentado que a manifestação do sentimento é culturalmente construída e que o problema está mais na sua metodologia etnocêntrica do que na peculiaridade cultural das mulheres nordestinas.

Com mais esse número, a *Política & Trabalho* dá continuidade à sua contribuição para o debate e o exercício da crítica nas ciências sociais brasileiras. Especificamente, o dossiê sobre *A antropologia e a sociologia da saúde* representa uma intervenção da Revista numa das temáticas mais pertinentes do debate contemporâneo. Para o próximo número está sendo preparado um dossiê sobre outra temática de igual proeminência na atualidade: *as novas tecnologias e o redimensionamento do social*.

O Editor

Dossier

CORPS DE BALLET: O CASO DOS BAILARINOS LESIONADOS**Bryan Turner & Steven Wainwright***Introdução: a sociologia da lesão**

O debate sociológico sobre a lesão tem tido lugar primordialmente na literatura referente a relações industriais, e a lesão tem sido definida de modo limitado como um tópico da sociologia industrial e ocupacional. Neste artigo, desenvolveremos uma interpretação da corporificação [embodiment] a partir do nosso estudo da lesão e da aposentadoria fundamentalmente entre profissionais de balé, especificamente os do Royal Ballet¹. Nosso enfoque, entretanto, não recai sobre uma apresentação detalhada da análise destes dados. Objetivamos, ao invés disso, ilustrar nosso argumento teórico acerca do alcance ao qual a lesão no balé pode iluminar os debates filosóficos em torno do construcionismo social, da corporificação e do corpo. Este estudo da lesão ocupacional, da dor e da aposentadoria busca trazer uma contribuição à sociologia da saúde e da doença, por meio de um comentário crítico a respeito das limitações do construcionismo social, que faz uso de assertivas fundacionalistas acerca da corporificação como prática (Turner, 2001). Fazemos a afirmação inicial do senso comum de que os bailarinos com lesões físicas não podem dançar e que o corpo físico coloca um limite natural à performance. Nosso artigo faz afirmações sobre a qualidade estética da arte como performance, e rejeita o legado da estética kantiana, no qual é dado um status privilegiado ao julgamento racional e desinteressado. Seguindo Pierre Bourdieu (1984), afirmamos que a apreciação da dança como performance é em si uma estética corporificada do bom gosto que pressupõe interesse e não desinteresse. As formas artísticas ou instituições que comunicam experiências estéticas para uma audiência através de performances não são efetivamente compreendidas por meio de uma epistemologia construcionista. A dança é a ilustração clássica do argumento de que a performance não pode ser meramente entendida como um texto. Portanto, é importante os sociólogos prestarem atenção para a questão da 'performatividade', a fim de compreender o papel da corporificação na fenomenologia da dor e da lesão. No exato momento em que a teoria literária quer falar sobre a textualidade de uma obra, nós precisamos atentar para a performatividade de práticas artísticas, isto é,

* Artigo originalmente publicado, sob o título "Corps de Ballet: the case of the injured ballet dancer", em *Sociology of Health & Illness*, vol. 25, n. 4, May 2003, p. 269-288. Blackwell Publishing. Tradução: Aécio Amaral Jr.

¹ Os autores conduziram as entrevistas (vinte e duas) no campo, de modo que vinte foram feitas no Royal Opera House, em Londres, e duas em uma das principais universidades do Reino Unido. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Pseudônimos foram usados neste relato, a fim de assegurar o anonimato de nossos informantes.

para os modos nos quais o movimento, o ataque e o gesto são reunidos. No entanto, as manifestações dessas lesões individuais têm lugar através de instituições sociais do balé como uma companhia, e a impassível tolerância da dor entre os bailarinos é uma função da solidariedade social da companhia e da identidade profissional que forma a identidade do dançarino.

Os corpos lesionados dos bailarinos dão origem a um leque de problemas interessantes sobre carreiras, profissionalismo, instituições e o desenvolvimento histórico do balé clássico. A fenomenologia dos corpos lesionados fornece uma rica fonte de material para apresentar uma crítica das teorias da desconstrução do corpo, que de modo limitado ou exclusivo enfocam os significados culturais da lesão sem atenção à ontologia (Williams, 1999). Nossa pesquisa explora as práticas sociais a partir das quais corpos lesionados são disciplinados por arranjos médicos, controlados na companhia de balé e representados dentro de uma comunidade de bailarinos. A lesão pode ser entendida apenas a partir de uma pesquisa sociológica que simultaneamente dispense atenção aos modos nos quais os arranjos sociais e a corporificação produzem condições que são reconhecidas como 'lesões' que exigem atenção. Nossa opinião principal é condizente com as observações de Durkheim sobre solidariedade social em *As formas elementares da vida religiosa* (Durkheim, 2001), a saber, que a lesão é mediada através da coesão social dos dançarinos na companhia de balé, a qual é mais do que simplesmente um lugar de trabalho. Quer os dançarinos realmente experienciem ou não lesões problemáticas, esta é uma função de sua incorporação bem-sucedida na cultura da companhia de balé. Neste sentido específico e limitado, as lesões são 'socialmente construídas', porque suas irrupções na atenção pública dependem de processos sociais. Lesões existem quando problemas com performance corporificada obtêm algum reconhecimento coletivo, como graus de atenção médica ou eventual aposentadoria. Neste estágio, seus interesses privados tornam-se um problema de atenção pública. As experiências emocionais e corporificadas de membros dentro da companhia constituem o filtro social por intermédio do qual uma lesão individual emerge como uma condição reconhecível que requer intervenções médicas, psicológicas e sociais. Esta tese dá um sentido novo e especial à idéia de *corps de ballet*, onde o esforço emocional dos membros protege o bailarino individual do cansaço, das ansiedades e da fadiga que expõem todos os bailarinos à lesão. O corpo dos dançarinos é a localização coletiva onde o que poderíamos chamar a 'substância' da lesão recebe suas manifestações sociais. Em resumo, este artigo é mais uma contribuição à sociologia da dor (Bendelow and Williams, 1995), nomeadamente, que o ato de 'trascender os dualismos' do modelo cartesiano do corpo e da mente requer que atentemos para o contexto social e cultural no qual a dor corporificada é socialmente manifesta.

No relato de pesquisa "The concept of truly accidental accidents", Baldamus (1969) distinguiu entre acidentes menores e mais sérios na indústria britânica. Em sua investigação em torno das causas não-técnicas de acidentes industriais, Baldamus encontrou uma surpreendente distribuição de acidentes. Enquanto os acidentes sérios tinham uma distribuição mais ou menos

casual ao longo da semana, os acidentes menores (contusões, hematomas, dores nas costas e outros) declinavam progressivamente. Uma explicação é que os trabalhadores eram relutantes em declarar lesões menores próximo ao final da semana, porque suas recuperações teriam que se dar no fim de semana, isto é, no horário de lazer. Os acidentes que eram registrados no início da semana não interferiam automaticamente no horário normal de lazer. A pesquisa levantou muitas questões, mas também apontou para o fato de que os acidentes ocorrem dentro e são produtos de arranjos sociais. Em linguagem sociológica contemporânea, poderíamos dizer que eles são socialmente construídos. No presente estudo, desejamos demonstrar que de algum modo as lesões de balé são o produto de mudanças na formação de bailarinos, de coreografia, de estruturas de carreira, de expectativas do público em torno da performance de celebridades, de arranjos institucionais na companhia, e de mudanças de expectativa em torno do perfil atlético do balé moderno.

Entretanto, pode-se dizer que em vários aspectos os bailarinos clássicos diferem dos membros da classe trabalhadora industrial. Num sentido weberiano, talvez seja mais adequado tratar a prática do balé como um chamado (*beruf*), ao invés de uma ocupação. Um chamado é um padrão sistemático de disciplina e comportamento que é designado para produzir uma 'personalidade' distintiva ou *self* (Weber, 1966, p. 182). O balé clássico é uma vocação ou uma 'tecnologia do *self*', exigindo o ascetismo através do qual a verdade do corpo de alguém pode ser apreendida (Foucault, 1997, p. 238). Este chamado está agrupado num campo ocupacional que tem mais afinidades com o futebol profissional do que com uma economia global (McGovern, 2002). Por exemplo, os acidentes e as lesões são fatores sistemáticos e permanentes da prática do balé, e ameaçam constantemente acabar com jovens vocações. Os bailarinos clássicos despendem muito da sua juventude preparando-se para uma carreira de balé, e a lesão significa o desastre, com a perspectiva de aposentadoria prematura. Os bailarinos freqüentemente iniciam suas carreiras na infância, mas muito poucos bailarinos profissionais continuam depois dos trinta anos de idade (Hamilton, 1998). É uma carreira muito curta, e por isso questões de aposentadoria, requalificação e envelhecimento apresentam questões importantes e persistentes sobre suas vocações e identidades. Pelo fato de o senso de auto-identidade do bailarino ser profundamente investido na performance do corpo, a lesão é uma disrupção do *self* equivalente ao trauma de doenças crônicas (Kelly and Field, 1996; Williams, 1996).

Ao mesmo tempo em que uma lesão é potencialmente fatal para uma carreira, é aceita como um fator inevitável da vida do balé, embora o desconforto, a dor e a lesão sejam mascarados por uma cultura que é comprometida com a noção de que 'o show deve continuar'. Os bailarinos rotineiramente se envolvem em práticas terapêuticas que administram a precariedade de suas atividades profissionais. Pelo fato de os bailarinos terem um chamado para a dança, há obviamente uma relutância em admitir a presença de uma lesão. A cultura da companhia de balé é uma poderosa proteção contra a interrupção prematura de uma carreira por lesão- isto é, antes dos trinta anos. É apenas com o envelhecimento que, para a maioria dos bailarinos, as lesões se tornam

reais, quando seus 'corpos ausentes' (Leder, 1990) se tornam horrivelmente presentes. Os bailarinos carismáticos do passado, tais como Nureyev e Fonteyn, são freqüentemente vistos como tendo corpos extraordinários que podiam resistir às lesões e confrontar o processo de envelhecimento (Solway, 1998), mas a maioria dos bailarinos tem tido carreiras relativamente curtas e geralmente trágicas. Nijinsky, um dos mais destacados artistas do balé russo, graduou-se na Escola de Balé Imperial de São Petersburgo em 1907 e terminou sua carreira em 1919 (Buckle, 1971). As lendas do balé heróico e a institucionalização do carisma ajudam a tornar as lesões aceitáveis, condições quase que de rotina, pois que são parte da memória coletiva. Para a maioria dos bailarinos, a conjunção de envelhecimento e lesão, numa situação em que estão surgindo as expectativas públicas e profissionais de performance atlética, finalmente provoca o fim de suas carreiras. Muitos bailarinos então continuam com a companhia como professores ou em cargos administrativos, ou mudam para 'papéis' onde há menos pressão por demandas de performance, ou experienciam uma mobilidade descendente, filiando-se a grupos de dança de menor prestígio.

A lesão de balé fornece um terreno fértil para uma exploração teórica do corpo, da performance corporificada e do construcionismo social. Neste artigo, recorreremos à sociologia de Pierre Bourdieu para entender as conexões íntimas entre o habitus do balé, a corporificação, a performance de dança e a identidade. O ponto desta construção teórica é firmar um projeto empírico que explore a relação entre habitus, identidade e lesão. Concentrando-se na corporificação do dançarino, partimos de alguns aspectos dos estudos de dança contemporânea em que a dança é analisada como um texto ou prática discursiva na qual o dançarino se torna estranhamente descorporificado. Essa descorporificação da dança é particularmente característica de leituras pós-modernas da 'dança como texto' (Levin, 1990; Fraleigh and Hanstein, 1999). Embora exista uma longa tradição de trabalho antropológico sobre a dança como um ritual performático, há uma lacuna de estudos sociológicos empíricos sobre dança moderna. A obra *Ballet across borders*, de Helena Wulff (1998), um estudo etnográfico internacional da cultura de algumas das maiores companhias de balé do mundo, tais como o Balé Real Sueco, o Balé Real, o Teatro Americano de Balé e o Balé Frankfurt, é uma notável exceção. Infelizmente, a ênfase de Wulff na abrangência do trabalho de campo inevitavelmente implica que falta ao seu estudo a profundidade geralmente associada à pesquisa etnográfica (Hammersley, 1992; Hammersley and Atkinson, 1995). Além disso, o corpo recebe pouca atenção em seu estudo.

Embora Bourdieu não tenha empreendido um estudo sociológico da dança, sua perspectiva é amplamente vista como um valioso método para a teoria e a pesquisa sobre o corpo (Fowler, 1997; Fowler, 2000; Shilling, 1993; Turner, 1992). Seu trabalho deu amplo reconhecimento à agência humana através das noções de estratégia e práticas, mas também reconheceu o papel determinante de instituições e recursos (ou capital social) na conformação, coação e produção desta agência. O valor da transformação operada por Bourdieu no estéril debate entre agência e estrutura foi reconhecido pelo estu-

do sociológico de classe, saúde e estilo de vida (Williams, 1995). A ênfase bourdieuziana sobre a prática e o habitus também se prestou convenientemente a uma apreciação da dança como uma performance social, e a uma compreensão da lesão, da disrupção social e da identidade. Contudo, a fim de entender sua teoria da prática (Bourdieu, 1977), precisamos começar com algumas definições básicas.

A estrutura social do balé, como qualquer campo de atividade social, determina um conjunto de posições sociais em termos de sua autoridade e prestígio. Neste sentido, a estrutura do campo dá forma à carreira do bailarino, e este campo é o contexto no qual o habitus dos indivíduos é formado. Podemos definir habitus como o conjunto de atitudes, disposições, expectativas e gostos que os indivíduos dividem como membros de um campo. Nos termos de Bourdieu, o gosto não é individual, fortuito ou instável, e sim organizado em termos de posições sociais, práticas e instituições. O habitus é um 'sistema adquirido de disposições geracionais' (Bourdieu, 1997, p. 95) no qual os indivíduos pensam que suas preferências são óbvias, naturais e dadas. No mundo cotidiano os indivíduos não são tipicamente reflexivos sobre suas disposições, porque "quando o habitus encontra um mundo social do qual ele é o produto, é como um 'peixe n'água': ele não sente o peso da água e toma o mundo em torno de si como dado... É porque este mundo me produziu, porque produziu as categorias de pensamento que eu aplico a ele, que ele me aparece como auto-evidente" (Bourdieu and Wacquant, 1992, p. 127-128). Para Bourdieu, os gostos e as disposições estão claramente relacionados à nossa corporificação, e as coisas de que forçosamente não gostamos nos causam nojo. A noção, que remonta ao século dezessete, de nojo como ofensa às nossas sensibilidades conecta este sentimento de repugnância com a náusea propriamente dita.

O habitus e a corporificação estão obviamente conectados, pois que "o modo com que as pessoas tratam seus corpos revela as disposições mais profundas do habitus" (Bourdieu, 1984, p. 190). Nossos corpos expressam o habitus do campo no qual estamos localizados, e em seu famoso estudo do sistema francês de status, as diferenças sociais em preferências por esportes foram relacionadas a diferentes classes sociais, e essas classes sociais expressam diferentes 'preferências' por peso, forma e disposição do corpo. Enquanto o levantamento de peso e o cultivo de corpos musculosos são parte do habitus da classe trabalhadora, a peteca e o tênis são mais diretamente associados às disposições das educadas classes média e alta. Em *Distinção* (Bourdieu, 1984, p. 190) há conexões importantes entre classe social, preferências gastronômicas e forma do corpo, pois que

... o gosto por comida também depende da idéia que cada classe tem do corpo e dos efeitos da comida sobre ele, isto é, sobre a sua força, saúde e beleza; e das categorias que cada classe usa para avaliar estes efeitos, alguns deles podem ser importantes para uma classe e ignorados por outra, e as diferentes classes podem classificá-los de diferentes modos.

Pelo fato de que diferentes corpos (forte e baixo, leve e atlético, ou voluptuoso e sexual) têm diferentes valores estéticos em seus campos sociais, podemos distinguir entre o capital físico e simbólico de corpos.

Bourdieu identificou o capital social (as relações sociais nas quais as pessoas investem), capital cultural (qualificações educacionais) e capital simbólico (honra e prestígio), mas o corpo humano também é parte do capital ao qual os seres humanos atribuem valores. No campo do balé, certas dançarinas que foram consideradas excepcionalmente bonitas e graciosas, tal como Tâmara Karsavina, desfrutaram de considerável capital físico, isto é, o prestígio fluiu de 'investimentos' corporais. Devido ao fato de o envelhecimento reduzir inevitavelmente nosso capital físico, esta forma de capital não é renovável e é caracterizada por sua escassez. Em contraste, o envelhecimento pode estar associado ao aumento de sabedoria, respeito e influência, e o poder que vem do envelhecimento em sociedades patriarcais está associado ao capital simbólico, ou seja, à honra e ao status social. Os capitais físico e simbólico do corpo necessariamente se colocam numa relação contraditória. As carreiras esportiva e de dança podem ser entendidas em termos destas forças contraditórias, em que celebridades aposentadas podem manter seu capital simbólico se tornando estrelas em campos correlatos ou adjacentes, como por exemplo na TV ou em filmes. A obra de Bourdieu tem sido particularmente útil no estudo de corpos esportivos, e nosso propósito aqui é partir da exploração do capital físico em estudos etnográficos de boxe (Wacquant, 1995 e 1998) para estudar o corpo e o balé. O habitus do balé clássico gera disposições ou gostos em torno do corpo que estabelecem normas de beleza, juventude e padrões atléticos, e portanto o envelhecimento, a lesão e a aposentadoria são profundamente problemáticos para a identidade dentro do campo do balé clássico.

A lesão ameaça constantemente destruir o habitus do bailarino clássico, o qual é sustentado por uma complexa disciplina de treinamento, autocontrole e cultura de balé. Devido ao fato de que a identidade do bailarino se origina num habitus de balé desde uma idade precoce, a lesão permanente é uma crise profunda para a incorporação da sua identidade. Deve haver poucas vocações nas quais o status profissional é tão inextricavelmente dependente do perfil atlético do corpo e de sua contínua apresentação em performance dramática. Assim, o estudo da lesão de balé oferece um *insight* potencialmente rico sobre a produção e a destruição de uma identidade ocupacional. Na antropologia médica, há o reconhecimento de que a maioria dos traumas provoca a disrupção da vida cotidiana e portanto da manutenção da identidade (Becker, 1997), mas no mundo do balé a lesão e a ameaça de lesão são uma rotina. Nosso argumento é que o habitus do balé é sustentado pelo senso de disciplina profissional e apego à companhia de balé, e que por meio de uma efervescência coletiva as lesões são sustentadas como um signo de habitus vocacional do bailarino. Refletindo sobre a expressão durkheimiana para as experiências religiosas coletivas (Shilling, 2002, p. 19), sugerimos que a efervescência coletiva é uma estrutura de emoções que é rotineira e dramaticamente reproduzida através de experiências coletivas da dança como uma equipe.

Construcionismo social e o corpo: uma crítica

Construcionismo é uma perspectiva filosófica que tem sido aplicada a uma grande diversidade de temas: matemática, estados médicos, objetos físi-

cos e o comportamento humano em geral. Em certo sentido, construcionismo social é sociologia, na medida em que os sociólogos afirmam que o que parece ser a ocorrência natural de acontecimentos é na verdade um produto das relações sociais, ou mesmo uma relação social. As lesões são naturais, mas seu aparecimento é mediado por relações sociais. Este argumento sociológico, em sua formulação crítica e marxista, costuma ser conhecido como a 'crítica da ideologia', a saber, o desvelamento de estruturas fixas e naturais como meros arranjos de convenção social. Para Marx, o individualismo competitivo do século XIX era um fato relativo às sociedades capitalistas e não um fato natural. Na sociologia contemporânea, o construcionismo social tem se tornado influente como orientação teórica, porque a 'guinada lingüística' forçou os cientistas sociais a reavaliarem o legado do que poderíamos chamar 'empirismo naturalista'. A noção de que a realidade social é uma 'narrativa textual' tem se tornado um paradigma poderoso e persuasivo na sociologia, e tem mudado a metodologia de pesquisa social em favor da análise literária (Brown, 1977).

O debate em torno da construção social da realidade tem tido uma importância capital em abordagens sobre o corpo. Por exemplo, é dito comumente que na sociedade contemporânea o corpo humano tornou-se um projeto (Shilling, 1993), e a idéia de que o corpo humano é um objeto cultural tem sido analiticamente importante na crítica sociológica da 'predominância médica' (Turner, 1995). A concepção social do corpo como oposta à concepção naturalista tem sido importante no desenvolvimento do construcionismo social na sociologia médica (Bury, 1987). Nesta exposição, adotamos um ponto de vista crítico em relação ao construcionismo social, com referência especial a uma gama de problemas intelectuais que vem à tona de uma forma aguda na sociologia da dor e da lesão.

O construcionismo como uma perspectiva epistemológica geral é um movimento teórico atrativo nas ciências sociais, especialmente em áreas tais como os estudos de gênero e *queer theory*. O construcionismo fornece uma teoria crítica efetiva que busca solapar as suposições tomadas como dadas a respeito da natureza da realidade social e política. Embora a crítica construcionista possa ser em princípio aplicada a qualquer tema, ela tem sido particularmente significativa na conformação do debate sobre a natureza social do corpo. A noção de que 'o corpo é socialmente construído' tem sido politicamente importante para os movimentos sociais na esfera pública e para o desenvolvimento intelectual da sociologia. O corpo tem se tornado crucial para todo o debate em torno da construção social de estados médicos, onde o empirismo ingênuo tem sido desafiado. Em particular, o construcionismo compreende as doenças como esquemas classificatórios que têm uma história, e que são culturalmente conformados por discursos contemporâneos e devem sua existência a relações de poder.

O debate construcionista baseado na noção de realismo constitutivo (Green, 1993) é altamente provocativo e tem fomentado um paradigma maior para o questionamento do saber tomado como dado do 'modelo médico' (Turner, 1992). *A anatomia política do corpo*, de David Armstrong (1983), fornece uma ilustração útil do impacto da sociologia do conhecimento sobre a

análise histórica da medicina, via um enfoque sobre a dispersão espacial e temporal do corpo humano. As análises e a teoria feminista têm promovido esta crítica histórica dos paradigmas estáticos na medicina, particularmente em relação a estados clínicos tais como anorexia nervosa (Brumberg, 1988). A visão construcionista do corpo tem sido uma plataforma efetiva de ataque às várias formas de reducionismo biológico, em que condições humanas desde a homossexualidade até a xenofobia são interpretadas a partir do 'gene homossexual' ou do 'gene xenofóbico'. No longo prazo, o construcionismo pode se tornar mais ao invés de menos importante, dada a crescente influência política de várias formas de ciências biomédica, incluindo a genética, o darwinismo social, a psicologia evolucionista e outros. Não queremos negar o valor crítico e a força intelectual do construcionismo; ele fornece um poderoso modo de ataque sobre os discursos médicos como formas de legitimação oficial e autoridade. Como tal, ele é um importante modo de retórica para solapar o papel da ideologia na esfera pública. No entanto, o construcionismo tem certas limitações, e é problemático como posição intelectual.

Embora reconheça o poder da posição construcionista na sociologia, este artigo está baseado em quatro críticas fundamentais ao construcionismo. Primeiro, é um erro afirmar que o construcionismo representa uma doutrina única, mais ou menos coerente. Ao invés disso, há diferentes tipos de construcionismo que têm diferentes conseqüências políticas e teóricas. Os diferentes tipos de construcionismo apresentam diferentes descrições da agência humana, e portanto têm implicações muito distintas para o entendimento da relação entre pacientes, médicos e tipos de doenças. Em termos amplos, há um *continuum* na epistemologia construcionista que vai das descrições deterministas (anti-humanistas) dos processos pelos quais a realidade social é construída sem referência significativa à agência humana, às descrições da ação social nas quais a realidade social é construída sem referência significativa aos constrangimentos da estrutura social. Por exemplo, a sociologia, a antropologia filosófica e várias formas de pós-estruturalismo que têm sido influenciadas pelo legado de Michel Foucault tendem a excluir a agência e ver a natureza construída da realidade como socialmente determinada. Por contraste, a crítica feminista das definições médicas ou biológicas da identidade sexual tende a enfatizar o papel da agência na transformação do contexto político de discursos oficiais. Já argumentamos que a noção bourdieuziana da lógica da prática é uma base potente para transcender a oposição convencional entre agência e estrutura.

Segundo, também é comumente afirmado, ao menos implicitamente, que um ataque ao 'essencialismo', nomeadamente, à noção do 'corpo' como um fenômeno natural e universal, é um ataque fatal à possibilidade de uma fenomenologia do corpo. Argumentamos, contrariamente, que se deveria distinguir entre a construção epistemológica do corpo, a ontologia da corporificação e a fenomenologia da corporificação. Essa distinção é particularmente importante na sociologia médica, pois permite ao pesquisador adotar, por um lado, uma postura crítica com respeito à história oficial da doença e da invalidez, e por outro lado permite que ele se envolva com a experiência da doença em

termos da vulnerabilidade do paciente. Por exemplo, o 'corpo deficiente' pode envolver uma análise da origem do 'negócio da invalidez' (Albrecht, 1992) e o papel político e econômico de rótulos estigmatizados, mas a 'corporificação da deficiência' evoca uma agenda de pesquisa diferente, a saber, o estudo do mundo cotidiano da deficiência (Barns, Mercer and Shakespeare, 1999). Pode-se reconhecer a importância política da noção de que a invalidez é socialmente construída sem se rejeitar a tarefa igualmente importante de entender a fenomenologia da deterioração e as experiências de invalidez em termos de ontologia social.

Uma terceira crítica é que o construcionismo, como uma teoria cultural, não fornece respostas convincentes às pesquisas mais importantes em sociologia médica. Por exemplo, uma ilustração da sociologia construcionista é o argumento de que a 'sociedade' é uma coleção de textos. Entretanto, se a sociedade é um conjunto de narrativas textuais, todos os textos são de igual importância? E como poderíamos julgar seu 'peso'? Além disso, algumas categorias médicas ('a criança hiper ativa') são mais socialmente construídas do que outras ('gota')? A lesão repetitiva é uma lesão mais socialmente construída do que a pancreatite? Decerto, o construcionismo social divide estes problemas com as teorias anteriores da ideologia, nomeadamente, o problema de como se mensurar ou entender os efeitos sociais dos discursos, textos ou enunciados considerados como 'ideológicos'. Sem uma metodologia de pesquisa mais robusta, as interpretações sociológicas de textos sociais têm a mesma força (ou falta dela) como interpretações literárias, e a teoria sociológica permanece amplamente 'decorativa' (Rojek and Turner, 2000). A noção da sociedade como um texto não é um paradigma de credibilidade para o entendimento de ações ou práticas, o sentido destas depende crucialmente de sua performance. Em nossa pesquisa, estamos mais interessados com a corporificação e as práticas do que com discursos e efeitos. A terceira crítica ao construcionismo é precisamente que ele negligencia todo o tema da performatividade. Podemos mais uma vez nos valer de um debate existente na sociologia médica, em que a crítica tem observado que 'a materialidade bruta e a realidade inflexível de corpos (doentes) com órgãos são negligenciadas ou minimizadas em favor do corpo sem órgãos ou seu equivalente fabricado foucauldiano' (Williams, 2001, p. 150). Em termos do balé, embora seja certamente possível lê-lo por meio de seu texto coreográfico, este método de estudo seria um método limitado de entendimento do tipo de balé que é constituído por sua performance. Este requer a performance de corpos a fim de existir. Esta observação nos traz a visão de que a estética do balé, como a estética de qualquer performance, não pode ser entendida simplesmente em termos de textualidade. Acima de tudo, a dança envolve uma sensibilidade estética de movimento, e assim a estética racional de Kant fracassa na compreensão da corporificação estética de formas de arte tais como o balé (Shusterman, 1992).

Ian Hacking (1999, p. 35) tem afirmado que

... a metáfora da construção social já teve um excelente valor de choque, mas agora ela se esgotou. De repente, ela ainda pode estar nos libertando para perceber que algo é construído e não parte da natureza das coisas, das pessoas, da sociedade humana.

Esta característica libertadora do choque intelectual do construcionismo provavelmente explica a atração duradoura que o livro de Peter Berger (1963), *Convite à sociologia*, exerce sobre os estudantes. Livro que, entre outras coisas, mostra como aquilo que acreditamos ser na vida cotidiana a natureza inefável do amor romântico é tão somente uma instituição social. A despeito de suas óbvias atrações, o ímpeto intelectual e político inicial por trás do construcionismo pode agora ter se esgotado e, como uma posição epistemológica, ele não é adequado, pelas razões sublinhadas acima. Como já vimos, a crítica ao construcionismo inclui o argumento de que nós precisamos de um entendimento epistemológico das experiências de corporificação para desenvolver uma sociologia compreensiva da saúde e da doença. Precisamos de boas respostas sociológicas para questões básicas, tais como: o que é estar doente? Pode-se multiplicar estas questões mais ou menos *ad infinitum*: o que é ser velho etc... Conforme tentamos demonstrar nesta descrição, nem todas as formas de construcionismo social descartam uma fenomenologia compreensiva da experiência de corporificação. Nossa estratégia teórica é argumentar que o construcionismo pode ser apropriadamente aplicado ao 'corpo', mas ele é menos apropriado como uma análise da 'corporificação'.

Pelo fato de a descrição construcionista de categorias médicas fornecer uma base bastante parcial para uma sociologia médica compreensiva, nosso objetivo é trabalhar rumo a uma posição geral que integre a construção do corpo como um objeto cultural e a corporificação do agente no mundo cotidiano. Queremos entender tanto a classificação quanto a prática dentro de uma única estrutura epistemológica. Esta integração é teoricamente importante para o argumento um tanto convencional de que a sociologia (como a economia e a política) requer uma teoria da ação, e pelo fato de a ação exigir uma agência e um ator, os agentes humanos de ação e interação social são corporificados. Contudo, a sociologia também pressupõe a institucionalização da ação, que as ações sociais estão embutidas em contextos sociais; as ações também exigem rotinização. Em termos de uma teoria convencional dos papéis e das posições de status, a apresentação do *self* requer ações práticas e estratégias, e grupos estáveis de papéis e facilidades situacionais, tais como as instituições. As ações nunca são completamente fortuitas ou individuais; elas são produzidas e conformadas através de instituições. A fim de desenvolver esta sociologia das ações e das instituições, precisamos de uma concepção de corporificação, ao invés de apenas uma teoria dos textos sociais. Em particular, deveríamos buscar desenvolver um entendimento sofisticado da noção básica de corporificação, com o intuito de desenvolver uma visão mais rica do mundo cotidiano.

Lesão de balé: o cenário histórico e institucional

A lesão de balé tem de ser entendida no contexto da mudança histórica. A globalização do balé tem colocado uma maior ênfase sobre os bailarinos, que se apresentam numa demanda regular de eventos internacionais. O balé moderno é mais atlético, e se espera que as companhias produzam uma va-

riedade de gêneros e estilos de dança que vá do balé clássico ao moderno (Schonberg, 1990). Em primeiro lugar, enquanto no século XIX e bem na segunda metade do século XX o balé clássico era um componente importante de projetos de nacionalismo cultural, atualmente a formação, o curriculum e a organização financeira do balé estão profundamente globalizados. Instrutores e intérpretes são parte de uma corrente global que conecta os maiores centros e as maiores companhias e torna virtualmente impossível a reprodução de culturas nacionais de balé. Em segundo lugar, o balé também tem sido objeto de um poderoso processo de democratização, que tem sido profundamente crítico dos pressupostos elitistas e de gênero do cânon clássico. Enquanto tem havido um processo de padronização global (com teatros japoneses promovendo formas tradicionais do balé clássico ocidental), também tem havido democratização e diversificação através do apoio público e privado para a dança moderna, coreografia para inválidos, dança popular e artes alternativas. Estas fragmentação e autocrítica têm sido referidas como balé pós-moderno. Estes processos contraditórios de globalização, democratização e fragmentação são uma ilustração perfeita do que os sociólogos têm chamado 'glocalização' (Grau and Jordan, 2000).

Os bailarinos sustentam opiniões muito diferentes a respeito das exigências físicas do balé clássico *versus* o balé moderno. Um importante bailarino, que agora está perto de se aposentar depois uma destacada carreira como professor, enfatizou as dificuldades do balé clássico:

Dexter: As obras clássicas são mais difíceis de fazer que as modernas. Todo mundo está aterrorizado fazendo clássico, porque eles estão muito expostos e todos os conhecem e portanto você tem que ser muito bom. Todos dizem, 'oh, os balés modernos são muito difíceis', mas eles são uma fatia de bolo em comparação. Parece que eles estão chutando suas pernas, não estão na ponta dos pés e estão se jogando. Eles amam fazê-los – eles não acham isso difícil.

Entretanto, no repertório contemporâneo um(a) importante bailarino(a) será geralmente confrontado(a) por um programa diverso, que exige que ele ou ela se movimente entre diferentes estilos coreográficos. O resultado pode ser um maior risco de acidente ou lesão.

Enquanto, como veremos, há uma tendência a considerar o passado histórico do balé em termos românticos e nostálgicos, há um consenso geral de que o balé moderno tornou-se excepcionalmente atlético e exigente. Os corpos dos bailarinos se tornaram mais magros, mais leves e mais atléticos. Um artista mais jovem, que está perto de se aposentar como bailarino, observou que houve mudanças maiores no nível de habilidade e perfil atlético:

Percy: Os níveis técnicos têm se incrementado dramaticamente pelo mundo. Eu quero dizer que se você vir Rudolf [Nureyev] dançando no vídeo e vir alguém como Carlos Acosta desempenhando o mesmo papel, tecnicamente Carlos Acosta é 500% melhor. Mas ele teve presença, e na época de sua carreira ele era quinhentas vezes melhor do que as pessoas há vinte anos atrás. Isto ocorreu de modo assombroso.

Quando você tem alguém como Sylvie Guillem, que tem aquele tipo de corpo, você se pergunta onde isto vai parar. Eu só pergunto o quanto vocês podem levar seus corpos ao limite. O fato é que os corpos têm mudado dramaticamente ao longo dos anos... Eu acho que a dança tem avançado como a evolução da espécie humana. Os corpos mudarão para se adaptar a fazer mais e melhores coisas. Ele está mais atlético do que era há vinte anos atrás.

Como a dança tem se tornado mais exigente, tem também se tornado mais profissional e mais corporativa. As maiores companhias agora têm um serviço substancial de orientação e aconselhamento terapêutico com departamentos de fisioterapia que consistem de fisioterapeutas habilitados, massagistas, Pilates (ginástica de postura) e professor de condicionamento corporal (Bronhorst et al, 2001). Psicólogos, pediatras e osteopatas também assistem os bailarinos. A companhia moderna de dança tenta evitar a lesão assegurando-se de que seus bailarinos estão em forma e que seus corpos estão fortes e saudáveis através do treinamento e da dieta (Brinson and Dick, 1996; Ryan and Stephens, 1997; Koutedakis and Sharp, 1999).

Um bailarino aposentado, que atualmente faz parte do *staff* administrativo do Royal Ballet, comparou as diferenças no controle da lesão no balé moderno nestes termos:

Rudolph: No passado, o efetivo nível técnico que as pessoas estavam desempenhando era menor, mas elas compensavam isso de outros modos. Seus corpos não haviam sido aperfeiçoados até o grau que eles são agora. É a mesma coisa que ocorre com o atletismo, não é mesmo? Agora você tem pessoas como Linford Christie e olha de volta para os dias de Chariots of Fire. Eu acho que elas são muito mais aperfeiçoadas. Eu não sei se é o regime que melhorou, ou uma atitude muito mais profissional.

A maioria dos bailarinos em nossa amostra era consciente de maiores mudanças na dieta e nos exercícios. Uma bailarina famosa, que agora é instrutora (*repetiteur*), comentou ironicamente a respeito de sua própria carreira:

Lisa: Bem, certamente este negócio de dieta é muito novo. Comer a coisa certa para evitar lesões e coisas do tipo. Quase que era um pouco tarde para mim. Eu era do tipo que comia qualquer coisa e de fato nunca me mimava numa academia ou coisa assim.

O cenário ocupacional e a carreira de bailarino

A maioria dos bailarinos profissionais dá início à sua entrada no mundo da dança antes dos oito anos de idade (Hamilton, 1998). Sua formação envolve um intenso e prolongado período de prática. Muitos dos bailarinos que entrevistamos comentaram a respeito da dedicação e da disciplina que é exigida para dançar. Pelas suas identidades serem investidas no mundo da dança, uma lesão que interrompa abrupta e irrevogavelmente suas carreiras é a maior ameaça às suas identidades. Começamos a coletar narrativas destas

interrupções trágicas. Aqui está um exemplo de uma jovem cuja carreira terminou completamente por conta de uma lesão:

Pesquisador: Você quer me falar a respeito das lesões que lhe fizeram parar?

Sally: A lesão que me fez parar foi um problema nos quadris. Basicamente, toda vez que eu chutava a minha perna no ar, acontecia que eu estava deslocando os meus quadris. E isto estava desgastando minhas articulações, então eu fui procurar um especialista, pois era bastante doloroso, o estalo era bastante perturbador. Então fui falar com eles e eles disseram: 'Deixe de dançar agora ou você vai ficar numa cadeira de rodas aos trinta anos'. Então pensei: 'Hum, vamos pensar sobre isso por um segundo'. Mesmo sendo dito aquele tipo de coisa, dar realmente aquele passo seria um deslocamento muito grande – pois ele disse, sabe, 'Você tem que parar agora' –, não era o mesmo que dizer: bem, eu vou continuar por mais um mês, mais ou menos. Era o caso de 'você tem que parar agora'.

Pesquisador: E que idade você tinha então?

Sally: quinze anos.

Interrupções de carreira exigem um considerável reajuste das atividades cotidianas, das ambições e das auto-identidades. Muitos bailarinos mantêm um interesse pela dança, mas com frequência eles são forçados a encontrar autodefinições alternativas se suas lesões impossibilitarem completamente a continuidade com a dança. Na ausência de aulas, eles correm o risco de ficar fora de forma e acima do peso – imagens do corpo que são incompatíveis com suas autodefinições anteriores.

Apresentação e interpretação da lesão

O balé clássico é uma profissão na qual a dor é uma característica mais ou menos permanente da carreira. Na verdade, se poderia argumentar que a permanência da dor é uma medida da validade do carisma de um chamado. Esta jovem, que foi forçada a abandonar o balé por conta de uma lesão no joelho, expressou a necessidade da dor da seguinte maneira:

Pesquisador: Vamos falar sobre lesões... Podemos?

Sally: Eu não penso nelas como lesões. Você sabe que o que você está fazendo são coisas que você pode fazer e posições que outras pessoas podem fazer, então de alguma maneira você percebe que não é tão normal. E então você sempre tem dores, o que está incluído no pacote, e se você não tem dores então você não está atuando, você não está indo longe o bastante. Portanto, em alguma medida a dor é construída na disciplina do balé. Parte da disciplina é ter dor.

Os bailarinos são forçados a tomar analgésicos como rotina para controlar a dor a fim de atuar (Bull, 1999). O estilo de vida estressante do balé

moderno dá origem a muita especulação sobre se os grandes bailarinos do passado eram mais duros e mais fortes. Em todas as entrevistas houve um tema contraditório: os bailarinos modernos são mais atléticos, mas as gerações anteriores ou eram mais impassíveis ou mais fortes. Um professor de dança demonstrou-se preocupado com as exigências em torno dos bailarinos modernos:

Dominic: Em termos puramente físicos, eu acho que nós estamos pedindo demais destes corpos jovens. Eu me preocupo com sua dieta. A metade deles não se alimenta de forma apropriada... Nós dançávamos sobre o concreto, o que era terrivelmente perigoso. Eles devem estar aptos para ter uma longa vida de vinte a vinte e cinco anos de sucesso.

Mais uma vez encontramos o tema do perfil atlético do bailarino moderno nesta entrevista:

Dominic: Nós não éramos atletas assim. Nós estamos produzindo esses tais excelentes cavalos de raça agora; eu acho que eles são mais suscetíveis às lesões do que nós éramos, porque apenas o mais duro sobrevivia.

Há obviamente uma medida de capital cultural investida nestas mudanças geracionais, onde no passado apenas o bailarino heróico sobrevivia. Em uma outra entrevista, sentimentos de desprezo pelo moderno 'bailarino chorão' foram expressos por este professor:

Pesquisador: Você acha que agora mudou? Eu li que Nureyev teria continuado mesmo se ele quase quebrasse a perna!

Oscar: Absolutamente! Oh, querido, eles são terríveis, terríveis aqui nessa companhia... Bem, eu quero dizer que eu dançava com uma distensão no tornozelo, eu dançava pra valer com uma distensão no tornozelo, uma distensão!

Dada a presença de uma tal lesão permanente, a aposentadoria e a ameaça de aposentadoria são aspectos importantes da carreira de um bailarino. Este problema é particularmente agudo, dado o fato de que a carreira de dança, mesmo sob condições ideais, é relativamente curta. A nostalgia parece ser uma atitude irresistível, pois a idade avançada é particularmente problemática para pessoas cujas vidas foram dedicadas ao emagrecimento e à boa forma. O corpo jovem e anoréxico é subjetivamente a imagem ideal da bailarina. Esta jovem nos disse:

Clarrissa: Você não quer crescer e ter ares de mulher adulta. Você quer ficar sem peito, ser muito pequena, muito, muito magra, o tempo todo.

Pela idade avançada ser difícil, esta bailarina aposentada disse:

Megan: Eu acho a idade avançada assustadora, do ponto de vista de ser fisicamente decrépita. Eu não gosto da idéia. Isso me assusta. Tendo construído uma vida base-

ada na boa forma... Eu faço sessenta anos agora e eu penso 'Oh, Deus! Para onde foi tudo isso?'

Tentar se afastar do palco é como se livrar de um vício. Uma outra bailarina disse:

Dudley: É uma doença. É uma doença mental. Eles não podem se afastar do palco.

Afastar-se do palco pode envolver uma reinvenção de suas identidades, um novo modo de apresentar o *self*:

Dudley: Aquelas lesões fizeram eu me repensar, eu tive que fazer isso, e eu uso a palavra muito fortemente. Eu tive que me reinventar.

O estudo da trajetória dos bailarinos aposentados é portanto muito interessante e complexo. Muitos bailarinos mudam de 'papéis', embora eles possam transitar em outras companhias ou grupos de dança menos prestigiados. Outros bailarinos se transferem para funções administrativas ou educacionais. Em geral, o Royal Ballet dá muito suporte aos bailarinos e tenta ajudá-los fora de uma carreira de dança, numa vida produtiva. A própria companhia é com frequência tratada e comentada como se fosse uma família (Bland, 1981). A coesão social interna é importante para o sucesso da companhia, mas isso também torna mais difícil a aposentadoria e a partida. Os bailarinos têm amigos íntimos na companhia e a manutenção de uma vida familiar normal é difícil porque eles gastam muito tempo na estrada. Mais uma vez este fato sobre a dança produz tipicamente uma narrativa nostálgica na qual muito poucos bailarinos se arrependem de suas carreiras. O tom comemorativo das biografias oficiais de bailarinos famosos é bem capturado nas memórias de Sybil Spencer, que, ao recordar mais de cinquenta e cinco anos de carreira, disse da 'sempre difundida admiração e alegria de estar de qualquer forma associada com a grande arte do balé' (Spencer, 1985, p. 160). A disciplina para produzir um tipo particular de *self* e seu *habitus* é importante para assegurar este nível de lealdade ocupacional, a despeito do inevitável afastamento da performance que o envelhecimento impõe.

Conclusão e discussão: para uma teoria dos apogeus naturais

Está claro que a lesão destrói a corporificação dos bailarinos clássicos, para quem a dor e a lesão são uma realidade sempre presente em suas vidas profissionais. Simultaneamente, a institucionalização do balé tem um impacto direto sobre a forma e a apresentação da lesão. Embora na companhia moderna os bailarinos se mantenham em forma a fim de evitar lesões, ao mesmo tempo o repertório de dança de uma forma de arte global é mais exigente. Neste sentido, a lesão de balé é socialmente construída, pois se pode esperar de um bailarino que ele dance com um certo nível de distensão ou lesão. Podemos também dizer que a formação e a disciplina constroem a materialidade

do corpo, e assim os próprios bailarinos comentaram sobre como o corpo atlético do bailarino moderno é um fenômeno diferente dos corpos de bailarinos tais como Harold Turner ou Ursula Moreton nos anos 1930. Esse corpo construído está então localizado na rede institucional da companhia moderna. O espírito da companhia, sua solidariedade durkheimiana é tal, que se espera que o bailarino controle a dor. A disciplina e a vocação de sua arte demandam isto. Balé profissional não é apenas algo que você faz – é algo que você é, e portanto ser um bailarino é uma corporificação de identidade. Conseqüentemente, é extraordinariamente difícil, às vezes até impossível, não dançar com um ‘corpo lesionado’.

Vimos que uma certa parcela de nostalgia sobre a era de ouro é um aspecto da carreira de balé. Da perspectiva de um participante, há uma história natural para a lesão, e nós deveríamos chamar esta história de uma teoria natural dos apogeus.

Neste relato de pesquisa, tentamos demonstrar como uma descrição compreensiva da lesão entre bailarinos teria que tratar dos cenários institucional e social da lesão, que constroem as condições sob as quais a lesão é possível e a corporificação das práticas que constituem o habitus do balé. Seguindo o argumento de Baldamus, lesões maiores, como um dedo quebrado ou um joelho machucado, podem terminar a carreira de um bailarino profissional a qualquer momento, mas a tradução de problemas menores em uma lesão séria é filtrada através do corpo social dos bailarinos. Um argumento do senso comum contra o construcionismo social é que uma perna quebrada deve impedir um bailarino de atuar, mas a maioria dos bailarinos clássicos continua a atuar mesmo com dor e lesão. Também está claro que o compromisso vocacional do bailarino clássico, a efervescência da dança e o espírito do *corps de ballet* implicam que um bailarino lesionado continue dançando – geralmente com o apoio de fisiologistas, psicólogos e professores de balé. A comunidade afetiva da companhia de balé sustenta o habitus prático. Neste sentido, imaginamos o mundo do bailarino por meio da contemplação sociológica da análise durkheimiana do ritual da vida do povo de Arunta. Uma compreensão efetiva dos rituais e realidades da dor exige uma sociologia da corporificação do bailarino lesionado e uma análise da construção social de lesões do corpo, em que a substância da dor é canalizada e tornada manifesta através dos *corps de ballet* coletivos e reais. Podemos chamar adequadamente estes fenômenos sociais de formas elementares da lesão de balé.

Referências bibliográficas

- ALBRECHT, G. L. (1992). *The Disability Business. Rehabilitation in America*. Newbury Park: Sage.
- BARNES, C., MERCER, G. and SHAKESPEARE, T. (1999). *Exploring Disability: a sociological introduction*. Cambridge: Polity Press.
- BECKER, G. (1997). *Disrupted Lives. How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley: University of California Press.

- BENDELOW, G.A. and WILLIAMS, S. J. (1995). 'Transcending the dualisms: towards a sociology of pain'. *Sociology of Health and Illness*, 17(2):139-65.
- BERGER, P. L. (1963). *Invitation to Sociology*. Garden City, NY: Doubleday.
- BLAND, A. (1981). *The Royal Ballet: The first fifty years*. New York: Doubleday.
- BOURDIEU, P. and WACQUANT, L. (1992). *An invitation to Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- BOURDIEU, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BOURDIEU, P. (1984). *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge
- BRINSON, P. AND DICK, F. (1996). *Fit to dance: The report of the national inquiry into dancers' health and injury*. London: Calouste Gulbenkian Foundation.
- BRONHORST, P. RIJVEN, M. ROES, A. SIRMAN, R. STAINES, M. and WUERSTEN, S. (2001). *Not just any body: Advancing health, well-being and excellence in dance and dancers*. Ontario: Ginger Press.
- BROWN, R. H. (1977). *A Poetic for Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BRUMBERG, J. J. (1988). *Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge: Harvard University Press.
- BUCKLE, R. (1971). *Nijinsky*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- BULL, D. (1999). *Dancing away: A Covent Garden diary*. Methuen: London.
- BURY, M. R. (1987). 'Social constructionism and the development of Medical Sociology'. *Sociology of Health and Illness*, 8(2): 137-69.
- DURKHEIM, E. (2001). *The elementary forms of the religious life*. Oxford: Oxford University Press.
- FOWLER, B. (1997). *Pierre Bourdieu and Cultural Theory: Critical Investigations*. Thousand Oaks: Sage.
- FOUCAULT, M. (1997). 'Technologies of the self'. *Michel Foucault. Ethics. The Essential Works 1*. London: Allen Lane, pp. 223-52.
- FRALEIGH, S. H. and HANSTEIN, P. (1999). *Researching dance, evolving modes of inquiry*. London: Dance Books.
- FRALEIGH, S. H. (1995). *Dance and the lived body*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- FRANKO, M. (1993). *Dance as text: ideologies of the baroque body*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GRAU, A. and JORDAN, S. (eds.). (2000). *Europe Dancing*. London and New York: Routledge.
- GREEN, B. S. (1993). *Gerontology and the construction of Old Age. A Study in Discourse Analysis*. New York: Aldine de Gruyter.
- HACKING, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press
- HAMILTON, L. H. (1998). *Advice for dancers: Emotional counsel and practical strategies*. San Francisco: Jossey-Bass.
- HAMMERSLEY, M. and ATKINSON, P. (1995). *Ethnography: Principles in practice*. London : Routledge.
- JENKINS, R. (1992). *Pierre Bourdieu*. London: Routledge.

- KELLY, M. and FIELD, D. (1996). 'Medical sociology, chronic illness and the body'. *Sociology of Health and Illness*, 18(2): 241-57.
- KOUTEDAKIS, Y. and SHARP, N. C. C. (eds.). (1999). *The fit and healthy dancer*, Chichester: Wiley.
- LEDER, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- LEVIN, D. M. (1990). 'Postmodernism in dance: Dance, discourse and democracy' in SILVERMAN, H. J. (ed.). *Postmodernism – philosophy and the arts*. London: Routledge.
- McGOVERN, P. (2002). 'Globalization or internationalization? Foreign footballers in the English league 1946-95'. *Sociology*, 36(1): 23-46.
- ROJEK, C. and TURNER, B. S. (2000). 'Decorative sociology: a critique of the cultural turn'. *The Sociological Review*, 48: 629-48
- RYAN, A.J. and STEPHENS, R. E. (1997). *The dancer's complete guide to healthcare and a long career*. London: Dance Books.
- SCHONBERG, B. (ed) (1990). *World ballet and dance 1990-1991: An international yearbook*. London: Dance Books.
- SHILLING, C. (1993). *The Body and Social Theory*. Thousand Oaks: Sage.
- SHILLING, C. (2002). 'The two traditions in the sociology of emotions'. in J. Barbalet (ed.). *Emotions and Sociology*. Oxford: Blackwell, pp.10-32.
- SHUSTERMAN, R. (1992). *Pragmatist Aesthetics. Living beauty, rethinking art*. Oxford: Blackwell.
- SPENCER, S. (1985). *Love for dancing*. Liss, Hants: Triplegate.
- TURNER, B. S. (1992). *Regulating bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.
- TURNER, B. S. (1996). *The body and society*. London: Sage.
- TURNER, B. S. (1995). *Medical power and social knowledge*. London: Sage.
- TURNER, B. S. (2001). 'Disability and the sociology of the body'. in G. L. ALBRECHT, K. D. SEELMAN, and M. BURY (eds.). *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks, Sage: 252-266.
- WACQUANT, L. J. D. (1995). 'Pugs at work: bodily capital and bodily labour among professional boxers'. *Body & Society*, 1: 65-93.
- WACQUANT, L. J. D. (1998). 'Flesh peddlers at work: Power, pain and profit in the prize fighting economy'. *Theory & Society*, 27: 1-42
- WEBER, M. (1965). *The Sociology of Religion*. London: Methuen.
- WILLIAMS, S. J. (1995). 'Theorising class, health and lifestyle: can Bourdieu help us?'. *Sociology of Health and Illness*, 17(5): 577-604.
- WILLIAMS, S. J. (1996). 'Medical Sociology, chronic illness and the body: a rejoinder to Michael Kelly and David Field'. *Sociology of Health and Illness*, 18(5): 699-709.
- WILLIAMS, S. J. (1999). 'Is anybody there? Critical realism, chronic illness and the disability debate'. *Sociology of Health and Illness*, 21: 797-819.
- WULFF, H. (1998). *Ballet across borders: career and culture in the world of dancers*. Oxford and New York: Berg.

RESUMO

Corps de ballet: o caso dos bailarinos lesionados

Este artigo contribui para o debate sobre construcionismo social na sociologia da saúde e da doença através de um estudo da lesão entre bailarinos. Neste estudo empírico dos bailarinos clássicos, delineamos uma fenomenologia do corpo lesionado e do envelhecimento em termos de um comentário crítico ao construcionismo. Nós exploramos as experiências de corporificação dos dançarinos para ilustrar nossa crítica às recentes interpretações da dança como uma prática textual. Essas formas de construcionismo que definem o corpo como um texto fornecem um poderoso ataque aos discursos de autoridade e legitimação, mas argumentamos que elas são problemáticas como epistemologias e ontologias da corporificação. Por meio de uma compreensão epistemológica das experiências de corporificação, observamos como a lesão e o envelhecimento promovem uma ruptura das realizações práticas que firmam o habitus de balé e a identidade do dançarino. Embora as lesões possam pôr fim à carreira de um dançarino, elas são aceitas como uma parte inevitável da vocação do balé. Nosso objetivo é entender a interação entre as lesões, as experiências de desconforto dos dançarinos e o apoio social que emerge dos bailarinos como um grupo social. Nós fazemos uso dos conceitos de solidariedade social e consciência coletiva em Émile Durkheim para demonstrar que a lesão é mediada através da coesão social dos dançarinos em uma companhia de balé profissional, onde a lesão é aceita como um signo de compromisso vocacional, e sugerimos que essa 'efervescência coletiva' dá um novo sentido à idéia de um *corps de ballet*.

Palavras-chave: construcionismo, corpo, corporificação, lesão, dor, fenomenologia, aposentadoria.

ABSTRACT

Corps de Ballet: the case of the injured ballet dancer

This paper contributes to debate on social constructionism in the sociology of health and illness through a study of injury among ballet dancers. In this empirical study of classical ballet dancers, we outline a phenomenology of the injured and ageing body in terms of a critical commentary on constructionism. We explore dancer's experiences of embodiment to illustrate our critique of recent interpretations of dance as a textual practice. Those forms of social constructionism that define the body as a text provide a forceful attack on discourses of authority and legitimation, but we argue that they are problematic as epistemologies and ontologies of embodiment. Through a phenomenological understanding of the experiences of embodiment, we observe how injury and ageing disrupt the practical accomplishments that underpin the ballet habitus and the dancer's identity. Although ballet injuries can terminate a dancing career, they are accepted as an inevitable part of the vocation of ballet. Our aim is to understand the interaction between injuries, dancers's experiences of discomfort and the social support that emerges from the ballet dancers as a social group. We draw on the concepts of social solidarity and collective consciousness in Emile Durkheim to show that injury is mediated through the social bonding

of dancers into a professional ballet company, where injury is accepted as a sign of vocational commitment, and suggest that this 'collective effervescence' gives a novel meaning to the idea of a corps de ballet.

Keywords: construcionism; body; embodiment; injury; pain; phenomenology; retirement.

Recebido para apreciação: novembro de 2003

Aprovado para publicação: março de 2004

RE-EXAMINANDO A “GENETIZAÇÃO”: ÁRVORES FAMILIARES NA
GENÉTICA DO CÂNCER DE MAMA*

Sahra Gibbon**

Em meados da década de 1990, a genética clínica de câncer de mama passou à vanguarda dos desenvolvimentos da nova genética depois da identificação de dois genes de suscetibilidade, BRCA1 e BRCA2. De todos os casos de câncer de mama, acha-se que apenas 5 a 10% estão associados a tais genes e a testagem genética está ainda engatinhando (Eccles et al, 2000), embora tenha emergido na dianteira de uma crescente esfera de serviços de genética clínica (Wonderling et al, 1999).

A possibilidade de testagem genética preditiva para o câncer de mama atraiu interesse do público e da mídia (Henderson e Kitzinger, 1999), embora tal interesse tenha sido caracterizado tanto por esperança como por muita sensação (*hype*) sobre as conseqüências do aparente avanço dos poderes de predição da medicina. Não é surpreendente, portanto, que muito do debate “ético” gerado por tais avanços tenha sido definido de um modo bem limitado. Este debate tem focado especialmente as ramificações sociais e psicológicas da testagem preditiva no caso do pequeno número de indivíduos que passam por tais procedimentos.

Além disso, a abordagem de “impacto” tem influenciado bastante a pesquisa social e os trabalhos escritos das políticas públicas, que examinam os desenvolvimentos da nova genética (veja Kaufert, 2000). Neste contexto, o discurso explícito ou presumido de “genetização” tem alcançado rendimento teórico. Baseado na obra de Abby Lippman (1992), este esquema analítico sugere que uma “nova cartografia do corpo” vem sendo produzida na aplicação do novo conhecimento sobre genética na arena clínica e vem “redefinindo o que é saúde, doença e enfraquecimento num modo essencialista e biologicamente determinado” (Lippman, 1992, p. 34). É um ponto de vista que ecoa nos trabalhos que exploram as amplas conseqüências culturais dos desenvolvimentos da tecnologia e do conhecimento genético (Hubbard e Wald, 1992; Nelkin e Lindee, 1995). Outros autores têm seguido também essa mesma abordagem, como uma descrição dos “efeitos” dos desenvolvimentos da genética

* Artigo originalmente publicado, sob o título “Reexamining Geneticization: Family Trees in Breast Cancer Genetics”, em *Science as Culture*, vol. 11, n.4, 2002. Tradução: Carlos Guilherme do Valle, professor adjunto de Antropologia (UFPB).

** Gostaria de agradecer a ajuda, as idéias e comentários de todos aqueles que leram versões preliminares deste artigo, sobretudo Nanneke Redclift, Murray Last, Margaret Lock, Ann Kerr, a equipe editorial de *Science as Culture* e Sara Skodbo. Agradeço igualmente a todos os que tomaram parte da pesquisa que realizei.

entre as mulheres que individualmente passam por aconselhamento e testagem em clínicas genéticas de câncer (Flinker, 2000; Hallowell, 1999).

A noção de genetização põe em relevo as conseqüências sociais dos desenvolvimentos rápidos e recentes da genética, além de destacar sua tradução nas arenas mais amplas, tais como nos cuidados em saúde. Contudo, acaba deixando pouco espaço para saber quais são os mecanismos sociais que podem realmente produzir um processo de genetização porque, tal como boa parte do discurso público sobre a nova genética, a noção é casada a um modelo de "impacto". As relações complexas que constituem as práticas dinâmicas das consultas médicas estão na sua maioria ausentes de tais relatos. Por conseqüência, um modelo de ação e impacto unilinear é sugerido ou presumido, o que sobredetermina ou exagera a agência dos profissionais de saúde bem como nega o próprio investimento e as ações dos pacientes. Este modelo fracassa, assim, em reconhecer as intrincadas redes de agência e contrangimento que afetam ambos os lados da divisa entre profissional e leigo, que constitui esta recém-criada arena de prática médica.

Todavia, um número de estudos recentes, que tratam das respostas dos pacientes aos desenvolvimentos da genética e do conjunto de novas tecnologias e conhecimento de saúde, tem começado a desafiar a forte tese de medicalização, implicada pela noção de genetização (Rapp, 1999; Martin, 1998; Lock e Kaufert, 1998; Cussins, 1996). Tal como os autores que examinam mais amplamente o entendimento público da ciência (Irwin e Wynne, 1996; Kerr et al., 1998), tem-se procurado desafiar a noção do paciente e do público leigo como ignorantes e passivos na variedade de arenas sociais.

Evidentemente, devemos ter muito mais estudos empíricos a fim de entender os modos variados e diferentes que tanto pacientes como públicos respondem e agem diante do conhecimento médico e científico mais novos ou complexos. Chamando a atenção e avançando na direção dos estudos que têm seguido por esta via, este artigo procura entender os modos nos quais os pacientes e os profissionais de saúde estão mutuamente implicados no caso da genética clínica do câncer de mama. Portanto, este texto responde à necessidade de novas análises que ampliem o foco a respeito das características e práticas que constituem a pesquisa social empírica da nova genética (Kaufert, 2000).

Nas pesquisas antropológicas recentes das novas tecnologias de saúde, a conjunção entre 'etnociência' e 'tecnociência' tem possibilitado um pano de fundo analítico para a abordagem adotada neste artigo (Nader, 1996; Casper e Koenig, 1996; Lock et al., 2000). A antropologia médica tem se preocupado tradicionalmente com as "redes semânticas" (Good, 1994) e com os "enunciados narrativos" (Lock, 1998) de pacientes e, mais recentemente, dos profissionais de saúde. Contudo, o interesse pelo "significado" tem sido revigorado através do enfoque da "materialidade", que tem feito parte por longo tempo dos estudos de Ciência e Tecnologia. A aplicação da *Actor Network Theory* (Latour, 1987) em "ambientes laboratoriais" e outros tem demonstrado como as tecnologias, o conhecimento, as práticas e os produtos científicos estão tecidos à cultura e à sociedade em numerosos modos constitutivos (Fujimura, 1996).

Este artigo baseia-se nas idéias teóricas e metodológicas produzidas por este cruzamento de abordagens ao tomar uma das práticas e produtos materiais das clínicas genéticas como ponto inicial para examinar as dinâmicas relações sociais da genética de câncer da mama. Contudo, o foco escolhido não é a relativamente rara prática de testagem genética, mas uma outra "tecnologia", amplamente encontrada, embora bastante obscura: a produção e uso das árvores familiares¹.

O enfoque da testagem preditiva, que predomina na abordagem de "impacto" de muitos estudos sociais da nova genética, mascara o fato da testagem genética não ser atualmente uma prática médica disseminada. As limitações atuais desta testagem, seja pela tecnologia como pelo conhecimento alcançado, associam-se ao alcance temporal restrito do procedimento e à natureza inconclusiva de muitos testes, o que vem resultar, até agora, em um número relativamente pequeno de pessoas identificadas como portadoras de um dos dois genes já descobertos (Eccles et al., 2000; Ponder, 1999; número especial de BMJ, 2001, p. 322). Considerando estes diversos impedimentos, os genes são realmente, como uma paciente disse, "coisas que você não pode ver", não apenas para grande número das pacientes, mas também, de modo relevante, para os profissionais de saúde. Neste contexto, a história familiar de uma pessoa, reproduzida na forma de uma árvore clínica familiar, tem um papel crucial. Este artigo examina, assim, o modo em que estes e outros instrumentos visuais são produzidos e usados na clínica, mostrando como eles são componentes centrais dos "novos espaços divinatórios da genética de câncer da mama" (Lock, 1998, p. 11)

Esta pesquisa faz parte de minha pesquisa de doutoramento sobre os aspectos sociais e culturais dos desenvolvimentos da genética de câncer de mama. Os dados apresentados resultam de oito meses de pesquisa etnográfica em uma clínica genética de câncer de um hospital da rede pública de saúde inglesa (NHS, National Health Service) em Londres. Incluiu a observação de consultas, que também chamo de encontros clínicos, entre profissionais de saúde e um conjunto de pacientes em etapas diferentes da chamada "avaliação de risco". A pesquisa incluiu discussões informais e entrevistas com um número de profissionais de saúde e com uma população específica que frequentava a clínica genética de câncer pela primeira vez. Estas clínicas são unidades de saúde relativamente novas, que apareceram por volta de dez anos atrás, mas cuja existência decorre, sobretudo, da descoberta e da aplicação de conhecimento genético associado aos genes BRCA. De início, havia um arranjo *ad hoc* pelo qual as clínicas genéticas operavam, qual seja, elas foram criadas a partir de unidades especializadas de rastreamento de câncer de mama ou, então, de clínicas de tratamento familiar em hospitais específicos ou, mais raramente, associadas a centros genéticos regionais. No fim da década de 1990, o direcionamento orçamentário do NHS pelo governo inglês resultou, porém, na criação de clínicas genéticas de câncer em quase todos os centros genéticos

¹ Meu enfoque sobre os objetos e as práticas materiais é baseado igualmente no estudo de Sara Skodbo (2001).

regionais. Estas clínicas empregam uma equipe de profissionais, incluindo médicos geneticistas treinados no tratamento de desordens genéticas, oncologistas trabalhando com genética e um conjunto de enfermeiras especializadas. Embora sirvam às pessoas que sofrem do risco de grande número de tipos de câncer envolvendo genes e transmissão genética, as consultas do risco de câncer de mama continuam a prevalecer nestas clínicas (Wonderling, 1999)².

O imperativo visual das árvores clínicas familiares

Durante o processo inicial de avaliação de risco em uma clínica genética de câncer, uma parte crucial da consulta ou encontro médico envolve o ato de tomar a história da família e desenhar uma árvore ou um *pedigree* familiar, tal como é chamado às vezes pelos profissionais. As primeiras consultas, se na presença de um geneticista, de uma enfermeira especializada ou de um oncologista genético, começam quase sempre com uma discussão da história familiar. No lugar onde realizei pesquisa, a discussão era precedida na maioria das vezes pela produção de uma árvore familiar, cuja impressão era feita a partir das notas médicas personalizadas. Ela era colocada sobre a mesa diante da paciente e do profissional de saúde.

As árvores familiares e as genealogias têm evidente significado e *status* icônico familiar como instrumentos para traçar e representar descendência para muitas pessoas fora do ambiente médico. Traçar a história familiar tornou-se uma atividade popular e faz parte de uma indústria lucrativa disseminada no contexto euro-americano. Estes tipos de gráficos genealógicos mapeiam comumente as relações de parentesco na forma linear de uma “árvore”, incluindo documentação detalhada de nomes, datas ou lugares de nascimento e morte dos ancestrais. Frequentemente, outros detalhes históricos das vidas de parentes podem ser incluídos, tais como a ocupação da pessoa ou seu lugar de residência.

As histórias clínicas familiares replicam a forma visual comum das árvores genealógicas familiares. Contudo, ícones específicos são usados como uma abreviação para gênero, doença e morte na família. Desse modo, o que impressiona no caso das árvores familiares é o impacto visual de uma variedade de símbolos, quando elas são apresentadas ou desenhadas no início da consulta. Dentre os símbolos, incluem-se círculos negros, outros que são preenchidos pela metade ou somente por um quarto, outros que são quadrados, representando respectivamente uma mulher com câncer e mulheres e homens com outros tipos de câncer na família. Círculos e quadrados cruzados representam aquelas pessoas que já faleceram e círculos e quadrados brancos são usados para denotar membros saudáveis de uma família. Na apresentação inicial da árvore clínica familiar, estes símbolos referem-se em sua maioria das crianças da família.

² As consultas médicas podem ser entendidas como “encontros clínicos” porque são perpassadas por uma relação essencialmente dinâmica entre os profissionais de saúde e suas pacientes nas clínicas genéticas de câncer.

Além disso, muitos elementos da representação usual das árvores genealógicas familiares ficam ausentes. No início da consulta, não é feita referência a muitas outras relações, tais como os primos, as tias e tios ou parentes por afinidade. Esta separação visual dos mortos ou doentes diante dos saudáveis e a possibilidade de compartilhamento de genes a fim de entender a história de câncer na família parece ser estimulada e intensificada pelo uso de símbolos icônicos e pela omissão de outras partes significantes da genealogia de uma pessoa. Pode-se argumentar que a árvore clínica familiar apresentada pelo médico à paciente representa e reproduz uma narrativa biomédica reducionista sobre os genes e sobre risco. Como tal, poderia parecer instrumental para o processo de genetização.

Em alguns encontros clínicos, não resta dúvida que esta representação da história familiar pode contribuir para tal processo, mas limitar a análise apenas para este efeito endossa um modelo unilinear de ação e agência de cima para baixo, revelando pouco sobre as intenções dos profissionais de saúde e dos investimentos das pacientes. O(s) significado(s) das árvores clínicas familiares não podem ser entendidos ou explicados em relação a um exemplo isolado e estático de consulta médica. Revela-se um conjunto mais inter-relacionado de expectativas e limites ao se mapear os investimentos compartilhados e o *continuum* de ações de ambos os lados da distinção leigo/profissional, que precede e segue à apresentação da árvore familiar.

Examinar a produção destas árvores como parte de um conjunto de práticas coletivas expõe os significados diversos dos instrumentos visuais. Este artigo mostra como as árvores clínicas familiares adquirem muito de sua "força" por serem tanto uma forma de genealogia familiar como, simultaneamente, um tipo de *pedigree* científico nas consultas médicas. Ao examinar o poder "teórico-visual" das árvores familiares como parte de uma tradição iconográfica européia, Mary Bouquet (1994) mostrou que estas representações visuais exerceram historicamente um "considerável poder transformador entre domínios" (Bouquet, *idem*, p. 54). Ao explorar os modos de operação alcançados pelos tipos sagrado, secular e científico de árvore familiar, ela revelou as extensas apropriações que se processaram entre estas diferentes formas situadas historicamente. Bouquet sugere que foi precisamente a ressonância entre estes tipos diferentes de árvore familiar que contribuiu para o "tom moral e o forte efeito visual" do emergente método genealógico na Antropologia do começo do século XX (*idem*, p. 43). Um processo similar pode ser discernido na recém formada arena de cuidados médicos da genética do câncer, onde a fronteira entre a genealogia familiar e o *pedigree* científico é confundida ou embaçada por meio da criação e do uso de árvores clínicas familiares.

Este artigo pretende discutir o modo que estes objetos são usados e produzidos nas consultas clínicas. As intenções por detrás de tais práticas e suas conseqüências são destacadas primeiro pelos profissionais e depois pelas pacientes. Contudo, esta estrutura analítica separa, tal como os exemplos aqui descritos demonstram, o que é, na verdade, um processo relacional e interativo. A primeira parte da discussão mostra como, para as pessoas que trabalham na clínica, estes instrumentos visuais têm funções e significados diversos, o

que sugere que não se pode reduzir as árvores familiares ou, então, as ações dos profissionais, quando as produzem, como um processo linear de genetização. Apesar do fato de que as árvores familiares, junto de outros instrumentos visuais, são utilizados poderosamente no encontro clínico a fim de sustentar e reproduzir as prerrogativas ao conhecimento e à competência médica, todos eles ajudam a engendrar o “holismo”, ressaltando a base ética das práticas preditivas. Além disso, os limites e restrições contínuas dos profissionais de saúde são centrais para entender os significados diferentes das árvores familiares nesta arena de prática médica.

A segunda parte do presente artigo aborda os modos pelos quais as pacientes são agentes ativos regulares na produção de árvores clínicas familiares. Estes objetos visuais têm significação e conseqüências importantes também para elas. Para as pacientes, eles parecem prover não somente evidência científica de risco, mas também dão nova esperança bem como significado à noção de uma genealogia familiar orientada para o futuro. Todavia, as práticas da clínica, inclusive a produção da árvore familiar, às vezes repercutem negativamente dentro das famílias, potencialmente fissurando a promessa de um futuro diferente.

Ao destacar a dinâmica social em múltiplas camadas, revelada através da investigação de um aspecto da genética clínica, qual seja, a produção e uso de árvores clínicas familiares, mostro como os desenvolvimentos da genética de câncer da mama não podem ser facilmente entendidos pelos parâmetros de um modelo de “impacto”. A rede de ações inter-relacionadas, investimentos compartilhados, restrições e conseqüências desiguais que caracterizam as consultas médicas abordadas aqui exige um re-exame da noção de genetização.

Parte 1 - Árvores familiares no contexto da prática profissional

A primeira parte deste artigo trata dos modos em que as árvores familiares são produzidas e usadas por profissionais de saúde e do modo em que estas ações são explicadas e entendidas por eles mesmos. Logo no início das primeiras consultas, as práticas conduzidas por eles envolvem a apresentação visual da história familiar, o que consiste em parte de um conjunto de ações que criam e usam a árvore clínica familiar.

Investigando o contexto social da família e visibilizando a ética

No começo das primeiras consultas, a maioria dos médicos tem, como prioridade, de confirmar com a paciente se os detalhes da história familiar estão corretos. Estes detalhes são reunidos tanto por meio de informação coligida a partir da ficha médica ou do formulário sobre a história familiar, preenchido pela paciente antes de atender a clínica. O processo de confirmação dos dados durante a consulta é rapidamente seguido por um esforço de ampliar a história familiar, anotando a representação inicial da história familiar da paciente, desenhada antes da consulta marcada. Algumas questões po-

dem ser feitas a respeito de irmãos, irmãs, tias, tios e primos que podem não ter sido ainda incluídos.

Contudo, o fato de estabelecer que os casos de câncer e de doença na família, as idades, as datas de diagnóstico ou as de morte tenham sido corretamente reproduzidas, assim como ampliar a árvore familiar, quase nunca é um simples procedimento de checagem. Confirmar os nomes de parentes e falar sobre os detalhes da história familiar evoca freqüentemente muito mais do que o mero registro de mortes e doenças. A memória, as experiências traumáticas de doença ou de morte e a biografia pessoal são revelados de modo inevitável na clínica. Isso ocorre, em parte, porque a descoberta e a clarificação dos detalhes da história familiar é uma tarefa das pacientes, ao menos inicialmente (Leung et al., 2000).

Contudo, há um sentimento difuso, não apenas entre as enfermeiras, mas também entre os especialistas em genética, de que o trabalho que fazem requer consciência e engajamento com a experiência de câncer na família. Para uma enfermeira especializada entrevistada, esse aspecto de seu trabalho estava estreitamente ligado à produção de uma árvore clínica familiar, o que, para ela, facilitava ativamente o engajamento com a experiência social da família. Ao refletir sobre essa parte de seu trabalho, contou: "existem dois lados para tudo isto. Veja, é uma experiência muito dolorosa e emocional. E se a árvore está ali, as pessoas têm mais tempo para ficarem preocupadas". Ela continuou descrevendo o processo de tomar a história familiar: "Não é como avaliar alguém para um trabalho, sabe... altura, pressão sanguínea. É sobre emoção, complexidade, medo e realidade, o que você pode ou não fazer". Até mesmo para uma especialista em genética, a centralidade do "aconselhamento" neste contexto dava-lhe esperança de que a genética clínica de câncer pudesse ajudar na retomada de um estilo mais humano, compreensivo de medicina. Expressando uma certa nostalgia por uma cultura médica "perdida", ela explicou como mantinha a visão dos "médicos à moda antiga", que "se você escuta o bastante, o paciente dirá o que está errado".

Os profissionais de saúde que entrevistei eram imensamente sensíveis, o que não causa surpresa, às acusações que recebiam de "comandar" por meio de suas práticas. Na perspectiva de muitos atuando na área, a sensibilidade e a consciência dos aspectos sociais ou da experiência da família em suas práticas clínicas pareciam reforçar positivamente e concretizar uma ética do cuidado em seu trabalho, ajudando, por conseguinte, a enfrentar qualquer crítica de um suposto comando. Esse sentimento era refletido nos comentários de uma especialista em genética de câncer que realizava tanto pesquisa laboratorial como prática clínica no seu trabalho. Para ela, investigar o contexto social da família era "a coisa boa do trabalho" e "algo necessariamente incorporado". Apoiando-se na linguagem da medicina complementar, disse que fazia parte do aspecto "holístico" de sua prática clínica. De modo similar, o oferecimento de monitoramento ou de um programa de rastreamento no presente ou no futuro, podia ser também incorporado à sensação de "holismo" na prática clínica, quando estes serviços podiam ser oferecidos não apenas à

paciente, mas a outros familiares também. Para estes profissionais, o trabalho com as árvores familiares ajudava a trazer o sentido de uma ética de cuidado para a prática diária*.

Sustentando a competência 1: exatidão

Escutar a paciente e investigar o contexto social da família não equivale, porém, a ser apenas “holístico” ou “ético”, mas é igualmente sustentar prerrogativas de competência na clínica. Há um forte imperativo para assegurar a exatidão das estimativas de risco futuro neste campo de prática clínica ainda em desenvolvimento.

A ampliação da árvore familiar e a investigação detalhada da história familiar com a paciente é parcialmente precipitada já que as árvores familiares não contêm todos os aspectos relevantes de uma história familiar no início das consultas. Na percepção de muitos que trabalhavam na clínica, havia “imprecisão” nesta etapa das consultas, embora as razões para esse fato fossem complexas. Ao mesmo tempo que havia certa apreensão de que algumas pacientes “lembravam incorretamente” ou “conjecturavam” sobre sua história familiar, o formulário enviado a elas não incluía espaço para anotar todas as pessoas aparentadas. Todavia, junto das preocupações dos médicos sobre o bem estar de outros membros da família, encontrava-se um esforço significativo de sua parte de estabelecer uma história familiar “exata”. Algumas vezes, questões eram colocadas diretamente à paciente, especificamente se houve outros casos de câncer em um lado determinado da família ou se um parente faleceu quando era jovem. Mais comumente, havia uma ampla discussão da experiência de câncer ou do contexto social da família, que era indispensável para esta tarefa. Fragmentos da memória e histórias relativamente lembradas abrigavam freqüentemente pistas cruciais, que eram essenciais para assegurar a exatidão na história médica familiar e a adequação de qualquer cálculo de risco subsequente, fornecido pelos profissionais de saúde.

Este processo pode ser ilustrado por meio da conversa entre um geneticista e uma mulher com mais de 30 anos, poucos momentos depois que ele tinha desenhado a árvore familiar e mostrado um diagrama de estimativa de risco para a mulher, além de um programa recomendado de rastreamento. Nesse momento, a mulher visivelmente relaxou, refletindo de modo completamente informal sobre as experiências de câncer em sua família. No que parecia ser um comentário casual, ela falou, então, que sua mãe era “tal como as mulheres do livro *‘As Cinzas de Ângela’ (Angela’s Ashes)*, sempre acusando os homens pelas mortes na família”. Ela continuou dizendo que sua mãe “tinha

* “Define-se rastreamento como o exame feito em pessoas assintomáticas, objetivando identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase muito inicial, quando a intervenção precoce pode ter grande benefício”. Fonte: INCA. O rastreamento pode ser feito por meio de mamografia. (Nota do Tradutor).

Ver: http://www.inca.gov.br/publicacoes/Sintese_consenso_mama.pdf. Acessado no dia 26/06/2004.

sempre achado que o câncer provinha do lado paterno da família”. O médico pareceu surpreso, dizendo “então, é verdade” e incitou a mulher a dizer mais outras considerações sobre a experiência de câncer na família. O que foi seguido por uma investigação renovada da história familiar paterna da mãe da paciente e a ampliação e correção da árvore clínica familiar. Depois disso, o médico deu à mulher um cálculo muito mais reduzido de risco e um programa diferente de controle.

Como este exemplo ilustra, as indagações sobre a história e a experiência de câncer na família tratam tanto do diagnóstico correto de risco e da sustentação das prerrogativas de competência como materializam também uma ética do cuidado. Ampliar a árvore, como um dos esforços para assegurar sua exatidão, significa que “sinais” cruciais de um possível vínculo genético na família tornam-se inseparáveis e atados ao processo de explorar o contexto social da família. A fronteira entre o *pedigree* científico e a genealogia familiar é, então, freqüentemente apagada pelo modo que as árvores são usadas pelos profissionais, revelando a mutabilidade de seus significados.

Sustentando a competência 2: explicações des-contextualizadas

A árvore familiar é central, portanto, para reproduzir corretamente a base na qual predições exatas sobre risco podem ser feitas e, como tal, ela é, em parte, um artefato que simboliza a competência e a habilidade do médico. Isso ficou evidente no modo que uma oncologista explicou que ao produzir uma árvore clínica familiar algumas vezes capacitava-a, intimamente ao menos, de verificar a presença ou ausência de um gene: “algumas vezes eu olho e acho que aquela pessoa não precisa fazer um exame para ver se tem o gene na família... Você pode notar apenas olhando a árvore”. De modo similar, uma colega que trabalhava na clínica ilustrou a importância destes instrumentos visuais para as práticas preditivas quando disse com um toque de ironia, considerando os limites da tecnologia dos exames: “bem, podemos chamá-los de exame de sangue”. Ela substancializou assim ao dizer: “nossas investigações, nossa investigação básica é feita com a árvore familiar e dessa forma baseamos a nossa discussão”.

Contudo, a árvore clínica familiar não é o único instrumento visual usado para verificar e sustentar prerrogativas de competência, já que ela interage com outras representações visuais e práticas clínicas nos aspectos subsequentes da consulta.

Expressar risco de maneira significativa é, tal como disse uma oncologista treinada em genética, “a mais difícil parte do trabalho”, especialmente “quando nós realmente não compreendemos quais são os riscos ou ainda o que estes genes provocam”. Fora da clínica, há um conhecimento disseminado da complexidade da penetrância do gene*, do envolvimento necessário de outros genes e dos fatores ambientais na etiologia do câncer de mama, inclusive dos cha-

* A “penetrância” consiste na probabilidade de um gene ter uma expressão fenotípica. Ao contrário, certas pessoas podem ter um genótipo correto, que não é, porém, manifestado de modo algum. Nesse caso, o gene tem uma penetrância reduzida ou incompleta. (Nota do Tradutor).

mados “cânceres genéticos de mama”. Assim, os profissionais reconhecem muito bem as limitações de qualquer tentativa de fazer predições. No entanto, o uso de um conjunto de outros instrumentos visuais na interação com a paciente revela um enquadramento particular desta contingência. Estas imagens des-contextualizadas de conhecimento científico provêm um contraste agudo com a investigação da história familiar logo no início da consulta médica, quando a socialidade e o relacionamento são destacados. Coletivamente, elas sugerem um *locus* diferente para o significado da árvore clínica familiar.

Explicar a complexidade da hereditariedade no caso dos genes BRCA envolve tipicamente a justaposição hipotética de uma parte da árvore familiar de uma pessoa em relação a um conjunto de outras imagens visuais. Uma imagem consistindo de dois círculos, um com uma linha vermelha e uma azul no seu centro e outro com duas linhas verdes, é sempre mostrada para a paciente a representar duas células, cada uma com duas cópias do gene. Explica-se a linha vermelha como a denotar a “cópia ruim”. Embaixo dela ficam as representações visuais de possíveis permutações da hereditariedade, que podem se concretizar ao herdar-se ou não a “cópia ruim”. Por meio desta explicação reflete-se um tipo particular de história e de origem, quando o gene mal formado é descrito hipoteticamente, para os propósitos da explicação, como a “cópia ruim da mãe” e o outro círculo, com duas linhas verdes, representaria a “cópia boa do pai”.

Tudo isso sugere um ponto inicial para o que é apresentado como a contingência central para a explicação da hereditariedade genética. Em outras palavras, mesmo se um parente tiver hipoteticamente uma má cópia, ela pode não ser herdada por outros descendentes daquela pessoa porque “você recebe 50% dos genes de sua mãe e 50% dos genes de seu pai”. De acordo com os médicos, a “coisa mais importante a lembrar” é que “mesmo se houver um gene na família, você pode não herdá-lo”. Nas clínicas que pesquisei, havia nisso o elemento mais explícito e consistentemente destacado de incerteza no caso das explicações sobre herança genética.

No entanto, existem muitas outras ‘áreas nebulosas’ na explicação do risco genético que, embora referidas nas consultas, não são simplesmente indicadas do mesmo modo. A ‘penetrância variável’ do gene BRCA costuma ser aludida e explicada quando se deduz que o desenvolvimento do câncer de mama apenas ocorre quando há perda de ‘duas cópias boas do gene’. Mesmo se a chamada ‘cópia ruim’ é herdada, ‘outras mudanças’ teriam de afetar a ‘cópia boa’ restante para que o câncer se desenvolva.

Contudo as ‘outras mudanças’ não são visualmente representadas neste cenário, parcialmente porque elas são desconhecidas e, assim, apenas aludidas através de palavras escritas na parte inferior da página: ‘fatores ambientais e de estilo de vida’. Entre os médicos, há preocupação sobre esta área de incerteza, que é admitida como uma variável desconhecida em resposta às preocupações comuns das pacientes sobre os possíveis efeitos da dieta alimentar e do meio ambiente sobre a incidência do câncer. Na clínica, a explicação da hereditariedade genética como um fator de risco para o câncer de mama impõe-se como um contraste dramático diante da falta de explica-

ção sobre a possível etiologia da maior parte destes cânceres. Estes são referidos frequentemente como cânceres esporádicos e relegados a serem 'apenas má sorte' ou causados 'simplesmente por acaso'. De certa forma, isso reflete o conhecimento médico atual sobre o câncer de mama, o que não deixa de influenciar o poder explicativo dos fatores de risco 'reconhecíveis' tais como os genes. Se a contingência é importante no campo da genética de câncer de mama, ela não é, porém, incorporada na estrutura explicativa e no uso de instrumentos visuais discutidos aqui.

De outro modo, a discussão um tanto descontextualizada do que é exatamente o DNA, sempre acompanhada por uma outra, a da agora familiar imagem icônica computadorizada de um pedaço livremente flutuante, torcido e espiralado de DNA, contribui ainda mais para a contenção da incerteza e a aparente estabilidade do conhecimento. Através das narrativas metafóricas de explicação, a substância que transmite as 'instruções específicas da célula' é representada não somente como sendo poderosa mas também inerentemente volátil. Menciona-se e destaca-se, assim, que apenas 'pequenas coisas precisam dar errado' para que os danos às células sejam incorridos. Assim, se o DNA é igual a um alfabeto, como um médico falou, então basta apenas um 'erro ao soletrar' para acabar causando algum dano. Um outro descreveu um gene como 'uma canção numa fita cassete' em que as mutações eram descritas como uma 'nota errada', ou seja, 'quando a canção é tocada, ela acaba soando muito mal'.

Os instrumentos visuais que facilitam estas explicações tingem o significado das árvores familiares com uma outra coloração de competência e estabelecem um ambiente particular para as avaliações subsequentes de risco da paciente. Intencionalmente ou não, eles encobrem algumas das questões 'confusas' e as incertezas sobre a função exata e o efeito das mutações dos genes que têm sido associados ao câncer de mama. Isso favorece claramente o objetivo da consulta, que seria, tal como um geneticista me contou, um meio de 'colocar preocupações mal-definidas e ansiedades dentro de algum tipo de esquema'.

Os limites da prática e o risco vivido pelos profissionais de saúde

As árvores clínicas familiares têm revelado possuir um duplo significado e função para os profissionais de saúde em suas interações com as pacientes. Ao facilitar a preocupação com o contexto social da família, as árvores, como uma genealogia familiar, possibilitam um sentido de cuidado e de holismo em sua prática, que deve ser produzido e assegurado. De modo simultâneo, a criação da árvore clínica familiar faz parte de um esforço de alcançar predições acuradas, que junto de outros instrumentos visuais ajudam a validar competência e conhecimento contingentes. Todavia, o alcance destes significados diferentes é mais aparente e importante quando lacunas e constrangimentos na provisão do cuidado de saúde tornam-se explícitos na consulta que, junto das demandas das pacientes, deve ser negociada pelo médico.

A noção de 'risco vivido' entre os profissionais de saúde (Gifford, 1986) evoca utilmente um tenso modo de verificação e balanço para os que traba-

lham no campo da genética clínica de câncer de mama. Gifford examinou o modo que os médicos e as pacientes negociam a lacuna entre o conhecimento epidemiológico e a experiência leiga de saúde e doença no controle e no diagnóstico de nódulos mamários benignos. Ela nota que a possibilidade de um erro no diagnóstico e na predição de um câncer caracteriza-se como um 'risco vivido' significativo não apenas, obviamente, para a paciente mas também para os profissionais de saúde. Gifford argumenta que os dois contribuem na co-transformação de sinais de um câncer de mama no futuro, quais sejam, os nódulos mamários benignos, em fatores de risco definitivos. De modo similar, o 'risco vivido' pelo profissional é elemento chave da genética de câncer, que deve ser incluído em qualquer análise dos modos que as árvores familiares e outros instrumentos visuais são usados e produzidos na clínica.

Para os que trabalham nesta arena clínica, se não avaliarem o risco de modo acurado, conseqüências perigosas podem surgir. Isso pode significar que não apenas aquelas pacientes potencialmente em risco acabem por não ser identificadas, mas também o risco pode ser superestimado, o que levaria jovens pacientes sem ter realmente alto risco acabarem por passar por intervenções desnecessárias e talvez perigosas, tais como exames repetidos de mamografia (Evans, 2001). Erros como estes podem ter não apenas conseqüências negativas óbvias para as pacientes, mas também para a integridade profissional e institucional. Como uma médica falou: 'todo este negócio da genética pode acabar sendo um problema para nós no futuro, se as histórias familiares não são tomadas apropriadamente durante a consulta normal'. Ela continuou descrevendo os problemas potenciais que podem aparecer 'se você falha ou esquece alguma coisa e por causa do tratamento, elas sofrem qualquer complicação, ou se você não envolve a família, digamos você não tem um esquema de rastreamento para a família e elas começam a ficar com câncer ... Não sei aonde isso nos levará'.

Ao lidar com as mesmas contingências do conhecimento que os profissionais que tratam de pacientes que desenvolvem nódulos mamários benignos, os médicos de genética de câncer de mama devem negociar dentro de um terreno traiçoeiro. Por um lado, intervenção ou monitoramento para aquelas mulheres que eventualmente estão em alto risco por conta de sua história familiar não garante sobrevivência. Igualmente, porém, a não-intervenção para aquelas que não têm alto risco 'genético' por conta, outra vez, de sua história familiar, não significa necessariamente que o câncer de mama não poderá se desenvolver. Nesse sentido, a prática do 'cuidado da saúde' para aqueles trabalhando neste campo tem uma base frágil, o que contribui para o 'risco vivido' destes profissionais de saúde. Isso acaba afetando o modo em que as árvores familiares e outros instrumentos visuais são usados pelos profissionais médicos no contexto da consulta e, em parte, explica os significados aparentemente diversos que eles têm na clínica. Diante de tanta incerteza, as árvores e os outros instrumentos visuais têm um papel mediador crucial.

Os instrumentos da mediação: o caso da triagem e da predição

Fica evidente que as árvores clínicas familiares ajudam a melhorar as tensões e as limitações da prática clínica ao examinar o processo delicado de separar pacientes em categorias diferentes de risco, referido como 'triagem' pelos profissionais de saúde. Por meio dele, os programas apropriados de monitoramento e vigilância são recomendados e muitas decisões são feitas, tal como no caso da liberação das pacientes que não são consideradas de alto risco. Se apropriado e exequível, a opção de testagem preditiva pode ser também oferecida à paciente, tendo como base esta classificação de risco³.

O fato de que a triagem é uma noção usada tanto no campo de batalha militar como nas salas médicas de emergência, evoca apropriadamente o que pode ser um processo delicado para os profissionais de saúde. Eles devem não apenas negociar seus enganos na avaliação de risco ou da triagem incorreta, mas também lidar com o fato de que há frequentemente um pesado investimento entre muitas mulheres, antes de frequentar a clínica, de supor um componente genético na história familiar, tal como mostrarei na segunda parte deste artigo. As árvores familiares são um instrumento crucial neste contexto de prática clínica, onde a aparente divergência de seus significados não é provocada por uma mera coincidência, mas faz parte integral da legitimidade da prática clínica. Os significados duais das árvores possibilitam um modo de negociar os limites dos cuidados em saúde, especialmente quando falta tratamento definitivo e quando há necessidade de limitar o acesso aos serviços de monitoramento em oferta.

Por um lado, as árvores são a única maneira pela qual pode ser realizada a separação 'competente' das pacientes em diferentes categorias de risco, além de permitir um meio de explicar a classificação visualmente para a paciente. Contudo, elas são igualmente importantes como um modo de restaurar a confiança, particularmente quando o risco é mais baixo do que as pacientes tinham antecipado. É especialmente necessário silenciar sobre o risco presumido ao se liberar uma paciente que, apesar da história familiar, não está com uma chance maior de desenvolver câncer de mama. Diluir a brutalidade visual da história e das linhas de presumida herança genética é uma parte chave deste processo, contribuindo para o sucesso e a integridade do encorajamento profissional às pacientes, cujas chances são significativamente melhores do que elas perceberam originariamente. Como parte essencial deste processo de substanciar tal afirmação, são incluídos, horizontalmente na árvore, todos os primos, tias, tios e aqueles parentes que não tiveram câncer na família.

O papel mediador das árvores clínicas familiares é aparente em outros aspectos da prática da clínica, avaliando a chance de que o câncer numa família é causado por um gene, onde é usado em conjunção com outro objeto

³ Na genética clínica de câncer de mama, as linhas de orientação definitivas para a realização de triagem estão ainda em desenvolvimento, o que vem refletir o estado de incerteza desta área de prática médica (Eccles et al. 2000).

visual chave, o gráfico preditivo. Uma curva de probabilidade é usada para fornecer às mulheres frequentando a clínica uma estatística de risco estimada e personalizada sobre a probabilidade de que o câncer na família é causado por um gene, baseado nas idades e no número de parentes afetados que uma pessoa possa ter. No entanto, não é coincidência que através desta parte da consulta a árvore familiar fica sobre a mesa diante da paciente e do profissional de saúde, servindo como uma fonte contínua de referência para os dois. De fato, a validade da predição médica não é simplesmente derivada das prerrogativas de competência na aplicação do novo conhecimento ou somente em posicionar a árvore clínica familiar como um instrumento de habilidade. Ao oferecer um esquema 'pessoal' para explicar o 'conhecimento' recentemente emergente, as árvores sugerem uma ética de cuidado contínuo nestes cenários.

Pode-se ilustrar o alcance desta conjunção em mediar as limitações da prática médica por meio da seguinte interação entre uma médica e uma jovem mulher, que visitava a clínica pela primeira vez. Neste caso, o gráfico preditivo foi usado com destaque quando a mulher não conseguia ser tranquilizada pela médica de que a testagem preditiva não era possível para ela no presente, embora novas técnicas de testagem e de monitoramento fossem esperadas eventualmente para o futuro. A médica prosseguiu identificando a linha no gráfico e fazendo observações entre o gráfico e a história familiar da paciente. Explicou: 'se sua mãe tivesse 60 anos quando teve câncer de mama, é claro que nós não estaríamos tão preocupados, mas porque ela teve o câncer de mama quando tinha 35, você pode perceber que isso lhe coloca numa categoria de mais alto risco'. Ela mostrou então à mulher um diagrama de risco personalizado, que ilustrava a probabilidade de que o câncer na família era causado por um gene, calculado a partir da idade de sua mãe e de outra parente quando desenvolveram câncer de mama. A médica voltou a usar a árvore familiar a fim de estabelecer um programa de monitoramento e de rastreamento para a mulher e outros membros de sua família no futuro.

Ler através da árvore familiar da mulher e do gráfico preditivo permite à médica mediar uma situação delicada. Por um lado, significa uma prerrogativa de competência clínica que pode ser mantida ao se oferecer uma estimativa de risco personalizada à mulher, alcançada através do verniz de uma abordagem estatística. Esta ação reconhece simultaneamente o risco que a jovem mulher obviamente sentia. Contudo, o programa de rastreamento e de monitoramento oferecido para ela e sua família também contribuiu para uma idéia de cuidado contínuo. Isto deslocava os problemas engendrados pelas limitações atuais de conhecimento e de tecnologia e também estabelecia uma ética de cuidado e de obrigação dentro das próprias práticas da clínica, embora orientada para o futuro. Como um 'contrato' de cuidado futuro, as árvores familiares servem não apenas para restaurar a confiança das pacientes, mas também ajudam a contrapor, senão a remover completamente, o sentido de risco vivido pelos profissionais de saúde.

Os diferentes modos pelos quais as árvores familiares são usadas pelos médicos a fim de negociar os processos de triagem e de predição sugerem muito mais do que simplesmente um processo linear de genetização. Está igual-

mente claro que os desejos e necessidades das pacientes não podem ser separados das ações e das intenções dos médicos. Diante de pacientes mais informadas e exigentes, não há, por exemplo, garantia de que as tentativas de mediar os limites correntes de cuidado de saúde serão sempre bem sucedidas. Julgando pela insatisfação continuada da jovem mulher, tal qual foi descrito, o diagrama de risco junto da promessa de rastreamento mamográfico regular nos próximos anos pareciam ser insatisfatórios como substitutos da testagem genética, que não era ainda possível para ela. Examinar o papel das pacientes é, portanto, indispensável para entender a produção, uso e significado das árvores familiares na prática clínica.

Parte 2: árvores familiares e o envolvimento das pacientes

Baseado na observação das consultas ou encontros clínicos e de um conjunto de entrevistas com uma população específica que frequentava a clínica, a segunda parte deste artigo ilustra como as pacientes não são elementos simplesmente passivos neste processo, mas são intimamente envolvidas e investidas na produção e no uso de árvores clínicas familiares. Todavia, estes esforços não impedem conseqüências potencialmente negativas tanto para as pacientes como para suas famílias.

Produzindo a história familiar: investindo no risco

Como já tinha sugerido antes, as árvores familiares que emergem durante as etapas iniciais de consulta envolvem os pacientes bem antes da visita à clínica. A história que elas representam é muito freqüentemente o produto de detalhes documentados em um formulário preenchido pela paciente antes dela ir à clínica, embora esta informação seja evidentemente circunscrita pelas categorias que são dispostas e a informação que é solicitada⁴.

Ao falar com as mulheres atendendo a clínica, pude notar que para algumas preencher o formulário da história familiar confirma e, em parte, ajuda a tornar real um possível perigo que já é percebido existir, mesmo antes de se dirigir à clínica. A ativa participação na produção da árvore clínica familiar através da descoberta de detalhes da história da família pareceu validar ansiedades de longa duração sobre o risco herdado. Antes de visitar a clínica pela primeira vez, Claire visualizou e descreveu de modo diagramático sua história familiar como ela fosse feita de duas metades. Ela sugeriu que isso mostrava um certo 'padrão' que parecia esclarecer uma suspeita de longa data sobre seu risco, o que prefigura uma árvore clínica familiar ainda não vista:

⁴ O formulário pede informação sobre a saúde da paciente e, além disso, indaga sobre as crianças da família, irmão(s), irmã(s), mãe, irmã(s) da mãe, irmão(s) da mãe, pai, irmã(s) do pai, irmão(s) do pai, netos e avós. Os detalhes que são pedidos incluem o nome, a data de nascimento, data de morte (se aplicável), se algum câncer foi diagnosticado, o local do câncer e quando ele foi diagnosticado.

A irmã de minha avó está ainda viva e, você sabe, ela tinha 90 no ano passado e ela teve todas as primas de minha mãe, que estão todas bem. E se você vê a árvore, temos duas irmãs ... como uma irmã teve e como minha mãe, a filha, e então a outra linha ... é muito estranho, sabe. Confunde minha cabeça... Eu vejo câncer, câncer e nós estamos amedrontadas que ele está por vir.

Para Louise, preencher o formulário da história familiar sublinhava e destacava um aspecto de sua história de família que ela sempre tinha achado ser a evidência de uma indicação intrínseca de seu próprio risco:

Todas as minhas irmãs, quase todas elas tiveram meninas, há apenas um menino, um único menino ... o que é uma outra coisa. Eu fico pensando. Ah, talvez seja isso. Sabe. ... E minha mãe teve duas filhas e minha tia que morreu teve três filhas. Assim, não temos muitos meninos em nossa família, mas sim muitas meninas, o que te faz pensar.

Para muitas mulheres, completar o formulário da história familiar 'marcou', como uma informante frequentando a clínica me disse, uma suspeita sobre risco genético. Este fato aponta para a legitimidade das preocupações e, de modo relacionado, para a potencialidade 'excepcional' de um presumido *status* de estar em risco. Isto ficou também evidente em uma outra paciente frequentando a clínica que me disse que era 'justo' preencher o formulário porque senão 'poderiam buscar a qualquer um'. Uma outra mulher explicou que sabia que passava por um 'risco levemente mais alto' porque 'os médicos não ficam interessados em você se não estiver em risco', o que servia para ela afirmar que era mesmo um 'caso interessante'.

Trabalho de detetive na clínica

Quando eram apresentadas às árvores clínicas familiares no início do encontro clínico, as atitudes e respostas das pacientes não eram claramente uniformes, mas era surpreendente a frequência que estes momentos significativos eram marcados por interesse e curiosidade, muito mais do que alienação. No momento que as árvores eram dispostas sobre a mesa, as pacientes eram visivelmente atraídas para o encontro, marcadamente por uma mudança na postura corporal tanto diante da árvore como perante o doutor. De modo impressionante, muitas pacientes, sejam aquelas observadas na clínica como aquelas entrevistadas, mostravam-se mais do que entusiásticas em recuperar os detalhes da história, mas não apenas isso, pois buscavam ativamente investigá-la. Com frequência, as pacientes assumiam um nível considerável de trabalho antes mesmo da consulta a fim de coletar os detalhes necessários para o preenchimento do formulário da história familiar.

Para uma paciente idosa e sua filha de meia idade, o trabalho consistiu em passar uma grande parcela de tempo nas semanas anteriores à consulta, não apenas preenchendo o formulário, mas efetivamente desenhando sua própria árvore familiar em um grande pôster de papel A3. Essa genealogia 'feita

em casa', que elas levaram à clínica, ficou sobre a mesa junto da árvore clínica familiar ao longo de toda a consulta, ultrapassando-a em tamanho e na profundidade de detalhes. No entanto, em termos do conteúdo das informações documentadas, ela tinha maior semelhança com as árvores clínicas do que uma típica genealogia familiar, já que os nomes dos parentes eram acompanhados pelo diagnóstico da doença ou dados sobre morte, sem estarem listados detalhes sobre lugar de nascimento e de ocupação. Para 'satisfação' do médico, esse trabalho permitiu a rápida produção da árvore clínica familiar, substancialmente com menos discussão dos eventos e das experiências de câncer na família do que teria sido normalmente o caso, quando deve-se estabelecer todos os detalhes relevantes da história familiar.

Além disso, havia um sentido palpável, em certas ocasiões, de um quase excitamento durante as sessões, quando eram assumidos a 'caça' e o 'trabalho de detetive' envolvidos em retrair mais detalhes da história familiar. Isto aparecia como um tipo de especulação entre algumas pacientes diante de causas desconhecidas de morte na família, mas também nos casos de jovens que teriam morrido, por exemplo, de tuberculose, mas que podiam ter mascarado supostos casos de câncer que não chegaram a ser realmente detectados ou, então, que mal tiveram chance de se manifestar. De modo significativo, isso acontecia frequentemente no fim das consultas, quando as estimativas de risco dadas à paciente eram mais baixas do que se esperava, parecendo mesmo indicar uma tentativa de contrabalançar a favor de um aumento do risco.

O seguinte incidente mostra muito bem como se concretiza o processo de especulação da paciente bem como pode estar associado à busca de finalidades muito específicas. Certa vez, uma enfermeira aposentada de cinquenta e poucos anos discutia sua história familiar com um geneticista de câncer. Ao recontar os detalhes de sua história familiar num modo quase mecânico, motivada pelas perguntas do médico, a mulher recebeu uma estimativa de risco moderado, o que significava que ela podia aumentar seu rastreamento mamográfico. Nesse momento, a paciente mudou o foco da discussão para o que ela achava ser um aspecto curioso da história familiar. Ela passou a falar de modo excitado sobre como havia uma discussão 'secreta' em sua própria família de que os pais de uma de suas tias, que tinha tido câncer de mama, eram de fato primos e, assim, ela passou a inquirir do médico se isto aumentava seu próprio risco. A médica também ficou curiosa e perguntou-lhe se podia contar mais sobre aquele 'interessante' aspecto de sua história familiar. Desse modo, a mulher passou a falar longamente sobre a origem do que teria sido a 'ilegitimidade' de sua tia, uma questão séria mas não falada até recentemente na família, quando ficou revelado que o pai de sua tia era de fato o primo em segundo grau da mãe da mesma tia. Depois de ouvir o relato, o médico fez uma anotação na árvore que indicava a possibilidade das relações de parentesco, sugerindo que podia significar 'alguma baixa penetrância de gene operando', se o pai e a mãe de sua tia eram primos, o que talvez merecesse um pouco mais de investigação da história familiar. Logo em seguida, a paciente perguntou se um rastreamento poderia ser realizado mais cedo com suas filhas, dada a 'possibilidade' de um acréscimo adicional de risco. O médico pa-

receu retroceder um pouco ao dizer que este novo aspecto da história familiar não iria provavelmente mudar, naquele momento, o risco da paciente de modo significativo, nem de suas filhas, perguntando ainda à mulher se elas praticavam o auto-exame das mamas.

De fato, a especulação aberta sobre aspectos desconhecidos ou 'segredos' da história familiar, bem como a participação ativa na produção das árvores clínicas familiares, ilustrada através dos esforços de desempenhar um trabalho de detetive na história da família, demonstram que muitas pacientes envolviam-se em ter uma história familiar de risco. Contudo, as árvores clínicas familiares não mostram apenas a evidência de risco das pacientes, mas oferecem igualmente a possibilidade de um futuro diferente para as mulheres e suas famílias, contribuindo com um novo significado para elas na forma de uma genealogia orientada para o futuro.

Conseqüências do testemunhar: futuros diferentes e 'novas' genealogias

Alguns dos médicos com quem conversei apontaram para o que eles encaravam como o benefício 'psicologicamente terapêutico' de frequentar a clínica para 'falar' sobre a história familiar. Confirmar os detalhes desta história pode levar e, em muitos casos, exige uma discussão muito mais ampla da experiência do câncer na família, tal como mostrei na primeira parte deste artigo. Memórias de vidas presentes e passadas podem ser evocadas no que provavelmente seria a primeira oportunidade que uma paciente tem de 'falar' após a morte de um membro próximo da família. Todavia, a iniciativa e a ação da paciente na produção das árvores familiares na clínica, tal como fora dela, não podem ser entendidas simplesmente em termos de um benefício psicológico 'passivo'. De fato, as experiências de muitas mulheres que frequentavam a clínica indicam que a produção da história clínica familiar, o encontro clínico e os procedimentos concomitantes de monitoramento e rastreamento eram vistos por muitas como sendo parte da revelação bem literal do que era sentido de modo comum por um 'silêncio mortal'.

Uma mulher que entrevistei descreveu como foi mudando o modo de se falar de câncer desde o tempo que sua avó ficou doente até o presente. Claire contou-me sobre a natureza não dita, não abordada do câncer no passado:

... então, era como sussurrar, sussurrar o grande C. Foi assim com minha mãe. Ela achava muito difícil falar a palavra, mas acabava dizendo. E agora, nós podemos falar a palavra.

Outras contaram mais explicitamente sobre o legado fatal que envolvia seus parentes por não falarem do câncer que sofriam ou, então, quando mantinham o problema por longo tempo até quando já era 'tarde demais'. Os cânceres de parentes foram também descritos como sendo 'profundamente localizados', o que significava algo escondido, que acabaria contribuindo para a doença e a morte de seus parentes. Os comentários de Jane ilustram muito bem o que era um sentimento comum:

Minha avó, quando seu nódulo ficou grande o suficiente para ser preocupante, bem, já era muito tarde de qualquer modo. E minha mãe sentiu um bem pequeno, mas ela teve pequenos inchamentos que eram profundamente localizados Nós somos todas bem grandes e você não consegue sentir ... Isso é o que está realmente na nossa cabeça, bem lá dentro. Mamãe teve de retirar o seio esquerdo ... ela tinha de fazer a mastectomia naquele lado e ela não sabia ... não havia um sinal, nenhuma sensação ou mudança que foi detectada ... eles a mandaram para casa e, então, foi descoberto no mamograma. Portanto, não foi detectado pelo toque. Foi apenas percebido pelo mamograma. Então, isso causa um grande medo... Assim, eu acho, quando se trata de ir pro hospital. Se eles fazem algo como testagem genética. Como eu entendo, é como um exame de sangue hoje, não é?

Tanto Jane como Claire compararam cânceres silenciosos e parentes silenciados do passado com um diferente presente e um diferente futuro. Para elas, essa diferença do presente e do futuro é tornada real através tanto do 'falar' sobre o câncer, que é uma demanda necessária da produção de suas histórias clínicas familiares, como, tal qual se explicita no caso de Jane, pela antecipação de passar por um mamograma ou por um exame de sangue.

Um conjunto de mulheres de classe média que entrevistei mantinha também a idéia de que havia um 'lado físico-mental' por detrás do desenvolvimento do câncer. Para elas, os processos decorrentes da freqüência à clínica, além da produção da história familiar, ajudaram-nas não apenas a quebrar com um silêncio mortal, mas contribuíram de modo profundo na construção de novas 'identidades saudáveis'.

Lottie me falou sobre os perigos psicológicos e físicos envolvendo os parentes de pessoas que ficaram doentes ou morreram de câncer. Segundo ela, os parentes precisavam ter algum tipo de assistência para 'liberar a ansiedade', senão a própria 'negatividade da doença pode crescer'. Essa mulher contou longamente a respeito de suas viagens à América do Sul, que ajudaram-na a tornar-se uma 'pessoa muito mais aberta', com vontade de falar sobre suas emoções e ansiedades, cuja experiência lhe permitiu investigar sobre seu possível risco. Por consequência, ir à clínica era, para Lottie, um meio de 'confrontar coisas'. Era um sentimento também demonstrado por Elizabeth ao descrever suas próprias razões de frequentar a clínica. Para ela, as consultas eram um modo de tomar uma ação 'positiva' diante de um diagnóstico de câncer de mama:

Não há nenhum jeito de esconder-se disso ou fingir que não pode acontecer... Se você se fecha a respeito da doença, você não estará preparada a enfrentar e fazer alguma coisa sobre isso nas etapas iniciais ... O que quero dizer é que muita gente vê a doença como uma sentença de morte e simplesmente se cala e se recolhe, o que é quase como fechar-se em si mesma.

Para esta mulher, a determinação de manter-se direta e 'aberta' sobre o risco de câncer significava:

Fazer uma cópia [da árvore clínica familiar] para minha filha, porque se alguma coisa acontecer comigo e se ela tiver qualquer questão ou dúvida, talvez sua avó e sua tia avó não estejam também aqui para responder suas perguntas.

Todavia, os futuros que estão sendo investidos e criados através da produção das árvores familiares são mais amplamente concretizados para a maioria das mulheres por meio da possibilidade de monitoramento e de rastreamento mamográfico, seja no presente como no futuro. Como um de seus objetivos, buscava-se colocar o 'nome nos livros' para que as pacientes e suas famílias, especialmente as crianças, mas também as irmãs e outras parentes, possam fazer parte de qualquer tipo de 'programa de monitoramento' e ter um 'horário estruturado de manutenção'. Para a maioria das mulheres que entrevistei, os *check-ups* regulares ou o rastreamento mamográfico tornava a continuidade do cuidado, algo que era bastante buscado, em uma realidade. Como a rota de tal objetivo, a produção de árvores familiares e o testemunhar sobre a história familiar na clínica ofereciam a promessa de um futuro diferente.

O processo de testemunhar, que é uma parte razoável da produção das árvores clínicas familiares, era percebido por muitas mulheres como tendo necessariamente resultados positivos, capacitando-as a investir em um futuro mais esperançoso. Ao incluir múltiplos membros de família extensa nas redes de obrigações e responsabilidades, que mapeavam o futuro e não apenas o passado, transformavam potencialmente o significado da genealogia familiar. Estas formas 'ativas' de genealogia orientadas para o futuro envolviam também os profissionais de saúde e suas instituições, tal como Elizabeth sugeriu ao falar de sua visita à clínica: 'Sinto-me muito aliviada que alguém pegue meu nome. Nosso nome está no registro de alguém' (grifo da autora). No entanto, ver continuidades no papel não é sempre uma experiência positiva para todas as pacientes e suas famílias, tal como destacarei no próximo item.

Os limites da competência e da ética

Declarado pelos médicos a estar no centro de suas práticas, o holismo era com frequência refletido pelas pacientes como parte integral do encontro clínico e era incorporado por muitas no ato de produzir a história familiar na clínica. Louise contou-me que tinha ficado muito impressionada em sua visita à clínica, porque:

Eles tinham todas as minhas coisas e sabiam tudo sobre minha história familiar ... Sabe, era tudo muito pessoal. A médica referiu-se a mim o tempo todo pelo meu nome e usou o nome de minha tia. Ela sabia de tudo. Eu senti que ela tinha realmente olhado tudo aquilo antes que eu chegasse lá. Não era o caso, digamos, do próximo paciente...

Outras comentaram que sentiram que a clínica estava 'reconhecendo toda a situação' e que 'não era apenas eu quem ia, mas todos estavam indo, todos os que estavam registrados na folha de papel, todos faziam parte daqui-

lo'. Contudo, a experiência de cuidado que era sentida por muitas pacientes, seguindo a primeira consulta na clínica, podia ser atingida depois com muita frequência por uma severa pressão. Acontecia especialmente quando as demandas e as implicações de produzir a árvore clínica familiar ou, então, manter a continuidade de cuidados acabavam por estar sujeitas a complexas tensões sociais.

Estas tensões podiam aparecer no trabalho exigido das pacientes antes das consultas na clínica ou quando era necessária uma investigação mais aprofundada e intensa da história familiar. O fato de entrar em contato com numerosos parentes para confirmar datas de morte e as especificidades dos diagnósticos podia instigar memórias há longo tempo esquecidas, difíceis de lidar. Muitas vezes, renovava ou incitava, ao menos, ansiedades latentes, que podiam estar suprimidas há bastante tempo, além de revelar o terreno desigual de investimento nas práticas clínicas dentro de uma mesma família. Foi certamente o que aconteceu com Susan, cuja mãe tinha morrido de câncer de mama há quase quinze anos atrás. Antes de visitar a clínica, preencheu o formulário da história familiar, mas deu uma cópia para ser completada por seu pai. Susan descreveu e, ao mesmo tempo, reconheceu como o fato suscitou vários problemas delicados para o pai:

Eu acho que ele está na posição de alguém que espera que sua criança não vá ter nada de sério, antes que ele próprio tenha. Assim, acho que ele baqueou porque teve de voltar atrás e revisitar o que passou com mamãe e ainda tem também a sua própria filha.

Mais obviamente, temos as conseqüências da produção da árvore clínica familiar que podem ter resultados imprevistos, exacerbando tensões existentes dentro das dinâmicas familiares ou mesmo acionando novos problemas. Existem muitos modos pelos quais as práticas clínicas ramificam-se dentro das famílias por modos inesperados, quando membros insuspeitados ou insuspeitos da família acabam por ser identificados ou envolvidos. Nos cenários que buscamos recontar, as redes de obrigações familiares, que as práticas preditivas da clínica assumiam ou dependiam, eram colocadas sob severa pressão ou podiam ser, a princípio, virtualmente não-existentes.

Depois de ter passado pela consulta, Elizabeth refletiu que o médico tinha construído 'muito mais da história familiar do que mesmo nós tínhamos originalmente feito', o que implicava que 'os primos que eu mal tinha considerado eram tanto o irmão de minha mãe e suas duas filhas'. O médico recomendou que elas também deveriam ser incluídas no programa de manutenção e de cuidado, junto de outras parentes que tinham perfeita clareza de seu risco e com quem Elizabeth vinha 'compartilhando' informação já por algum tempo. Ela ficou, porém, extremamente hesitante de fazer contato com estas primas recém-descobertas 'em risco', já que não eram tão próximas e, de fato, ela nem sabia se tinham até consciência da 'vulnerabilidade' que passavam, o que podia acabar sendo um choque para elas.

Para Kathy, produzir a árvore familiar a tinha encorajado de diversos modos de que toda sua família devia ser 'acompanhada', porque 'se um mem-

bro da família acaba envolvido, todos os outros acabam também envolvidos'. Havia, porém, uma opção futura que lhe foi sugerida, mas que não foi tão calorosamente recebida por outros membros da família. Kathy achou uma 'sugestão brilhante' a opção de estocar e congelar DNA de sua mãe, o que permitiria no futuro que ela fizesse um teste genético⁵. Ao menos, contou: 'se alguma coisa realmente ruim acontecer, nós teríamos uma amostra dela que poderíamos testar'. No entanto, segundo Kathy, sua mãe 'ficou num tal estado', afinal 'do jeito que ela vive agora, quer apenas ignorar o fato de que aconteceu alguma vez e nem deseja ter seu sangue coletado'. Para Kathy, o fato colocava-a numa 'posição difícil', inclusive em termos de seu próprio cuidado.

Certamente, as conseqüências totais do desdobramento de tais eventos dentro das redes de relações familiares merece uma investigação muito mais completa de muitos membros da família. Contudo, as experiências recontadas ilustram como a prática de produção de árvores clínicas familiares, bem como as intervenções que elas acarretam têm implicações para as famílias que não podem ser contidas e nem sempre são positivas. Estes cenários revelam não apenas os limites atuais da competência preditiva médica, mas igualmente a natureza frágil de uma ética do cuidado, que pode ser obstruída pela mesma socialidade que é postulada pelos médicos como evidência da base ética das práticas clínicas.

Conclusão

Este artigo investigou os processos e as relações sociais que constituem uma prática de um campo emergente da genética de câncer de mama, qual seja, a produção e uso das árvores clínicas familiares. Rayna Rapp (1995) chama atenção para o modo que a linguagem da clínica na testagem genética pré-natal 'transforma e atribui uma poderosa prerrogativa para a posse e o controle de palavras, tais como história familiar positiva' (Rapp, 1995, p. 156). Os espaços ocupados pela árvore clínica familiar, bem como as explicações que ela contextualiza e reproduz por meio da operação da consulta médica, ilustram a importância do estudo das práticas discursivas e visuais da clínica.

Ao examinar a narrativa visual da árvore clínica familiar dentro das práticas dinâmicas da clínica, mas também em sua relação com as posições dos sujeitos interagindo nesta arena, revela-se um *locus* mais denso de produção e reprodução de seu significado. Significado esse que não é claramente fixo, mas transforma-se ao longo do *continuum* de práticas que constituem o encontro clínico. Abordar o contexto empírico desta obscura 'tecnologia' particular revela um nexo de investimentos, ações e restrições que sugerem muito mais do que um simples processo linear de 'cima-para-baixo', o que vem ilus-

⁵ A opção de estocar sangue ou DNA de um parente afetado, o que capacitaria testagem genética no futuro, era discutida entre algumas pacientes na clínica. Dadas as limitadas opções disponíveis para intervenção, isto sempre acontecia quando as implicações da testagem para elas ou outras pessoas, ao menos atualmente, pareciam muito amplas.

trar a necessidade de repensar as noções normativas de genetização e medicalização.

Apesar das árvores, tal como outros instrumentos visuais, facilitarem as prerrogativas de competência, quando enquadram o risco ou o conhecimento em modos particulares e provêm instrumentos para práticas preditivas, elas não têm apenas essa única função, nem são sempre o objetivo primário da consulta para os profissionais de saúde. Nos seus esforços de negociar limites na prática clínica e de trazer a 'ética' à vista, os clínicos não distinguem muito bem e até mesmo embaralham produtivamente a fronteira entre a genealogia familiar e o *pedigree* científico quando usam as árvores clínicas familiares. A ressonância que Bouquet (1994) identifica entre as diferentes formas históricas de árvore familiar é também evidente, portanto, no microcosmo do encontro clínico.

As intenções e ações dos profissionais de saúde não podem ser, porém, separadas das expectativas que as pacientes têm da clínica, colocando em questão mais ainda os parâmetros presumidos e a direção do processo de genetização. As árvores familiares podem cristalizar e legitimar investimentos pré-existentes para as pacientes. Através das ações coletivas das pacientes e dos profissionais, elas podem servir como um 'horóscopo', tanto revelando o passado como apresentando a esperança de conhecer e mudar o futuro. Embora existam claramente 'efeitos' negativos para as pacientes, eles não podem ser vistos de modo isolado diante das expectativas que as mulheres têm desta arena de prática médica.

A criação e utilização destes instrumentos visuais têm sido atravessadas, então, por um conjunto diverso de processos, muito mais do que o suposto quando há a apresentação inicial da árvore familiar para a paciente na clínica. Isto pode ser entendido como o produto da conjunção entre investimentos e intenções, diferentemente localizados mas interatuantes, por parte dos profissionais de saúde e das pacientes nas práticas preditivas de uma nova arena de provisão de cuidados médicos. Se a noção de genetização tem ainda alguma utilidade como modo de investigar o contexto social dos desenvolvimentos do conhecimento e da tecnologia genética, ela deve ser reinterpretada e expandida por meio de tais domínios de ação social e interação. Desse modo, as questões de agência podem ser situadas relacionalmente, o que faria revelar muito mais sobre a imbricação de esperança, investimento e incerteza continuada na arena em desenvolvimento da nova genética, ao contrário do que se tem sugerido por meio da noção de impacto.

Referências bibliográficas

- BOUQUET, M. (1994). "Family trees and their affinities: the visual imperative of the genealogical diagram". *Journal of the Royal Anthropological Institute* (n.s). 2: 43-66.
- CASPER, M. and KOENIG, B. (1996). "Bio-medical technologies: re-configuring nature and culture". *Medical Anthropology Quarterly*, 10 (4): 523-536.

- CUSSINS, C. (1996). "Ontological choreography: agency through objectification in infertility clinics". *Social Studies of Science*, 26: 575-610. London: Sage.
- ECCLES, D; EVANS, D.; and MACKAY, J. (2000). "Guidelines for a genetic risk based approach to advising women with a family history of breast cancer". *Journal of Medical Genetics*, 37: 203-209.
- EVANS, J. P. (2001). "The complexities of genetic testing". *British Medical Journal*, 322: 1052-1056.
- FINKLER, K. (2000). *Experiencing the New Genetics*. Pennsylvania: Philadelphia Press.
- FUJIMURA, J. (1996). *Crafting Science: A Sociohistory of the Quest for the Genetics of Cancer*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GIFFORD, S. (1986). "The meaning of lumps". Em: C. JANES, R. STALL and S. GIFFORD (eds.). *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- GOOD, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HALLOWELL, N. (1999). "Doing the right thing: genetic risk and responsibility". *Sociology of Health and Illness*, 21: 597-621.
- HENDERSON, L. and KITZINGER, J. (1999). "The human drama of genetics: 'hard' and 'soft' media representations of inherited breast cancer". *Sociology of Health and Illness*, 21 (5): 560-578.
- HUBBARD, R. and WALD, E. (1992). *Exploding the Gene Myth*. Boston: Beacon Press.
- IRWIN, A. and WYNNE, B. (eds.). (1996). *Misunderstanding Science?: the public re-construction of science and technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KAUFERT, P. (2000). "Health policy and the new genetics". *Social Science and Medicine*, 51: 821-829.
- KERR, A.; CUNNINGHAM-BURLEY, S. and AMOS, A. (1998). "The new genetics and health: mobilizing lay expertise". *Public Understanding of Science*, 7: 41-60.
- LATOUR, B. (1987). *Science in Action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- LEUNG, W. et al. (2000). "Ethical debate: results of genetic testing when confidentiality conflicts with a duty to warn relatives". *British Medical Journal*, 321: 1464-1466.
- LIPPMAN, A. (1992). "Led astray by genetic maps: the cartography of the Human Genome Project and health care". *Social Science and Medicine*, 35 (12).
- LOCK, M. 1998. "Breast cancer: reading the omens". *Anthropology Today*, 14 (august).
- LOCK, M. e KAUFERT, P. (1998). *Pragmatic Women and Body Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.

- LOCK, M.; YOUNG, A. and CAMBROSIO, A. (eds.). *Living and working with the new medical technologies: intersections of enquiry*. Cambridge University Press.
- MARTIN, E. (1998). "Anthropology and the cultural study of science". *Science Technology and Human Values*, 23 (1).
- NADER, L. (ed.). (1996). *Naked Science: anthropological inquiry into boundaries, power, and knowledge*. New York: Routledge.
- NELKIN, D. and LINDEE, S. (1995). *The DNA Mystique: Genes as Cultural Icon*. New York: WH Freeman and Company.
- PONDER, B. 1999. "Costs, benefits and limitations of genetic testing for cancer risk". *British Journal of Cancer*, 80: 46-80.
- RAPP, R. (1995). "Heredity or revising the facts of life". In: YANAGIZAKO, S. and DELANEY, C. (eds.). *Naturalising Power: Feminist Cultural Analysis*. New York: Routledge.
- RAPP, R. (1999). *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amnioncentesis in America*. New York: Routledge.
- SKODBO, S. (2001). "The enchantment of technology: agency, social relations and discontinuity in a dairy genetics laboratory in Norway", paper presented at SOCRATES, University College London, 21 June. (m.s.).
- WONDERLING, D. et al. (1999). "UK cancer genetics services - the response to a new need", paper presented at British Human Genetics Conference 2000, University of York, September.

Resumo

Re-examinando a "genetização": árvores familiares na genética do câncer de mama

Este artigo investiga os processos e as relações sociais que constituem uma prática de um campo emergente da genética de câncer de mama, qual seja, a produção e uso das árvores clínicas familiares. Examinar a produção destas árvores como parte de um conjunto de práticas coletivas expõe os significados diversos dos instrumentos visuais. Mostra como as árvores clínicas familiares adquirem muito de sua "força" por serem tanto uma forma de genealogia familiar como, simultaneamente, um tipo de *pedigree* científico nas consultas médicas. A rede de ações inter-relacionadas, investimentos compartilhados, restrições e conseqüências desiguais que caracterizam as consultas médicas pedem um re-exame da noção de genetização.

Palavras-chave: Árvores clínicas familiares; genetização; câncer de mama.

Abstract:

Reexamining geneticization: family trees in breast cancer Genetics

This paper explores the social relations and processes that constitute one practice in an emerging field of clinical breast cancer genetics: the production and use of clinical family trees. Examining the production of these trees as

part of a range of collective practices draws attention to the diverse meanings of these visual tools. This paper shows how in the medical encounters family trees gain much of their 'force' from being both a form of family genealogy and simultaneously a type of scientific pedigree. The network of inter-related actions, shared investments, uneven constraints and consequences that characterize the clinical encounters require a re-examination of a notion of geneticization.

Keywords: Clinical family trees; geneticization; breast cancer.

Recebido para apreciação: outubro de 2003

Aprovado para publicação: março de 2004

EMBRIÕES GENETICAMENTE SELECIONADOS: OS USOS DO DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO E O DEBATE ANTROPOLÓGICO SOBRE A CONDIÇÃO DE PESSOA *

Naara Luna

As tecnologias de procriação e a Genômica têm sido associadas na abordagem pela mídia e na percepção popular como a linha de ponta da investigação científica na biomedicina, trazendo promessas de cura e prevenção de doenças, no caso da Genômica, e de melhor qualidade e possibilidade de escolha da prole, na reprodução assistida. Acusações de eugenia têm sido levantadas nesses campos. O parentesco é genetizado na opção de recorrer às técnicas de reprodução assistida para se ter filhos por parte de casais inférteis, ou de pessoas cujas práticas sexuais não gerem filhos, em vez do recurso à adoção. A genetização do parentesco relacionada às novas tecnologias reprodutivas também está implicada no desenvolvimento contínuo de técnicas para propiciar o uso dos próprios gametas na reprodução, sem necessidade de doadores, nos casos mais graves de infertilidade (Luna, 2002a).

Este artigo aborda a relação entre tecnologias de concepção e a Genômica em notícias polêmicas publicadas na grande imprensa escrita (jornais e periódicos de circulação nacional) quanto ao diagnóstico genético pré-implantação de embriões (PGD). Também haverá breves menções à minha pesquisa etnográfica anterior envolvendo usuárias e profissionais de reprodução assistida, o que incluiu a presença em eventos científicos sobre reprodução assistida em geral. O procedimento sob análise consiste na biópsia do embrião criado por fertilização *in vitro* (FIV) ou ICSI (injeção intracitoplasmática de espermatozóide) para análise de malformações genéticas e cromossômicas. Aplicada para análise e exclusão de embriões com alterações genéticas antes da transferência destes para o útero em casos de histórico familiar dessas doenças, esta técnica tem sido apropriada pelas famílias usuárias para seleção sexual dos filhos. Já foram divulgados casos de uso da PGD para geração de filhos doadores de células tronco do cordão umbilical compatíveis com irmãos atingidos por doenças no sangue. Examinarei como as matérias de jornais e de periódicos semanais da grande imprensa brasileira retratam as motivações dos envolvidos (usuários e profissionais da reprodução assistida). No presente trabalho gostaria de abordar para além da compreensão médica, como as famílias se apropriam das técnicas para seus objetivos particulares. Uma das questões é o modo que a dimensão da escolha se imbrica na constituição de um

* Este artigo baseou-se na comunicação "Embriões geneticamente selecionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantação", apresentada no 9º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, 2º Congresso Luso-Brasileiro de História da Ciência e da Técnica.

parentesco dito “natural” através da tecnologia. O foco da análise estará na atribuição da condição de pessoa ao embrião nas polêmicas que cercam o PGD.

O embrião como pessoa: da metafísica à biologia

A noção de pessoa é um tema clássico na Antropologia desenvolvido primeiramente no ensaio de Marcel Mauss “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do ‘eu’”, em que o autor pretende fazer uma “história social das categorias do espírito humano”. Mauss (1974) deixa de lado a abordagem sobre a autoconsciência e a personalidade (o *self*), para analisar o desenvolvimento do conceito de pessoa em diferentes épocas e culturas. O autor demonstra assim que a noção de pessoa é socialmente construída, variando historicamente. Retomando a idéia de Mauss de que a categoria de pessoa é uma construção cultural, em seu estudo sobre o parentesco, Schneider (1968) define pessoa como uma unidade cultural capaz de ação, que desempenha um papel na vida social. A pessoa seria composta por elementos oriundos de diferentes subsistemas simbólicos, como o sistema de papéis sexuais, o sistema de idade, de classe (Schneider, 1968). De modo semelhante, o ser humano como pessoa é um complexo de relacionamentos sociais na definição de Radcliffe-Brown (apud La Fontaine, 1985, p. 125). La Fontaine (*ibid.*), através da comparação de diferentes sociedades, mostra que a condição de pessoa em seu pleno sentido não é imputada a todos os indivíduos humanos, em três exemplos analisados, crianças não seriam pessoas por definição. Dumont (1992, 1997) afirma a existência de uma categoria de pessoa peculiar ao Ocidente Moderno: o indivíduo. Não se refere aqui ao agente empírico, o ser humano individual presente em qualquer sociedade, mas ao “ser de razão, o sujeito normativo das instituições” (1997, p. 57), “o ser moral independente e autônomo, por consequência, essencialmente não social, que veicula nossos valores supremos” (1992, p. 35). Ingold (1991) alerta para outra característica da cosmovisão ocidental determinante para a concepção de pessoa: a oposição entre um mundo externo constituído de matéria e substância a um mundo interno da mente e do sentido. Nesses termos, a humanidade se eleva acima da animalidade, sendo necessário ultrapassar a condição do organismo para se tornar uma pessoa (Ingold, *ibid.*). Considerando que o embrião é um ente definido a partir da Biologia, um primórdio de um organismo em desenvolvimento, passo a analisar o debate sobre o estatuto atribuído ao embrião humano, tendo como referência a história das idéias e as práticas envolvendo as novas tecnologias reprodutivas, incluindo nestas o PGD.

As novas tecnologias reprodutivas ou reprodução assistida são procedimentos médicos que substituem o ato sexual para a procriação, sendo os exemplos mais conhecidos a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* (bebê de proveta). Na Antropologia, a abordagem sobre o tema tem como marco teórico mais influente a análise feita por Marilyn Strathern no livro *Reproducing the future: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies* (1992). Parte considerável da problemática analisada por Strathern tem como origem o Relatório Warnock e a legislação inglesa que nele se baseia. O Relatório

Warnock foi elaborado na Inglaterra a partir da comissão de inquérito em fertilização e embriologia humana estabelecida pelo governo britânico em 1982 e encerrada em 1984, que incluía principalmente profissionais da área médica, mas também advogados, assistentes sociais, um psicólogo, um teólogo, tendo a filósofa Mary Warnock como presidente. O comitê formulou sugestões para elaboração de políticas públicas concernentes às novas tecnologias reprodutivas, em particular no tocante à regulamentação das técnicas de reprodução assistida e da pesquisa com embriões. Suas recomendações fundamentam a legislação atual na Inglaterra e servem como o marco referencial na discussão bioética envolvendo as tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião (Cannell, 1990; Salem, 1997). Os ensaios da coletânea citada acima (Strathern, 1992) foram produzidos no contexto do debate público surgido por ocasião da aprovação da lei inglesa sobre embriologia e fertilização humana ("British Human Fertilisation and Embriology Act") em 1990¹. Essa lei ainda é considerada uma das mais claras e abertas entre os países que regulamentaram a reprodução assistida, centrando-se em dois aspectos principais. O primeiro é a regulamentação das relações de parentesco envolvidas com a aplicação das tecnologias de procriação. A lei estabelece quem deve ser considerado pai e mãe no contexto da possibilidade de doação de gametas e de maternidade gestacional substituta (uma mulher gestar um filho que foi concebido com óvulo alheio, em favor de outra). A lei define também quem tem o direito de acesso aos métodos para ter filhos, ou seja, quem tem direito a tornar-se mãe e pai dessa forma. O segundo aspecto central da regulamentação diz respeito ao embrião humano gerado fora do corpo da mulher na fertilização *in vitro*. Que estatuto pode ser atribuído a esse ente: trata-se de simples material biológico ou de uma pessoa humana? Se for considerado pessoa, quais são os seus direitos? É possível seu uso em pesquisas? Tais questões não são uma mera idiosincrasia do meio jurídico, mas assinalam problemas concretos e éticos advindos do surgimento e difusão das tecnologias de procriação como prática social.

Além do estatuto a ser atribuído ao embrião, a constituição do parentesco é outro ponto a ser considerado nas práticas que envolvem as novas tecnologias reprodutivas. É necessário analisar alguns aspectos básicos da simbólica de parentesco ocidental para compreender os novos significados emergentes no contexto das tecnologias de procriação. Schneider identifica dois elementos básicos para a constituição da simbólica de parentesco americana (1968), a relação como substância natural biogenética ou parentesco de sangue, e a relação como código de conduta. O primeiro caso corresponde à ordem da Natureza, sendo laços percebidos como inexoráveis, enquanto o segundo corresponde à ordem da Lei, com laços construídos socialmente pelos costumes e tradições, sendo considerados, portanto, revogáveis. Ao estender as chances reprodutivas de casais inférteis, propiciando a concepção em laboratório e abrindo a possibilidade de doação de óvulos e de espermatozóides,

¹ Para uma análise específica do desenvolvimento desse debate legislativo, veja-se Franklin (1999).

ou de cessão de útero (barriga de aluguel), as novas tecnologias reprodutivas ampliam a possibilidade de constituição do parentesco como escolha e não como resultado inexorável de processos naturais. Por outro lado, a reprodução assistida permite que casais inférteis tenham filhos biológicos/genéticos, sem necessitar do recurso à adoção. Nesse sentido, essas técnicas permitem que se acentue o valor dos laços genéticos, o que constitui a genetização do parentesco.

O debate sobre a formação do embrião humano pode voltar até a embriologia especulativa de Aristóteles, em quem São Tomás de Aquino se baseou em sua reflexão teológica (Luna, 2004). No Ocidente moderno, é possível acompanhar o debate sobre o estatuto do embrião humano seguindo a discussão feita pela Igreja Católica sobre o aborto. Apenas em 1869, o Papa Pio IX declara o aborto como homicídio e, no século XX, se formula o conceito de proteção do embrião desde a concepção, tendo como pressuposto a hominização imediata, isto é, a entrada da alma já na concepção (Hurst, 2000). Franklin (1991) afirma que os grupos anti-aborto na Inglaterra afastaram-se da retórica de que toda vida humana seria sagrada porque criada por Deus, substituindo definições religiosas da vida por definições biológicas. Assim, a condição de pessoa do feto não estaria mais na posse de uma alma, mas na posse de um corpo e um genótipo humanos. O *lobby* anti-aborto assume esse discurso a partir de uma mudança no campo médico ocorrida já na década de 70 em que o feto se torna foco de atenção médica e biológica. Constrói-se assim o feto como um agente individual separado da própria mãe. Essa imagem do feto separado é construída por tecnologias visuais (câmeras no interior do útero, ultra-sonografia), definindo-se sua condição de pessoa de modo a-social, a partir de fatos naturais. A construção do feto como pessoa potencial e individual se vale de um raciocínio teleológico, baseando-se em conceitos de força vital biológica e de determinismo genético, de modo que, no momento da concepção, seu curso de vida já estaria mapeado geneticamente. A biologia torna-se a base para a construção cultural de categorias sociais (Franklin, 1991). A individualidade do feto mostra-se tanto no conceito de viabilidade, como na própria distinção entre embrião e pré-embrião.

Se o debate sobre a condição de pessoa do embrião se origina em discussões anteriores sobre a licitude do aborto, as novas tecnologias reprodutivas levantam a questão a partir de outros ângulos, em função das possibilidades crescentes de intervenção em embriões vivos criados em laboratório. O conceito de pré-embrião formulado no Relatório Warnock para designar a fase anterior ao surgimento da linha primitiva, serve para abrir espaço para experimentação com esses embriões até o décimo quarto dia após a fertilização², um interesse da comunidade científica inglesa, conforme atestam várias autoras (cf. Strathern, 1992; Franklin, 1999; Salem, 1997). As recomendações do

² A linha primitiva é uma estrutura correspondente ao primórdio da medula espinhal, sendo um marco de individualização do embrião (Salem, 1997; Strathern, 1992b), tema que será discutido adiante.

relatório são referência na discussão envolvendo as tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião para as áreas de bioética, do direito e para a doutrina da Igreja Católica, campos que estão em diálogo com as teses do Relatório Warnock, acatando-as ou recusando-as³.

A doutrina da Igreja Católica, a legislação e a bioética definem o embrião como pessoa, ou, mais especificamente, conforme a representação de pessoa moderna, o indivíduo como valor (Dumont, 1992, 1997)⁴. No Direito, seja tomando o nascimento como referência (Spolidoro e Martins, citado por Luna, 2001b), seja no estágio de embrião (Callioli, 1988; Rizzardo, 1991), a condição de pessoa se estabelece em função de marcos físicos “naturais”, correspondendo ao indivíduo. Também na Bioética (cf. Comitê Nacional de Bioética, 1997), a discussão do estatuto do embrião humano tem o indivíduo como modelo com ênfase na individualidade biológica e em condições anatomo-biológicas mínimas para o estabelecimento da racionalidade (Luna, 2002b). Os documentos do magistério católico refutam o conceito de pré-embrião, enfatizando a presença do DNA desde a fecundação e a continuidade do desenvolvimento embrionário para afirmar a condição de pessoa a partir do marco natural da concepção (Luna, 2002b). Os critérios adotados por esses saberes confirmam a tendência apontada por Conklin e Morgan (1996) de buscar marcadores fixos estruturais da condição de pessoa, marcadores estes provenientes da biologia ou da natureza.

Salem (1997) analisa os argumentos segundo os quais se atribui ou se nega o estatuto de pessoa ao embrião: o primeiro diz respeito à sensibilidade do embrião, sinal da emergência dos primórdios do sistema nervoso central com a placa neural por volta do 22º dia. Seria o primeiro indício da qualidade racional da espécie humana. O 14º dia, no entanto, é adotado como marco preferencial do estabelecimento da condição de pessoa, em primeiro lugar porque assinala o término da fase de implantação do embrião no útero materno, mas principalmente por indicar o fim do estágio indiferenciado do embrião, com a formação da linha primitiva. A partir da emergência dessa estrutura é possível falar em individualização do embrião, não mais podendo este dividir-se em dois ou se fundir a outro. É interessante que, mesmo nas posições gradualistas, segundo as quais a condição de pessoa emerge com o desenvolvimento, se está diante de marcos estruturais físicos para essa definição. Segundo Salem (1997), esse tipo de definição demonstra a biologização da identidade, pois mesmo critérios relacionais, como o vínculo entre a mãe e o embrião, são definidos em termos biológicos como o processo de nidação (implantação do embrião no útero). A atribuição da condição de pessoa ao

³ Ver a discussão sobre o estatuto do embrião pela bioética no documento “Identidade e estatuto do embrião” do Comitê Nacional de Bioética (1997). Para análise do estatuto do embrião no Direito, ver Soares (1991), Diniz (1994) e Mestieri (1997). Para o discurso do magistério católico, ver Luna (2002b).

⁴ Cf. Salem (1997). Uma análise de material de imprensa e artigos jurídicos, além de diversos documentos emitidos pelo magistério da Igreja Católica, permite confirmar os achados de Salem (Luna, 2001b, 2002d).

embrião a partir de critérios biológicos desconecta e oculta as relações sociais, em particular as de parentesco, representando-o como um ente desprovido delas. Uma intensificação desse processo de ocultamento das relações sociais está na definição da identidade não só de pessoa humana, mas também individual, com base nos genes que corporificariam a verdade essencial.

Técnicas de diagnóstico pré-natal e pré-implantação: da amniocentese ao PGD

A seleção de embriões para implantação após teste genético levanta questões que estão em continuidade com o debate sobre os exames de diagnóstico pré-natal como a amniocentese e a biópsia de vilosidades coriônicas (Cowan, 1992). Em todos esses casos, retira-se amostra de tecido celular do feto ou embrião para testagem genética. A técnica de amniocentese foi criada primeiro, consistindo na retirada de líquido amniótico por punção com agulha hipodérmica inserida do umbigo da gestante entre a décima quarta e a décima sexta semana. São analisadas células fetais que descamaram para esse líquido. Já a biópsia de vilosidades coriônicas deve ser realizada entre a nona e a décima semana, coletando células por meio da inserção de uma sonda através do colo do útero que retira uma amostra de saliências existentes no cório, um dos tecidos membranosos que formam o saco embrionário, dentro do qual está o embrião (Hubbard, 1990). Identificando-se uma doença genética, entre as poucas em que há testes disponíveis, a solução é a eliminação do ente com o defeito, não havendo, até então, outras terapias. No caso da amniocentese e da biópsia das vilosidades coriônicas, em caso de resultado positivo para alteração genética, a opção seria interromper ou dar continuidade à gravidez. A novidade existente no PGD é justamente o fato de ainda não haver gravidez quando o exame e a seleção de embriões ocorrem, pois estes ainda estão fora do útero materno, ou seja, no laboratório. Somente os embriões que não tivessem as doenças genéticas já identificáveis seriam transferidos para o útero materno.

O relatório da OMS sobre avanços recentes na concepção medicamente assistida registra os primeiros artigos sobre experimentos de biópsia de embriões humanos em 1989 e 1990, retirando-se uma célula (blastômero) de um embrião criado por FIV no estágio de seis a oito células para testá-lo antes de sua transferência para o útero e implantação, o PGD (diagnóstico genético pré-implantação). Os exames foram bem sucedidos para duas doenças ligadas ao cromossomo X, como a síndrome do X frágil (retardo mental ligado ao cromossomo X) e a adrenoleucodistrofia, e para a seleção sexual de embriões. As técnicas usadas para testar as alterações eram principalmente a PCR (reação polimerase em cadeia) que faz a amplificação e análise do DNA. Esse teste permite detectar a existência de doenças genéticas provocadas por anomalias em genes já conhecidos como a fibrose cística e outras provocadas por defeitos em um só gene, como a distrofia muscular de Duchene, anemia falciforme, doença de Tay-Sachs e síndrome de Lesch-Nyan (World Health Organization, 1992; Speroff, Glass & Kase, 1995). Em 1996, introduz-se uma nova técnica

chamada FISH (hibridização *in situ* por fluorescência) que detecta anomalias cromossômicas específicas como as síndromes de Down, de Edwards e de Patau, além da identificação do sexo do embrião (Abdelmassih, 1999). Uma das oito células de um embrião de três dias (blastômero) é retirada por meio de micromanipulação, sendo a verificação feita no núcleo da célula. Uma sonda de DNA, inserida no núcleo, ao ligar-se a um certo cromossoma, produz uma cor específica, o que é visível pelo microscópio de fluorescência. Assim cada cromossoma marcado com uma determinada cor fluorescente corresponde a um exame específico⁵. As indicações para o PGD são: idade materna, “cariótipo alterado” (presença de alterações genéticas), abortos de repetição e a opção do casal⁶.

O especialista em medicina da reprodução humana e autor do livro *Tudo por um bebê*, Dr. Roger Abdelmassih salienta que a escolha do sexo do bebê é proibida, mas deve ser utilizada para evitar doenças hereditárias que afetam indivíduos de um só sexo como a hemofilia (1999). Na realidade, não existe legislação brasileira específica sobre reprodução assistida, a proibição de seleção sexual constando da Resolução 1358/1992 do Conselho Federal de Medicina (CFM), exceção feita para doenças ligadas ao sexo. De modo geral, especialistas em bioética, como o professor Volnei Garrafa, presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2001-2004), e vários especialistas em reprodução humana, pronunciam-se favoravelmente à seleção sexual de embriões apenas por razões clínicas, como se vê em uma reportagem de 1999⁷. Além da síndrome do cromossomo X frágil, da fibrose cística, da distrofia muscular congênita, da Síndrome de Down e da hemofilia, já citadas acima, o quadro “O embrião perfeito” menciona, como doenças detectáveis pelo exame atualmente o mal de Huntington⁸. Antecipando resultados da pesquisa genômica, o quadro mostra no futuro a identificação do “mal de Alzheimer; doenças congênitas

⁵ Sobre o ano da introdução da nova técnica, veja o quadro “Os avanços da reprodução humana em laboratório”. *Folha de São Paulo*, sexta-feira, 24 de julho de 1998, *Mundo*, p. 1.16. A descrição da técnica e de sua oferta na clínica do Dr. Roger Abdelmassih vem em RABINOVICI, Moises. “Nova técnica evita doenças genéticas desde o embrião”. *O Estado de São Paulo*, 18 de agosto de 1997, Geral, p. A.15. Conferir a descrição em “Mapeamento gênico e Programa Genoma Humano” disponível em <http://planeta.terra.com.br/educacao/biolmol/Genetica-Medicina/Mapeamento-genico&HGP.htm>, acesso em 06/03/2004.

⁶ Cf. comunicação “Diagnóstico genético pré-implantacional: técnica e aplicação clínica” de Cláudia Chagas Rocha, apresentada no VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida.

⁷ MARINHO, Antônio. “Menino ou menina? Técnica americana que permite a escolha do sexo do bebê é proibida no Brasil”; “Casos especiais devem ser discutidos”. *O Globo*, 15 de agosto de 1999, *Jornal da Família*, p. 1-2.

⁸ O quadro consta de TEICH, Daniel Hessel & OYAMA, Thaís. “Em busca do bebê perfeito; butiques de sêmen, sexo selecionado e escolha de embriões: o Brasil entra na era dos superbebês”. *Veja*, ano 32, n. 44, 03 de novembro de 1999, p. 126. As fontes mencionadas são Mayana Zatz, Centro de Estudos do Genoma Humano da Universidade de São Paulo, USP/Online Medelian Inheritance in Man, Johns Hopkins University. Gostaria de ressaltar o acento eugênico de título e subtítulo.

do coração; câncer no seio, pele e pâncreas; diabetes”.

Autoras feministas comentam o caráter coercitivo da disponibilidade das técnicas de diagnóstico genético pré-natal (durante a gravidez) e pré-implantação, pois, ao ganhar a possibilidade de controle de qualidade das crianças nascidas, se estaria perdendo a escolha de não controlar essa qualidade (Minden, 1985). Hubbard afirma que inovações técnicas não constituem novas escolhas, apenas substituem um conjunto de constrangimentos sociais por novos (1985, p. 575). Essa autora fala especificamente de técnicas de diagnóstico pré-natal como a amniocentese, que permite identificar alterações genéticas durante a gestação e, portanto, evitar o nascimento de crianças com deficiências através da interrupção da gravidez. Ela expõe a diferença entre uma mulher decidir se quer gestar um bebê, isto é, o direito de escolha ao aborto, e decidir sobre que tipo de bebê se quer gestar, o que para ela teria implicações eugênicas. Segundo Wertz (1992), as mais fortes críticas a essa escolha ilimitada vêm do movimento de direitos dos portadores de deficiência, que argumenta pelo caráter construído de muitas deficiências, estas podendo ser superadas com apoio social adequado às famílias. Em outro trabalho, Hubbard (1990) questiona posições de juristas sobre a omissão dos pais em evitar nascimentos, pois as crianças teriam o direito de nascer física e mentalmente sãs. Contrariamente a tal posição jurídica, Wertz (ibid) observa que processos sobre “nascimentos errados” movidos por filhos com deficiências severas não têm obtido êxito. Em contraste com posturas eugênicas, o depoimento de mulheres que se submeteram a um exame pré-natal pouco invasivo, a testagem de alfafetoproteína no sangue materno, demonstra que a maioria não busca um bebê perfeito, mas quer simplesmente filhos normais (Press et al. 1998).

As novas tecnologias reprodutivas, ao substituírem o ato sexual por procedimentos clínicos e laboratoriais que funcionam como o ato procriativo, têm sido qualificadas de medicalização da reprodução (Corrêa, 1998). Além do aspecto medicalizado, a opção por reprodução assistida como meio de ter filhos por parte de casais inférteis, ou de pessoas cujas práticas sexuais não gerem filhos (pessoas solteiras, casais homossexuais), em vez do recurso à adoção, implica o reforço do significado atribuído aos vínculos de conexão de substância biogenética, os laços ditos naturais (Schneider, 1968; Strathern, 1992), o que constitui um processo de genetização do parentesco. O parentesco é reinscrito na embriologia no caso do diagnóstico genético pré-implantatório, em que pais buscam reconhecer se transmitiram doenças genéticas aos embriões formados com o seu material germinativo. O parentesco é genetizado, isto é, seus laços são vistos como conexões entre genomas (Franklin, 1999; Strathern, 1992). A genetização do parentesco relacionada às novas tecnologias reprodutivas também está implicada no desenvolvimento contínuo de técnicas para propiciar o uso dos próprios gametas na reprodução sem necessidade de doadores nos casos mais graves de infertilidade (Luna, 2002a), ou quando os pais querem evitar a transmissão de doenças existentes no histórico familiar, como no diagnóstico e seleção dos embriões. Nesse sentido, Finkler (2001) fala de medicalização do parentesco, em que família e conexões de parentesco são estruturadas na biomedicina em termos de herança genética de condições

médicas por parte dos pais, avós. Segundo a compreensão médica, família e parentela passam doenças. Profissionais da área de saúde são treinados para evitar tal transmissão, conforme se depreende do depoimento dessa profissional de reprodução assistida sobre o diagnóstico de embriões pré-implantação:

É nossa obrigação como profissional da área impedir que essa mulher venha a gerar uma criança doente. A nossa obrigação, se a gente sabe ver isso, é permitir que seja selecionado o embrião que tenha a menor possibilidade de vir a desenvolver ou fibrose cística, ou qualquer uma dessas doenças que já se clonou o gene, que se conhece. (embriologista)

Impedir o nascimento de uma criança doente seria uma obrigação da equipe médica, na opinião dessa profissional, supondo-se que a criança deva desfrutar de uma vida melhor, o que seria desejo dos pais. Durante uma comunicação em que se abordou o diagnóstico genético pré-implantação, foi exibido um slide de um bebê com selo de qualidade: “nascido após PGD”⁹. O eugenismo da imagem é patente, mostrando um bebê em forma de um produto cuja qualidade é garantida. A existência desse tipo de testagem, seja pré-natal, seja pré-implantação, propicia um ambiente coercitivo quanto à necessidade de se recorrer ao exame, havendo pouca margem para se negar a fazê-lo quando indicado, pois os pais seriam censurados por omissão ou negligência (Wertz, 1992, Rapp, 1998).

Para além da compreensão médica, quero considerar aqui como as famílias se apropriam das técnicas para seus objetivos particulares. Diversos condicionantes sociais e pessoais interferem na aceitação de tecnologia médica. Rapp (1998), analisa a concordância de mulheres nos Estados Unidos em submeter-se ao exame de amniocentese. Rapp conclui que o suporte da religião, dos parentes, ou outro tipo de apoio comunitário, bem como a história reprodutiva individual das mulheres envolvidas, podem implicar a recusa do teste, contra a recomendação médica. Por outro lado, a aceitação do exame relaciona-se a características estruturadas por classe social como o grau de informação e de adesão ao discurso biomédico e o acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Também pode interferir na aceitação do exame a dominância masculina na tomada de decisões, com muitas gestantes invocando a opinião dos parceiros. Vários fatores medeiam entre a mensagem científica de universalidade obrigatória e as particularidades do dilema vivido. Segundo Rapp (1998), na amniocentese, as pessoas envolvidas assumem o papel de julgar os padrões de entrada na comunidade humana, uma observação que pode ser estendida a outros testes pré-natais e ao diagnóstico genético pré-implantação.

Se, no diagnóstico pré-natal, o dilema da mulher ou do casal envolvido diz respeito à interrupção da gravidez e exclusão de uma possibilidade de vida, no diagnóstico genético pré-implantação, a mulher ou o casal envolvido

⁹ Slide exibido durante a comunicação “Revisão Crítica da Genética Pré-Implantacional” do Dr. Yuri Verlinsky, no Simpósio Internacional Revisão Crítica dos Avanços em Reprodução Assistida, São Paulo 23/11/2002.

parecem centrar-se nos objetivos que têm quando pedem a seleção dos embriões que serão transferidos e terão chance de se desenvolver. Um dos motivos mais comuns invocados pelos casais para a seleção de embriões é a escolha do sexo do bebê. A justificativa pode ser a tradição cultural de se ter um filho homem para manter a linhagem, motivação comum entre seus clientes de origem árabe ou mediterrânea, segundo Dr. Roger Abdelmassih¹⁰. Porém, o motivo não médico mais comum é o desejo de famílias que têm todos os filhos do mesmo sexo de terem um filho do sexo oposto. A revista *Isto É Gente*, em junho de 2003, publicou como matéria de capa uma reportagem sobre famílias que escolhiam o sexo dos filhos¹¹. Quatro casais foram entrevistados, três dos quais escolheram o sexo (sexagem) para “complementação familiar”, expressão usada pelos médicos entrevistados. Um casal tinha quatro filhas e recorreu a três tentativas de fertilização *in vitro* até conseguir um menino: “As pessoas comentavam que só tínhamos meninas. Todo pai quer um filho homem e faltava o machinho da casa”, disse o pai. No segundo exemplo, o homem tivera três filhos do primeiro casamento e um quarto filho do casamento atual. Após um enfarte, ele expressou à esposa o desejo de ter uma filha. A esposa submeteu-se a uma técnica ainda não testada para escolha do sexo em uma clínica de reprodução humana. No terceiro caso, uma mulher com dois meninos recorreu à reprodução assistida para ter uma filha, pensando que vínculos entre mãe e filha são mais duradouros, enquanto os filhos são atraídos pela família das respectivas esposas. Duas das mulheres manifestaram preocupação sobre o destino dos embriões de sexo não desejado, pois a seleção sexual dos embriões (sexagem) implicaria o descarte dos que não fossem usados. A primeira pensou na filha que poderia ter quando soube que havia quatro embriões “saudáveis” de meninas. A última apresentou a seguinte preocupação quanto aos embriões: “queria saber se eles eram vida”. Ela “foi informada sobre a existência de duas linhas de pensamento na medicina: uma diz que a vida começa quando o útero absorve o embrião e a outra no momento em que o coração começa a bater”. Quando ela se preocupa em saber se os embriões “eram vida”, sua pergunta diz respeito ao estatuto do embrião. Já as “linhas de pensamento” referidas são critérios biológicos que assinalam diferentes marcos para o início da vida do embrião: um seria a nidação, isto é, a fixação do embrião no útero, e outro seria a presença de batimento cardíaco. Perguntar se o “embrião é vida” é questionar se é possível lhe atribuir o estatuto de pessoa. A mesma reportagem traz também a posição de especialistas: um bioeticista considera que as normas do CFM devem ser revistas, não se devendo julgar os motivos de um casal para escolher o sexo dos filhos. Três especialistas em reprodução humana se manifestam: o primeiro, presidente da Sociedade Brasileira de Re-

¹⁰ MARINHO, Antônio. “Casos especiais devem ser discutidos”. *O Globo*, 15 de agosto de 1999, *Jornal da Família*, p. 2.

¹¹ FARAHA, Fábio. “Bendito o fruto: por que casais brasileiros decidem escolher o sexo dos filhos, um procedimento polêmico que envolve dilemas éticos e morais”. *Isto É Gente*, ano VI, n. 202. 16 de junho de 2003, p. 24-29.

produção Assistida, diz que fazer a sexagem por complementação familiar fere a ética médica, exceto em casos de doença; o segundo, Dr. Roger Abdelmassih, defende o procedimento quando casais já têm três ou mais filhos do mesmo sexo; um terceiro, Dr. Paulo Serafini, afirma que envia o casal para os Estados Unidos se ele achar justa a sexagem, mas o parecer do CRM não for favorável.

O debate sobre o direito dos casais ou das mulheres de escolher o sexo dos filhos na reprodução assistida não é original, reproduzindo os termos da discussão em técnicas de testagem pré-natal como a amniocentese. Segundo Cowen (1992), "sexo" foi a primeira condição fetal a ser diagnosticada, com a identificação dos corpúsculos característicos da cromatina sexual feminina (característica derivada de um cromossomo X, o cromossomo sexual feminino) em células fetais presentes no líquido amniótico em 1955. Na década de 70, o governo dos Estados Unidos declara seguro e acurado o procedimento de amniocentese para identificação de desordens cromossômicas e defeitos do tubo neural do feto como a espinha bífida, passando aos poucos do domínio da pesquisa para a prática clínica. A discussão entre os médicos era se a informação sobre o sexo do feto era medicamente relevante, quando se percebeu que muitas pacientes pediam o exame apenas com o objetivo de descobrir o sexo. Enquanto o primeiro objetivo da amniocentese era oferecer a oportunidade de aborto terapêutico, em 1973 o aborto torna-se legal nos Estados Unidos. Os médicos viram-se entre duas injunções: a de não causar dano, que restringiria procedimentos cirúrgicos sem justificativa médica; e a de respeitar a autonomia do paciente, isto é, a mulher pode controlar sua reprodução sem interferência. Se o casal tem o direito de planejar o número de filhos, por que não o sexo? Consequência não-intencional da oferta do procedimento foi o grande número de abortos para excluir fetos do sexo feminino na China, Índia e Coréia do Sul, podendo até afetar a proporção de homens e mulheres (Hubbard, 1990; Wertz, 1992). Esse recurso ao procedimento médico se dá no quadro de uma tradição de infanticídio em alguns desses países (Wertz, *ibid*). Os motivos para apropriação de um ato médico por parte dos pacientes muitas vezes se dão por razões fora da lógica médica como as representações de gênero, expressas no desejo do "machinho", da menina que fique com a mãe, da valorização de filhos homens na Ásia, informando a seleção sexual de fetos, ou de embriões antes da transferência.

Em geral, os médicos se pronunciam favoravelmente quando o motivo para seleção é clínico. Tal é o caso do paciente azoospérmico (sem produção de espermatozoides) que não queria arriscar-se a transmitir a característica e optou por ter meninas¹². Um dos casos mais mencionados pela imprensa brasileira é o de Cilene, que tinha dois sobrinhos com deficiência mental, procurou aconselhamento genético e descobriu ser portadora da síndrome do cromossomo X frágil, tendo 90% de chance de gerar meninos com grave deficiência mental. Ela foi aconselhada a não ter filhos quando planejava o casa-

¹² MARINHO, Antônio. "Casos especiais devem ser discutidos". *O Globo*, 15 de agosto de 1999, *Jornal da Família*, p. 2.

mento para o ano seguinte. O casal adotou um menino. Ao saber da possibilidade de exame e seleção de embriões, ela e o marido recorreram à técnica. Cilene diz que queria experimentar a gravidez¹³. Na terceira tentativa, quatro óvulos foram fertilizados, dois masculinos portadores da síndrome foram descartados, dois foram transferidos, resultando do nascimento de uma filha. Cilene disse não ter conflitos, pois não queria transmitir a um filho um problema que ele carregasse a vida inteira¹⁴. Em ambos os casos, percebe-se, pelo discurso e decisões dos pacientes, que o parentesco é genetizado e medicalizado. Em 2003, um casal na Austrália em que ambos eram portadores de um gene recessivo para surdez recorreu também ao diagnóstico genético pré-implantação. Dos sete embriões produzidos, um tinha os dois genes, portanto geraria uma pessoa surda, cinco deles tinham um gene, e apenas um não era portador. O embrião não portador foi transferido sem que resultasse em gravidez e os demais foram congelados. Posteriormente, os outros cinco embriões portadores foram transferidos sem gerar gravidez. Embora o procedimento tenha sido autorizado pela autoridade que regula os tratamentos de infertilidade, considerando a surdez uma condição médica, e não uma razão cosmética do uso da tecnologia, eticistas criticaram a postura por abrir precedentes de excluir características não desejadas. A Associação Britânica de Surdos manifestou-se contrariamente ao exame pré-natal ou pré-implantação¹⁵. Nesse caso, a tentativa do casal de evitar características desvantajosas para o filho esbarra em questionamentos éticos sobre a programação de atributos desejáveis ou não para a prole. Da mesma forma que no debate sobre o diagnóstico pré-natal visto acima, grupos de portadores de deficiência também se manifestam contrariamente à seleção de embriões.

No reino da ficção, uma telenovela de grande sucesso chamada “Laços de Família”, escrita por Manoel Carlos e exibida pela Rede Globo no ano de 2000, lançou para o público a possibilidade de se fazer o transplante de células tronco do cordão umbilical para se curar leucemia. Naquela novela das oito, a personagem planejou engravidar novamente do pai de sua filha atingida por leucemia, um ex-namorado, a fim de que o filho nascido fosse doador para ela. Como a arte imita a vida, no mesmo ano, nos Estados Unidos, um casal logrou ter um filho para doar o sangue do cordão umbilical para a filha de seis anos que sofria de anemia de Fanconi, “um tipo de câncer no sangue”. Ambos os pais eram portadores de um gene recessivo para a doença. O segundo filho foi gerado por meio de fertilização *in vitro* com diagnóstico genético pré-implantação dos embriões. Na quarta tentativa, dos 15 embriões examinados, dois

¹³ FARAH, Fábio. “Bendito o fruto: por que casais brasileiros decidem escolher o sexo dos filhos, um procedimento polêmico que envolve dilemas éticos e morais”. *Isto É Gente*. ano VI, n. 202. 16 de junho de 2003, p. 27.

¹⁴ TEICH, Daniel Hessel & OYAMA, Thaís. “Em busca do bebê perfeito; butiques de sêmen, sexo selecionado e escolha de embriões: o Brasil entra na era dos superbebês”. *Veja*, ano 32, n. 44, 3 de novembro de 1999, p. 128.

¹⁵ NOBLE, Tom. “Embryos screened for deafness – a quiet first for Australia”. Disponível no endereço eletrônico: http://www.geneticsmedia.org/Pap_smears.htm, artigo datado de 11 de julho de 2003.

estavam livres da doença e eram compatíveis com a filha afetada, sendo transferido apenas um “suficientemente saudável”. Dessa gravidez nasceu um menino para ser o doador. A polêmica em torno do procedimento envolveu tanto o descarte dos embriões que continham o gene da anemia, o que é acusado de ser aborto, quanto a característica experimental do transplante de células tronco cujas conseqüências não são conhecidas¹⁶. Aberto esse precedente, na Grã-Bretanha, em 2002, a Autoridade de Embriologia e Fertilidade Humana autorizou um casal a selecionar um embrião compatível com o filho que sofre de talassemia. O objetivo também era usar células do cordão umbilical para o transplante¹⁷. Em 2003, porém, um casal inglês teve a autorização negada para selecionar embriões com o mesmo intuito: gerar um doador para o filho que sofria de uma forma fatal de anemia. O casal dirigiu-se aos Estados Unidos, onde a técnica foi aplicada e a criança já nasceu. O pai dos meninos justifica sua decisão com uma correlação estatística: a chance de ter “naturalmente” um filho compatível em termos genéticos com o irmão era de 25%, subindo para 98% com a seleção embrionária. Ele argumenta que a seleção não foi estética: escolha de cor dos olhos, dos cabelos ou do sexo do bebê. A estratégia teve como referência o exemplo do casal americano acima. O procedimento é autorizado na Grã-Bretanha apenas se os pais sofrem de mal hereditário que ponha em risco a saúde da criança, negando-se aquele pedido de seleção pelo critério de que o embrião não corria risco de sofrer a doença¹⁸.

Acusações de eugenia cercam a seleção de embriões. Além de o processo convencional de fertilização *in vitro* exigir um controle de qualidade embrionária tendo a morfologia como referência, o diagnóstico genético pré-implantação investiga a presença de defeitos genéticos no embrião que, embora não impeçam seu desenvolvimento, trarão conseqüências danosas para a criança a nascer. Qualquer escolha implica eugenia? Em alguns casos, como no movimento de portadores de deficiência, escolhas reprodutivas podem ser feitas para manter a homogeneidade que garante a identidade do grupo, tomando-se posições fora de uma lógica eugênica linear, como o casal de lésbicas surdas que pediu um doador de mesma condição. Depois de várias negativas de bancos de sêmen, elas contaram com a ajuda de um amigo surdo¹⁹.

¹⁶ PASSOS, José Meirelles. “Casal tem bebê para salvar a primogênita; menina com câncer no sangue recebe células saudáveis do cordão umbilical do irmão”. *O Globo*, quarta-feira, 4 de outubro de 2000, *Ciência e Vida*, p. 43.

¹⁷ “Grã-Bretanha aprova seleção genética de bebê para salvar vida de irmão; Governo é o primeiro no mundo a autorizar uso de tecnologia polêmica”. *O Globo*, sábado, 23 de fevereiro de 2002, *Ciência e Vida*, p. 29.

¹⁸ “Nasce bebê selecionado geneticamente: Objetivo é usar células para salvar irmão mais velho que sofre de forma letal de anemia”. *O Globo*, sexta-feira, 20 de junho de 2003, *Ciência e Vida*, p. 19.

¹⁹ “Lésbicas optam por ter filhos surdos; por meio de inseminação artificial, mulheres geraram crianças com surdez”. *O Globo*, 09/04/2002, *O Mundo/Ciência e Vida*, p. 30.

O estatuto do embrião no PGD

Uma das objeções feitas ao recurso ao PGD implica o questionamento da condição de pessoa do embrião. A pergunta da paciente sobre se os embriões são vida diz respeito ao início da vida, estando implícito o questionamento sobre o estatuto de pessoa do embrião. A resposta citada na reportagem se refere a dois marcos físicos: nidação (marco relacional, implica a relação com a mãe quando o embrião se fixa no útero) e batimento cardíaco fetal. Os médicos que a orientaram não falaram na possibilidade de outros marcos físicos para o início da vida. Duas linhas foram apresentadas como marco do início da condição humana, ignorando a posição da Igreja Católica e a posição de muitos juristas segundo a qual o início da vida, portanto, o estatuto de pessoa se dá na concepção (Leite, 1995; Luna, 2002d; Luna 2004). Em outra parte (Luna, 2004), constatei como mulheres de camadas populares usam a categoria “uma vida” significando uma pessoa humana, ao se referir a seus embriões fora do corpo criados por FIV. Tal categoria é oriunda dos meios tradicionais católicos. Algumas inclusive criticaram as concepções predominantes nos meios médicos que definem o embrião nos primeiros dias de desenvolvimento como células que não teriam o estatuto de pessoa, portanto seu descarte não constituindo infração. Marcos físicos são característicos da cultura ocidental que tem cosmologia e epistemologia em que a natureza é tomada como a base da realidade (Laqueur, 1992; Conklin & Morgan, 1996). Outras culturas podem adotar critérios relacionais para o estabelecimento da condição de pessoa, como exemplificam Conklin e Morgan entre os Wari, da Amazônia.

Outra acusação é a de geração instrumental de um ser humano. Gostaria de destacar a semelhança dos debates sobre a PGD como meio de gerar bebês doadores e sobre a experimentação com embriões na clonagem com objetivos terapêuticos. No último caso, embriões são cultivados em laboratório a fim de se extrair células tronco totipotentes, isto é, com a capacidade de se diferenciar em qualquer tecido corporal. Tais células seriam cultivadas para a produção de tecidos a serem utilizados em transplantes, uma linha de pesquisa chamada engenharia de tecidos. Nesse caso, emerge a acusação de uso de embriões como “fábrica de tecidos”, o que lhes negaria a condição humana e reforçaria seu estatuto de material de pesquisa em laboratório (Luna, 2001a; Luna, 2004). Tanto no PGD, quando se selecionam embriões a serem transferidos para o útero a fim de que nasçam irmãos doadores, como na clonagem de embriões com objetivos terapêuticos, haveria a criação de embriões com propósitos instrumentais, mesmo que altruístas, ou seja, salvar outras vidas. A diferença é que na clonagem para produção de tecidos, o embrião cultivado em laboratório jamais chegará à condição humana plenamente desenvolvida, enquanto no PGD os embriões transferidos terão a chance de nascer. O fato de as doenças implicadas nesse recurso altruísta ao PGD envolverem alterações no sangue apenas relaciona outro aspecto desse significante tão destacado em nossa cultura: sangue como símbolo de vida, a ser doado, ou recuperado por

doação de tecidos de outro ser que vem do mesmo sangue, símbolo de parentesco.

Em sua análise sobre o parentesco americano (dos EUA) enquanto um sistema simbólico, Schneider (1968) aborda suas duas dimensões: o parentesco como substância, nos laços estabelecidos por conexão biogenética, ou laços de sangue, tidos como naturais e inexoráveis, exemplificado nos parentes consangüíneos; e o parentesco como código de conduta, socialmente construído, cujo exemplo são os parentes por afinidade. A dimensão natural de conexão biogenética seria um dado impossível de ser desfeito, fora do alcance da escolha. No caso do diagnóstico genético pré-implantação, a dimensão da escolha começa já no recurso à técnica de fertilização *in vitro*, que implica necessariamente um controle de qualidade dos embriões a serem transferidos. O PGD é um processo de escolha de embriões em que uns terão a chance de se desenvolver e nascer e outros serão excluídos. A escolha dos pais pode variar do simples desejo de ter uma família com componentes de determinado gênero (o "machinho da casa", a menina que acompanha a mãe); à exclusão do nascimento de crianças afetadas por doenças, evitando o sofrimento delas; por fim, à geração de um filho são com o propósito altruísta de salvar o irmão de sangue doente. Em lugar da oposição entre parentesco por escolha ou intenção e o parentesco "verdadeiro", "natural", em se tratando do recurso ao PGD, a dimensão da escolha ajuda a construir os laços genéticos, tidos por naturais.

Considerações finais

Diversos estudos apontam a genetização do parentesco (Franklin, 1999) e sua medicalização (Finkler, 2000) como decorrência do desenvolvimento de tecnologias genéticas e das tecnologias de procriação. No caso do PGD, as tecnologias de identificação genética são um procedimento auxiliar das tecnologias conceptivas. Sob o aspecto médico, o uso do PGD permite a medicalização e genetização do parentesco, ao constituir genealogias de possíveis doentes, a técnica surgindo como o impedimento da transmissão de caracteres indesejados no tocante à saúde. Por outro lado, conforme noticiado em várias matérias, as técnicas podem ser apropriadas por famílias usuárias com diferentes ênfases. Em alguns casos, o uso condiz com a lógica direta de medicalização e genetização do parentesco em genealogias marcadas por doenças. Tal foi o exemplo da mulher portadora da síndrome do X frágil, em que a experiência das irmãs de terem filhos com retardo mental a influenciou primeiramente a adotar um menino e depois a ter uma filha excluindo os embriões portadores por meio do PGD. Por outro lado, outros motivos dizendo respeito às representações de gênero são ocasião para uso do diagnóstico pré-implantação, como compensar o nascimento de filhos de um só sexo, planejando-se o nascimento de um filho do sexo oposto. Nesse caso, há um processo de escolha nas relações de parentesco que estaria em continuidade tanto com o planejamento familiar, em que se prevê o número de filhos desejado, como no uso do diagnóstico genético pré-natal para evitar o nascimento de filhos do sexo indesejado. Nesse processo de escolha do parentesco, certas opções fugi-

riam a propostas médicas eugênicas, sendo esse o caso do casal de lésbicas surdas que selecionaram um doador surdo a fim de ter um bebê na mesma condição que elas. Assim, certas condições que medicamente seriam desvantajosas podem ser as escolhidas pelo par reprodutivo. Por fim, é necessária a reflexão sobre o planejamento de filhos para serem doadores. Trata-se do uso instrumental de seres humanos, embora com razões altruístas.

O debate sobre o PGD diz respeito não apenas à constituição do parentesco “natural” como escolha de características determinadas biologicamente, mas também ao caráter que deve ser atribuído ao embrião formado fora do corpo antes de sua transferência para o útero. Se a lógica da FIV pode ser considerada eugênica com o controle de qualidade necessário na seleção dos gametas e de embriões morfológicamente aceitáveis, as acusações aumentam no caso de seleção e exclusão de embriões. Há vários fatores entre a mensagem científica de universalidade obrigatória e as particularidades que informam os pares reprodutivos na opção pelo teste. Se os envolvidos, profissionais e usuários da reprodução assistida estão assumindo o papel de julgar os padrões de entrada na comunidade humana, conforme nos diria Rapp (1998), há uma tensão entre a mensagem científica que pratica a eugenia em nome de uma saúde melhor e a apropriação das técnicas pelos casais para escolher o tipo de família desejado: a ausência de doenças seria apenas um entre outros motivos alegados (o sexo do filho, a presença de características comuns com os pais, a geração de filhos doadores).

Referências bibliográficas

- ABDELMASSIH, Roger. (1999). *Tudo por um bebê*. São Paulo, Globo.
- CALLIOLI, Eugênio Carlos. (1988). “Aspectos da fecundação artificial *in vitro*”. *Revista de Direito Civil, Imobiliário, Agrário e Empresarial*, São Paulo, 12 (44): 71-95, abr./jun.
- CANNEL, Fenella. (1990). “Concepts of parenthood: the Warnock Report, the Gillick debate, and modern myths”. *American Ethnologist*. 17 (4): 667-86.
- COMITÊ NACIONAL DE BIOÉTICA. (1997). “Identidade e estatuto do embrião”. *SEDOC* 29 (261): 540-62, Mar-Abr.
- CONKLIN, Beth A. & MORGAN, Lynn M. (1996). “Babies bodies and production of personhood in North America and a Native Amazonian society”. *Ethos* 24(4): 657-94.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1358/92 do CFM. In: LEITE, Eduardo Oliveira. (1995). *Procriações Artificiais e o Direito: Aspectos Médicos, Religiosos, Psicológicos, Éticos e Jurídicos*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. p. 429-432.
- CORRÊA, Marilena V. (1998). “Novas tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas”. *Estudos Feministas*, 6(1): 126-38.
- COWAN, Ruth Schwartz. (1992). “Genetic Technology and Reproductive Choice: An Ethics for Autonomy”. In: KEVLES, Daniel J. & HOOD, Leroy

- (eds.). *The Code of Codes: Scientific and Social Issues in the Human Genome Project*. Cambridge/London: Harvard University Press. p. 244-63.
- DINIZ, Maria Helena. (1994). "Reflexões sobre a problemática das novas técnicas científicas de reprodução humana assistida e a questão da responsabilidade civil por dano moral ao embrião e ao nascituro". In: TUBENCHLAK, James & BUSTAMANTE, Ricardo Silva de. *Livro de Estudos Jurídicos*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Jurídicos. v. 8, p. 207-31.
- DUMONT, Louis. (1992). *Ensaio sobre o individualismo; Uma perspectiva antropológica sobre a ideologia moderna*. Lisboa: Dom Quixote.
- DUMONT, Louis. (1997). *Homo hierarchicus; O sistema de castas e suas implicações*. 2ª ed. São Paulo: Edusp.
- FINKLER, Kaja. (2001). "The kin in the gene: The medicalization of family and kinship in American society". *Current Anthropology*, 42(2): 235-63, Abr.
- FRANKLIN, Sarah. (1991). "Fetal fascinations: new dimensions to the medical-scientific construction of fetal personhood". In: FRANKLIN, S.; LURY, C. & STACEY, J. (eds.). *Off-Centre: Feminism and cultural studies*. Lancaster, HarperCollins Publishers. p. 190-205.
- FRANKLIN, Sarah. (1999). "Making representations: The parliamentary debate on the Human Fertilisation and Embryology Act". In: EDWARDS, J. et al. *Technologies of Procreation: kinship in the age of assisted conception*. 2ª ed. London & New York: Routledge. p. 127-169.
- HUBBARD, Ruth. (1985). "Prenatal diagnosis and eugenic ideology". *Women's Studies International Forum*, 8(6): 567-76.
- HUBBARD, Ruth. (1990). *The politics of women's biology*. Rutgers University Press, New Brunswick.
- HURST, Jane. (2000). *Uma história não contada: a história das idéias sobre o aborto na Igreja Católica*. São Paulo, Católicas pelo Direito de Decidir.
- INGOLD, Tim. (1991). "Becoming persons: Consciousness and sociality in human evolution". *Cultural Dynamics*, 4(3): 355-378.
- LA FONTAINE, J. S. (1985). "Person and individual: some anthropological reflections". In: CARRITHERS, Michael; COLLINS, Steve & LUKES, Steven. *The Category of the Person: Anthropology, Philosophy, History*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 123-140.
- LAQUEUR, Thomas. (1992). *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge & London: Harvard University Press.
- LEITE, Eduardo Oliveira. (1995). *Procriações artificiais e o direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- LUNA, Naara. (2001a). "A clonagem como problema e seus lugares comuns". *Ciência Hoje: Revista de Divulgação Científica da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*. 30(176): 45-47. Outubro.
- LUNA, Naara. (2001b). "Pessoa e Parentesco nas Novas Tecnologias Reprodutivas". *Revista Estudos Feministas*. 9(2): 389-413.
- LUNA, Naara. (2002a). "Parentesco com ou sem gene: um inventário do desenvolvimento recente das novas tecnologias reprodutivas". 23ª Reunião Brasileira de Antropologia, Fórum de Pesquisa Corpo, Doença e Sexualidade. Gramado, junho.

- LUNA, Naara. (2002b). "As novas tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião: um discurso do magistério da Igreja Católica sobre a natureza". *Revista Gênero*. 3(1): 83-100.
- LUNA, Naara Lúcia de Albuquerque. (2004). "Provetas e clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas". PPGAS, Museu Nacional, UFRJ, Tese de Doutorado. ms.
- MAUSS, Marcel. (1974). "Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'eu'". In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU & EDUSP. v. 1, p. 207-39.
- MESTIERI, João. (1997). "Embriões". In: TUBENCHLAK, James (coord.) *Doutrina*. Rio de Janeiro: Instituto de Direito. p. 509-16.
- MINDEN, Shelley. (1985). "Patriarchal designs: The genetic engineering of human embryos". *Women's Studies International Forum*, 8(6): 561-5.
- PRESS, Nancy; BROWNER, Carole H.; TRAN, Diem; MORTON, Christine & LE MASTER, Barbara. (1998). "Provisional normalcy and 'perfect babies': pregnant women's attitudes toward disability in the context of prenatal testing". In: RAGONÉ, Helena & FRANKLIN, Sarah (eds.). *Reproducing Reproduction: Kinship, Power and Technological Innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. p. 46-65.
- RAPP, Rayna. (1998). "Refusing Prenatal Diagnosis: The Uneven Meanings of Bioscience in a Multicultural World". In: DAVIES-FLOYD, Robbie & DUMIT, Joseph (eds.). *Cyborg babies: from techno-sex to techno-tots*. New York: Routledge. p. 143-67.
- RIZZARDO, Arnaldo. (1991). "Fecundação artificial". *Ajuris*, Porto Alegre, 18 (52): 62-78, jul.
- SALEM, Tania. (1997). "As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa". *Mana*, 3 (1): 75-94.
- SCHNEIDER, David. (1968). *American Kinship: A cultural account*. New Jersey, Prentice-Hall.
- SOARES, Denise de Souza. (1991). "Estatuto do Embrião". In: TUBENCHLAK, James & BUSTAMANTE, Ricardo Silva de (coord.). *Livro de Estudos Jurídicos*. Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Jurídicos. p. 205-10.
- SPEROFF, Leon; GLASS, Robert & KASE, Nathan G. (1995). *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade*. São Paulo: Manole.
- STRATHERN, Marilyn. (1992). *Reproducing the future: Essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press.
- WERTZ, Dorothy. (1992). "Ethical and legal implications of the new genetics: issues for discussion". *Women's Studies International Forum*, 35(4): 495-505.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1992). (WHO Scientific Group on Recent Advances in Medically Assisted Conception) *Recent Advances in Medically Assisted Conception*. Geneva: World Health Organization.

RESUMO

Embrões geneticamente selecionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantação e o debate antropológico sobre a condição de pessoa

O artigo aborda a relação entre tecnologias de concepção e a Genômica, analisando matérias da grande imprensa sobre o diagnóstico genético pré-implantação de embriões (PGD). Considera, além da compreensão médica, como as famílias se apropriam das técnicas para seus objetivos, com a relação entre constituição do parentesco, genetização, medicalização, eugenia e escolha. O foco da análise está na condição de pessoa do embrião.

Palavras chave: embrião humano; pessoa; genetização do parentesco

ABSTRACT

Genetically selected embryos: the uses of pré-implantation genetic diagnostics and the anthropological debate about personhood

The article analyses the relation between conception technologies and genomics through texts from the Brazilian press regarding embryo pre-implantation genetic diagnostic (PGD). Besides medical understanding, the article regards the way families appropriate the technique for their own ends, relating kinship making, geneticization, medicalization, eugenics and choice. The focus of analysis is on embryo personhood.

Keywords: human embryo; personhood; geneticization of kinship

Recebido para apreciação: janeiro de 2004

Aprovado para publicação: março de 2004

**A MERCANTILIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:
CRÍTICA TEÓRICA DO UTILITARISMO A PARTIR DO ESTUDO
SOBRE ATENDIMENTO A FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA EM
HOSPITAIS PÚBLICOS***

*Paulo Henrique Martins
Kátya Carvalho Alexandre*

1. Degradação do atendimento médico-hospitalar

Há um sentimento generalizado de insatisfação com a medicina alopática moderna, sobretudo no que diz respeito aos serviços assistenciais curativos oferecidos no sistema hospitalar público. As acusações mútuas de profissionais e usuários se multiplicam. Todos e ninguém têm razão. Pois, de fato, como iremos demonstrar ao longo deste texto, existem “razões” sociológicas mais amplas sobre a degradação da prática médica que extrapolam explicações pontuais sobre o funcionamento dos hospitais públicos.

O texto funda-se numa pesquisa recente sobre a situação dos pacientes que buscam as emergências e ambulatórios dos hospitais públicos. A nossa hipótese de trabalho é que o modelo assistencial-hospitalar é insuficiente para dar conta da demanda real daqueles que recorrem a esses serviços públicos. Tal insuficiência, no nosso entender, deve-se menos a dificuldades técnicas ou financeiras e mais a uma desumanização que vem acontecendo nas relações médico-paciente, provocadas pela penetração do utilitarismo no campo médico. Nesse sentido, este texto confirma as críticas recentes sobre a desumanização em curso no campo médico (Martins, 2003).

Em geral, o argumento usado para justificar o desinteresse do profissional para com o paciente seria a baixa remuneração. Embora o dinheiro seja importante - porque, em princípio, profissionais melhor remunerados deveriam demonstrar maior satisfação com o trabalho - na prática, contudo, não existe esta correlação direta entre o valor do pagamento da consulta e a boa

* Essa pesquisa faz parte de um projeto maior do NUCEM (Núcleo de Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança), intitulado: “Sociedade, Cidadania e Ambivalência no Campo Médico no Brasil” e realizado no período de março de 2002 a fevereiro de 2003. Durante esse período foram levantadas informações acerca do campo médico no Recife envolvendo profissionais, usuários e pacientes. Esta última parte sobre pacientes envolveu observação semiparticipante do pesquisador na emergência do Hospital da Restauração e nos ambulatórios do Hospital das Clínicas, com a efetuação de trinta entrevistas (quinze em cada um) com os familiares dos pacientes que aguardavam atendimento clínico e que foi realizada por Katya Carvalho Alexandre. O objetivo das questões era entender como as famílias avaliavam a qualidade do atendimento médico público e como se organizava a relação médico-paciente no ambiente hospitalar.

qualidade do atendimento. Aliás, semelhante raciocínio é perigoso por sugerir que pessoas mais ricas seriam mais felizes e as mais pobres menos felizes, já que os primeiros podem recorrer aos serviços médicos privados que, sendo pagos, deveriam ter alta qualidade assegurada. Mas não é isso o que acontece na prática hospitalar.

Nossa hipótese, diferentemente, é demonstrar que o fator mais importante para o surgimento de uma medicina de qualidade é o nível de interatividade entre o médico e o paciente, independentemente de se falar do público ou privado. No nosso entender, a alta interatividade assegura a humanização do atendimento, no lado contrário, a baixa interatividade realça atitudes egoístas, a indiferença e a insatisfação. O fato de que as práticas médicas venham revelando perda de qualidade e aumento da desconfiança entre profissionais e usuários revela, no nosso entender, que o atendimento hospitalar expressa alguma anomalia social ou cultural a merecer discussão mais aprofundada e que tem relação direta com o distanciamento entre as partes. Independentemente de nos referirmos ao modelo privado ou público, entendemos que esta desarticulação da relação médico-paciente não é mero fator conjuntural revelando, diferentemente, um fator preocupante: a penetração de valores utilitaristas no campo médico. Isto é, a entrada de valores fundados no interesse individualista e produtivista se expressa mediante alguns indicadores preocupantes como: valorização exagerada da produtividade econômica na definição dos orçamentos hospitalares, resultando fatalmente na reorganização das práticas de atendimento em função da equação tempo x dinheiro. Semelhante modo de organizar a assistência médica implica de imediato o abandono de critérios tradicionais que respeitavam a condição do enfermo independentemente do que este significava em termos de custo econômico unitário.

A pesquisa demonstrou haver tensões e desconfianças crescentes de ambas as partes, de médicos e de pacientes. Entre os indicadores que revelam o enfraquecimento do vínculo médico relacionam-se: dificuldades de tempo para se conseguir uma ficha de consulta (no caso ambulatorial); consultas-relâmpago que economizam pragmaticamente o tempo de diagnóstico; comportamento excessivamente distante dos profissionais revelando o temor dos mesmos de enfrentarem a represália dos pacientes; enxurradas de exames, muitos deles desnecessários e solicitados por medo de eventual erro médico que gere processos jurídicos por parte dos usuários, comprometendo a credibilidade profissional. Em suma, o excesso de tecnicismo aliado ao interesse com o ganho econômico, de uma parte, e a desconfiança crescente entre as partes envolvidas, de outra, tendem a substituir o diálogo interpessoal entre médico e paciente. Aparece no lugar do antigo vínculo profissional próprio da medicina tradicional, uma espécie de contrato profissional utilitarista que reforça necessariamente a distância entre médicos e pacientes.

Mas as razões deste processo não são claras nem mesmo para os profissionais médicos. Estes, em geral, tendem a enumerar um rosário de motivos para justificar a perda da qualidade do atendimento hospitalar, mas que não tocam no centro da questão. Entre estes motivos podemos enumerar: a de-

manda de pacientes desproporcional ao número de médicos disponíveis para o atendimento; a precariedade dos equipamentos e serviços profissionais que não oferecem condições adequadas para uma medicina de qualidade, os baixos salários que deixam os profissionais desmotivados.

Os pacientes e suas famílias, por sua vez, também não conseguem formular um entendimento adequado do problema. Os entrevistados, por serem de baixa renda, reclamam freqüentemente do fato que os médicos não levam em conta o alto valor econômico dos medicamentos, o que torna inviável a aquisição dos mesmos pelos usuários pobres. Mas, o mais grave, como veremos, é a relação médico-paciente em si, a fragmentação da experiência do contato direto na cura, que é provocada pelo utilitarismo.

A seguir, tentaremos explicar que essas dificuldades não são mero fruto do acaso mas correspondem, diversamente, ao impacto negativo da ideologia utilitarista na reprodução do campo médico, impondo valores quantitativistas e produtivistas que influem diretamente sobre a deterioração da relação médico-paciente, levando à perda de qualidade da mesma.

2. A ideologia utilitarista e a privatização do público

Toda ideologia serve a produzir uma imagem de poder, um discurso convincente sobre a natureza e as condições de exercício da dominação (Ansart, 1978). Isso não poderia ser diferente no que concerne à ideologia utilitarista hegemônica no contexto da economia global. Sendo herdeira direta da filosofia utilitarista do século XVIII, tal ideologia propõe que “as relações sociais podem e devem ser compreendidas como resultantes do entrecruzamento dos cálculos efetuados pelos indivíduos” (Caillé, 1998, p. 30), ficando negligenciados outros fatores, como as solidariedades espontâneas e as obrigações coletivas derivadas de consenso mútuo.

A desconsideração do elemento simbólico na organização dos processos sociais é produzida pela predominância de uma visão contábil que se expandiu a partir do desengaço conhecido pela instituição de mercado com relação ao todo social. Por privilegiar o quantitativismo na organização das práticas sociais, a doutrina utilitarista simplifica arbitrariamente a complexidade teórica e prática da ação social, influenciando negativamente nos agentes formadores e indutores de opiniões e de mudanças como o Estado e as organizações formais, em geral. A insistência sobre a visão simplificação produz necessariamente desregulações no sistema social, refletindo-se desencontradamente nas estruturas espaciais (global, nacional e local), o que é percebido pelas ampliações das desigualdades sociais e econômicas e pelo aumento da instabilidade política em diversas partes do planeta.

Mas se o interesse econômico material (que está na base deste reducionismo) explica a ânsia do ganho, ele não esclarece, portanto, as razões de as pessoas se associarem e se solidarizarem espontaneamente ou de obedecerem sem questionamentos às tradições e às regras coletivas (que não têm nenhuma determinação econômica). Esta insuficiência teórica do utilitarismo

e a crítica à mesma a partir do campo da saúde constituem uma questão central para a construção deste texto.

Aproximando as lentes do nosso objeto de reflexão, concluímos que o atual cenário mundial reforça esta onda utilitarista na saúde, o que se evidencia pela crescente instrumentalização do conhecimento médico e pela submissão dos valores da medicina aos valores mercantis e econômicos. O utilitarismo médico - versão mais pontual da ideologia utilitarista - propõe que a boa prática de cura advém da associação entre ganho econômico, progresso tecnológico e superespecialização independentemente da qualidade do vínculo interpessoal entre profissional e paciente.

De fato, o modelo médico assistencial e curativo moderno é regido predominantemente pelas diretrizes do neoliberalismo, pela expansão do capitalismo médico especulativo e da medicina técnico-utilitarista, que submete a saúde à lógica do mercado, transformando aqueles pacientes em grupos de clientes particulares e consumidores. Dessa forma, a doença se torna uma mercadoria, mais valorizada do que o doente, o que é evidente no setor privado como o lembra Almeida:

O que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil contratual das relações entre atores, que por sua vez conferem à demanda caráter seletivo. Nessa perspectiva, o mercado de serviços privados de saúde é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar, que tem por objetivo atender à determinada demanda ou clientela restrita (Almeida, 1991, p. 6)².

Rubem Alves, referindo-se ao médico contemporâneo, lembra com outras palavras a mesma preocupação com a mercantilização dos cuidados médicos: "A vida lhes pregou uma peça, e hoje a imagem que eles vêem refletida no espelho é a de uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vendem serviços" (Alves, 2002, p. 22).

Tal visão contribuiu para desvalorizar progressivamente o médico generalista que era símbolo de uma medicina mais interativa, significando na prática que a mão que tocava e interagía fosse substituída por visores luminosos e sonoros, por consultas com ares de negócios nas quais os profissionais se descuidam de um diálogo mais inteiro e intenso com o enfermo. A imagem negativista dos serviços públicos resultante da disseminação do utilitarismo vem contaminando perigosamente a opinião pública, que passa fazer comparações ilusórias entre o público e o privado na saúde. A insuficiência de investimentos no setor público contribui para enfraquecer a idéia de público e fortalecer o fetiche produtivista da medicina privada. Esta comparação é, po-

² Nesse contexto, não é exagero dizer que o modelo de gestão misto brasileiro é formado por um "apartheid" social em que, de um lado, a medicina privada elitista desenvolve tecnologias cada vez mais sofisticadas para atender a uma parcela privilegiada da sociedade, e de outro, os excluídos dessas vantagens possuem por direito o acesso ao setor público, que sofre, no entanto, muitas precariedades no que se refere ao atendimento e aos recursos técnico-humanos.

rém, equivocada por propor uma equivalência entre coisas incomparáveis - a medicina privada e a medicina pública -, já que enquanto o setor privado responde por uma demanda pequena dos cidadãos mais afortunados no país (no máximo 10% da população), o serviço público, mais precisamente o SUS (Sistema Único de Saúde) termina acolhendo a maioria da população despossuída e sem condições de pagar planos de saúde ou outras seguradoras privadas.

Apesar do surgimento de uma proposta politicamente arrojada como o SUS, o caso brasileiro³ não escapa às tendências do contexto mais geral, dado pela força da ideologia utilitarista. Embora este sistema se constitua, teoricamente, num modelo que propõe a universalidade e a igualdade no atendimento, na prática, a qualidade dos serviços fica a desejar. Ressalta-se que não se trata apenas de uma questão econômica, mas também, e, sobretudo, paradigmática; isto é, a concepção dominante de saúde nessas instituições é inadequada para responder aos novos desafios e a um atendimento de qualidade que dê conta das exigências de uma cidadania democrática e que seja capaz de opor uma reação anti-utilitarista adequada.

No jogo de interesse do mercado médico-hospitalar, o distanciamento médico-paciente é calcado pela própria formação acadêmica médica que é intensamente orientada para uma especialização médica crescente que não esconde o interesse de produtividade econômica subjacente. Lembra Almeida que:

A flutuação no volume de recursos destinados ao setor saúde tem sido a norma nas últimas décadas, sendo que o sub-financiamento do setor público e a conseqüente perda da qualidade dos serviços são um fenômeno que se agravou de forma importante mais recentemente (1998, p. 11).

Por sua vez, a extrema especialização médica faz com que o recorte disciplinar se torne mais relevante que aqueles aspectos relacionados com a história da pessoa doente ou com a influência que o ambiente social gera sobre o surgimento das endemias, como lembra Assad:

Hoje a superespecialização segmentou o paciente, que é visto pelo médico especialista em narina esquerda, pálpebra direita e onde o P do eletrocardiograma, embotando-se assim a visão holística do paciente (2003, p. 2).

Enfim, apesar dos avanços da saúde pública no Brasil a partir da expansão do SUS, deve-se reconhecer haver muito ainda a fazer. A existência de

³ No Brasil, o modelo de saúde atual é misto (público/privado), revelando uma tipologia complexa de usuários, sugerindo Rolim e Melo três tipos particulares: em primeiro lugar, os usuários do SUS, que são a maioria da população pobre; em segundo, os adquirentes de planos e seguros de saúde administrados por diferentes empresas: de seguros, de medicina de grupo, de autogestão, além de cooperativas médicas e companhias seguradoras que disputam a preferência das camadas médias e altas da população; em terceiro, o reduzido grupo de clientes particulares, que compõe o topo da pirâmide (Rolim e Melo, 1999, p. 7).

uma grande maioria de pacientes para poucos médicos acarreta, por exemplo, sobrecarga horária e emocional sendo evidente os sinais de estresse entre profissionais e clientes. O resultado disso é o atendimento médico relâmpago, baseado na equação tempo x dinheiro que suprime o diálogo de qualidade entre médico e paciente que são transformados, segundo a lei do mercado, respectivamente em produtores e consumidores de serviços médicos.

Muitas são as conseqüências do utilitarismo médico para a classe pobre, tais como

... os aumentos incessantes dos preços de medicamentos, consultas e seguros de saúde, os erros médicos freqüentes, as técnicas sofisticadas e não suficientemente testadas e o financiamento com recursos públicos de hospitais privados luxuosos, cujos serviços são interditados ou proibidos para o grande público que não pode pagar o seguro privado. Esses fatos que exigem ampla discussão pública e debate intelectual para que seja assegurado um mínimo de transparência (Martins, 2003, p. 02).

Este aprofundamento é o que estamos buscando no presente texto, sendo de grande valia os depoimentos a seguir.

3. A desumanização da medicina segundo os usuários

As práticas médicas desumanizantes no atendimento hospitalar, longe de constituírem uma abstração, foram sentidas nos depoimentos dos entrevistados como um fato concreto e corriqueiro, sobretudo quando se indagou se havia para eles diferença no atendimento de um hospital público para um privado. A insatisfação com o médico revelou-se, sobretudo, pelo modo descuidado de se lidar com os pacientes. Nas entrevistas é possível perceber que a indiferença do médico durante o atendimento não se explica apenas pelos baixos salários, havendo certamente outros elementos relevantes do ponto de vista que levam muitos dos novos profissionais a não reconhecerem os "outros". No depoimento abaixo, percebe-se uma certa indiferença que se expressa, por exemplo, pelo fato do médico não interagir diretamente e fisicamente com o doente:

E tem médico que nem olha pra você, não tem humanização nem de tocar o paciente; chega, nem olha para o seu rosto, nem aperta a sua mão, nem pergunta se está tudo bem, chega assim, escreve e pronto. Passa o exame e pronto. Uma coisa rápida assim, que parece que está atendendo a um cachorro (Entrevistado "L.S." HC).

Esta indiferença também aparece pelos descuidos na hora de prescrever os medicamentos:

A minha irmã disse: 'o médico não olha nem para a minha cara e começa já a escrever'. E ele escreveu uma medicação para ela; quando ela pegou, ela disse: 'doutor, esse medicamento eu já tomei e foi mesmo que água. Aí ele disse: 'e você, porque não me avisou para eu não escrever tanto? (Entrevistada "I.M." HC).

Mas na hora de identificar racionalmente as causas que explicam tais desencontros, os entrevistados demonstraram certa dificuldade de objetivação e terminam apontando, o que nos parece equivocado, a má qualidade do atendimento público como a causa responsável. Isto é, o paciente tende a associar a má qualidade do atendimento hospitalar à questão do dinheiro, como se a medicina privada garantisse automaticamente melhor qualidade que a pública. Semelhante desvalorização da medicina pública revela a confusão existente no nível das interpretações correntes da crise do campo médico. Conclusão: a medicina pública viabilizada pelo SUS, que vem constituindo o principal antídoto para impedir que a lógica utilitarista imponha modelos privatistas e excludentes em larga escala, é vista como o algoz, e a medicina privada, como o exemplo a ser adotado.

Esta forma ilusória de se analisar os fatos médicos recentes revela justamente a força do utilitarismo no imaginário dos pacientes, levando-os a relacionar automaticamente dinheiro x qualidade, não entendendo que a questão de fundo é a degradação da relação humana, a desvalorização do vínculo social espontâneo e solidário (que apenas podem ser assegurados no contexto de uma medicina que preserve o valor do social). Os depoimentos a seguir confirmam esta leitura da realidade hospitalar em que o depoente associa o interesse do médico pelo paciente à contrapartida de um bom pagamento:

Em um hospital particular você está pagando e eles vão dar o melhor deles para segurar a clientela deles, os pacientes, entende? (Entrevistado "A.N." HC).

Noutro caso, o paciente atribui a rapidez e a qualidade do atendimento também ao pagamento:

No particular, nós somos atendidos com mais rapidez e, é claro, todo mundo sabe disso, porque o dinheiro fala mais alto. Agora não vou dizer também que no hospital público não possa haver atendimento bom. Pode até ter, agora o que a gente vai fazer se não existe dinheiro? Vamos para um hospital público (Entrevistado "L.G." HR).

Estas interpretações voltadas para subordinar a qualidade do atendimento ao caráter privado e econômico devem-se em grande parte, cremos, ao fato de os pacientes não terem consciência de seus direitos com relação a uma medicina pública de qualidade, a qual não pode se reduzir aos interesses econômicos. Assim, para alguns, o fato de não pagar o profissional é causa de má qualidade dos cuidados médicos:

Em um atendimento particular você está pagando, né, e por isso tem o direito de exigir um bom atendimento. Aqui no público, não, você tem que esperar a boa vontade dos outros.(Entrevistado "L.M." HR).

O fato é que independentemente da leitura que os pacientes fazem da qualidade do atendimento médico, é inquestionável o impacto negativo do utilitarismo sobre a interação médico-paciente nos hospitais públicos. Esta

degradação do processo interativo produz inevitavelmente medo e insegurança que são agravados pelas tentativas inúteis de se reduzir o tempo de contato físico ou, então, pela introdução de técnicas voltadas para se criar um cordão de isolamento. A adoção de fichas de consultas, de novas tecnologias para diagnósticos, de aparelhos telefônicos ou mesmo de incorporação de novos intermediários como enfermeiros e atendentes, constituem táticas destinadas a preencher esta função de isolamento. Há duas finalidades a atingir com essas iniciativas: permitir ampliar positivamente a relação ganho econômico por tempo de consulta e de poupar o profissional de ter que enfrentar um convívio quase sempre desconfortável com o paciente.

Ou seja, a permanência de fatores desumanizantes no atendimento hospitalar gera necessariamente emoções negativas, como o medo; são causas de outras doenças de base psicossomáticas que tendem a se expandirem na medida em que o problema não é discutido na sua real dimensão sociológica. A presença destas emoções negativas pode ser apreendida no depoimento seguinte:

Hoje a gente tem medo. Hoje a gente tem medo de chegar e ser atendido. Várias vezes a gente está precisando vir na emergência e tem medo de chegar aqui, como a gente vê que já aconteceram casos com muita gente de tomar medicamento errado e falecer. Ai hoje em dia a gente tem até medo de correr para um hospital, para uma emergência, porque eles ligam a gente eu acho que como um animal qualquer, dão qualquer coisa e pronto (Entrevistado "M.D." HR).

Um dos produtos do utilitarismo é reduzir o tratamento médico a um jogo de especialistas que agem indiferentes à complexidade do homem total que somos cada um de nós.. O mais grave é que, na busca de uma especialização cada vez maior, a medicina alopática hegemônica perde sua aura de cientificidade para aparecer como mero negócio. O cidadão paciente passa então a ser um complexo "quebra cabeça" composto por partes saudáveis e patológicas, cuja complexidade e valor moral são desconsiderados. A crença cega na tecnologia médica aumenta a valorização do ganho material, substituindo o diálogo que seria a chave mestra de relação médico-paciente saudável.

Este processo de desumanização produz necessariamente o enfraquecimento do vínculo entre médico e paciente, ampliando a desconfiança e a incerteza e interferindo sobre os resultados da cura. O aumento de números de erros médicos⁴ atualmente revela este quadro desestruturador, que contraria o Código de Ética Médica, o qual no seu artigo 29 determina: "É vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência e negligência". Não é isso o que vem acontecendo.

Os fatos falam por si. Durante as entrevistas, por exemplo, algumas pessoas aceitaram falar sobre o assunto, lembrando casos de erros médicos acon-

⁴ Entende-se por erro médico, "Qualquer conduta profissional inadequada que supõe inobservância técnica capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde do outro, por imperícia, imprudência e negligência" (Glezer, 2003, p. 43).

tecidos na família. Entre os fatores apontados com causas dos erros relacionam-se: escassez de recursos técnicos e humanos nos hospitais públicos; demanda elevada de pacientes a serem atendidos; infra-estrutura inadequada a um atendimento de qualidade. Seja como for, há, devido às razões antes colocadas, todas elas ligadas à hegemonia da moral utilitária no campo médico, a ocorrência de erros cujas causas não podem ser atribuídas apenas à ineficiência profissional ou exagero de pacientes frustrados. Um dos pacientes entrevistados falou do esquecimento de um objeto cirúrgico dentro da perna da paciente durante a cirurgia:

Minha irmã fez uma cirurgia na perna e o médico esqueceu dentro da perna dela uma tesoura. E quando foi com um tempo, a perna dela inchou, doeu, infeccionou, aí foi que descobriu que era porque tinha uma tesoura lá dentro. Teve que abrir de novo para tirar". (Entrevistado "F.R". HC).

Um outro lembrou da omissão da informação médica acerca do tipo de cirurgia feita no paciente:

Minha tia fez uma esterectomia e não foi informada de que seria total, pois o médico garantiu que só precisava tirar o ovário. Só que ele fez esterectomia total e depois nem veio dizer a ela que tinha feito. Ela veio descobrir que não tinha mais útero, não tinha nada depois de ir a outro médico fazer uma consulta de rotina e ele disse: 'Mas o médico tirou tudo e não disse à senhora?' Eu acho que era obrigação dele avisar pra ela. (Entrevistado "J. A". HR).

Um terceiro referiu-se ao surgimento de uma infecção devido à demora em suturar um corte na cabeça da paciente:

A minha cunhada levou uma queda e fez um corte muito profundo na cabeça, aí foi pro HR. Chegou lá de noite e só foi ser atendida no outro dia pela manhã, é que foram fazer a sutura na cabeça dela. Depois de uns quatro dias, o rosto dela cresceu, ficou totalmente inchado, muito feio. Aí a gente levou ela de novo pra emergência, aí eu disse ao médico: 'Olhe, doutor, o corte dela está infeccionado. O médico tirou os pontos, aí foi uma coisa horrorosa de quantidade de pus que saiu da cirurgia dela. Aí eu disse: 'Eu sei porque ficou assim. Porque ela chegou tal hora e vieram fazer a sutura muito tempo depois, e ela ficou esperando na maca, no meio de todo mundo com o corte aberto, aí pegou infecção'. aí ele disse: Realmente! (Entrevistado "N.B". HR).

Enfim, um outro entrevistado reportou-se à infecção adquirida no corte de uma cirurgia cesariana, ocasionando uma hérnia no umbigo da paciente:

Minha filha teve o primeiro neném, aí não demorou quinze dias, ela já estava andando normal. Quando foi no segundo, ela teve infecção hospitalar no corte, porque não foi bem cuidado. Depois descobriram que na primeira também, foi mal cortado o umbigo dela, aí criou uma hérnia no umbigo e que a primeira cirurgia não tinha sido bem feita. Aí é que está o problema de se confiar (Entrevistado "E.S". HC).

Esses são apenas alguns casos escolhidos. Mas, longe de serem dados frios, esses relatos nos fazem acordar para a realidade dos atendimentos médicos que, por displicência ou falta de estrutura hospitalar, ocasionam erros graves que não são, em sua maioria, devidamente elucidados.

4. Bases de um pensamento anti-utilitarista e humanista na saúde

4.1 A dádiva e o valor da solidariedade

Buscaremos a seguir explicar as razões pelas quais a Teoria da Dádiva pode ter relevância especial tanto para avançarmos na crítica à ideologia utilitarista dominante no atendimento hospitalar, como para demonstrar que a solidariedade interpessoal não é um valor supérfluo, mas uma categoria estruturante de uma medicina mais humana e plural⁵.

Muitos sociólogos e antropólogos, nas últimas décadas, tentaram demonstrar que a saúde, a doença e a morte seriam fenômenos não redutíveis a um fator puramente orgânico e natural, estando inter-relacionados com as diferenças culturais próprias a cada sociedade. Aqui emerge com notável importância os estudos de Marcel Mauss (1950), quando ele explica a relação orgânica entre diversidade cultural e a relevância simbólica de temas como morte, reza e magia. Ou seja, para ele a medicina não é um fato neutro, dependendo diretamente da representação que cada cultura faz de si e da relação que estabelece simbolicamente entre vida e morte. Por isso, Alain Caillé, inspirando-se em Mauss, afirma que

...todo sistema terapêutico pode ser compreendido como uma forma de articulação entre uma intervenção biológica (física, química etc.) e uma intervenção sociológica (psíquica, simbólica) (2003, p. 17).

Mauss entendeu prematuramente a riqueza teórica dos processos interativos, revelando, por conseguinte, as bases de um paradigma complexo, o paradigma do dom (Caillé, 2003), que se funda não sobre o interesse individual, mas sobre a circulação dos objetos (materiais e simbólicos) no interior da comunidade, reforçando/enfraquecendo as perspectivas do vínculo social. Tal perspectiva de análise tem implicações teóricas muito relevantes para se pensar as possibilidades de reforço de ações mais solidárias no campo médico.

No “Ensaio sobre o dom” (1923-1924), Mauss revela existir nas sociedades arcaicas uma íntima ligação entre o simbolismo e a obrigação moral do ato de dar, receber e retribuir e que todos os fenômenos sociais estão em permanente articulação, perfazendo um sistema total de prestações e contra-pres-

⁵ Para Minayo: “A cura se baseia em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados nos seus grupos de referência. (...) A partir das mesmas idéias vai se desenvolvendo, também, uma linha holística na concepção saúde/doença, na qual a saúde tem que ser pensada como bem-estar integral: físico, mental social e espiritual” (Minayo, 1999, p. 61).

tações. Nessa perspectiva, Mauss não via o fato patológico isolado do social, do psíquico e do simbólico. Saúde, doença, cura, morte, alma e corpo fazem parte, para ele, de um "sistema total"⁶.

A dádiva constitui um recurso teórico interessante para nossa reflexão ao enfatizar o valor da circulação de bens de cura entre as partes envolvidas.

Na Dádiva Médica, é evidente a presença de bens simbólicos e materiais circulando entre curador e paciente. Se pensarmos na aplicação desse modelo na prática médica, vemos que no primeiro momento o curador aparece dando 'bens de cura' (atenção, segurança emocional, informações, cuidados, técnicas); no segundo momento, o paciente recebe esses 'bens'; no terceiro momento ele retribui ao curador a ação, entregando a este último os seus 'males' (as doenças) para serem transformados pelo ritual de cura (Martins, 2003, p. 69).

Nessa perspectiva do sistema da dádiva, as práticas médicas fundam-se, primeiramente, a partir do vínculo interpessoal entre o paciente e seu curador, antes mesmo de o tratamento seguir uma prescrição qualquer (Martins, 2003). É curioso notar que a noção maussiana do "fato social total" confirma a inovação conceitual de uma proposta como a do SUS no Brasil. Basta atentarmos para o caráter teórico e complexo dos princípios da integralidade, da universalidade, e da descentralização de ações para concluirmos que tais princípios apenas adquirem materialidade a partir do reconhecimento prévio da idéia do social como fato total. Daí o interesse teórico e prático dessa teoria. O princípio da integralidade ao valorizar os fatores não só biológicos, mas também sociais e psicológicos do paciente, contribui para ampliar a compreensão da enfermidade como fenômeno interdisciplinar. O princípio da universalidade ao valorizar igualmente todos os seres humanos independentemente de suas diferenças sociais, étnicas e de gênero, aproxima a política de saúde da idéia de cidadania democrática. O princípio da descentralização, por sua vez, permite articular territorialmente e localmente a saúde com outros campos relevantes para a cidadania como a educação, o meio ambiente e o saneamento, contribuindo para uma renovação relevante da lógica das políticas sociais.

Enfim, a importância da teoria da dádiva neste estudo se revela pelo fato de que ao valorizar mais a qualidade da relação de cura em si que os ganhos materiais a serem obtidos com a saúde, ela aparece como um importante dispositivo crítico anti-utilitarista. Ao valorizar os significados simbólicos do vínculo social que se expressam no estímulo à solidariedade, a dádiva apresenta-se como recurso teórico poderoso para se refletir acerca da qualidade da relação médico-paciente e para favorecer uma medicina mais solidária

⁶ Mauss sustenta a noção de fato social total, porque a "dádiva diz respeito ao conjunto das dimensões de ação que exerce profunda repercussão em toda sociedade" (Caillé, 2003, p. 192). A noção de fato social total representou um rompimento com as dicotomias durkheimianas - indivíduo e sociedade; físico e psíquico; sagrado e profano; normal e patológico - demonstrando haver entre eles uma dinâmica de complementaridade. O todo está na parte e a parte está no todo. A ação social aqui é compreendida a partir da tríade: a) doações; b) recebimentos; c) devoluções de bens simbólicos e materiais.

nos hospitais públicos. O médico precisa estar preparado, enfim, para amparar o paciente e sua família na dor e no sofrimento, na esperança e na perda, apesar das dificuldades inimagináveis, técnicas, econômicas e logísticas da vida hospitalar.

Na pesquisa percebemos que as pessoas à espera de atendimento e os acompanhantes demonstram com frequência solidariedades espontâneas com aqueles sujeitos a sofrimentos mais intensos. O desamparo coletivo do cotidiano das enfermarias e emergências contribui para criar vínculos e alianças entre pacientes e familiares e instituir redes espontâneas.

Esse é um dado valioso porque demonstra que as pessoas, apesar das condições difíceis, podem sempre se mostrar solidárias umas com as outras. Agem motivadas por gestos de empatia sem que haja motivos materiais ou utilitárias que expliquem tal solidariedade. Talvez porque no momento da insegurança todos somos iguais, o que favorece as aproximações espontâneas. Isso pode ser percebido através dos depoimentos seguintes:

É preciso não discriminar, não vitimizar e nem hostilizar o paciente, mas dar apoio psicológico a ele. Precisamos consolar uns aos outros. Dar carinho e atenção e animá-lo para que não perca a esperança (Entrevistado "M.C." HR).

Um conforta o outro. As pessoas se ajudam, nem se conhecem e chegam assim, com amizade. Somos todos unidos. Todo mundo vira uma família porque todo mundo está no mesmo barco (Entrevistado "J.M." HC).

4.2 A promoção à saúde e o valor da interinstitucionalidade

Partimos do princípio de que um dos objetivos principais das Ciências Sociais, e da sociologia em particular, é estudar a experiência no mundo em todas as suas formas e dimensões (Douglas & Johnson, 1997 apud Rabelo, 1999). Deste modo, acreditamos ser importante a sociologia da saúde subsidiar a construção de modelos mais democráticos de atendimento médico que amenizem os problemas cotidianos daqueles que recorrem aos serviços hospitalares de emergência ou ambulatoriais.

Neste sentido, entendendo que a saúde não pode se limitar ao fator biologizante, o presente texto pretende resgatar a perspectiva de relacionar a saúde a múltiplos elementos que condicionam as condições de vida como aqueles: ambientais, psicológicos, culturais e sociais.

No entanto, a realidade demonstra que o atendimento médico vem evoluindo numa direção imprecisa e insuficiente em relação aos ideais éticos e humanos tidos tradicionalmente como inspiradores da medicina. Se tomamos o SUS (Sistema Único de Saúde), por exemplo, verificamos haver uma defasagem entre os princípios de Universalidade, Descentralização e Integralidade da assistência a todo cidadão brasileiro, (visando ainda às ações de promoção, proteção e recuperação como meio de controlar e eliminar doenças e de garantir assistência médica) e a realidade dos hospitais públicos, (sujeitos a crônicas dificuldades financeiras e de pessoal).

Para avançarmos na nossa discussão teórica, iremos integrar, então, o

conceito de “promoção à Saúde”, desenvolvido pelos estudiosos da saúde coletiva, que visa definir a idéia de saúde de modo afirmativo, ou seja, saúde não como negação da doença (leitura tradicional da biomedicina), mas saúde como adaptação favorável do ser humano no seu contexto eco-social e psíquico. Mas este conceito de promoção apenas se afirma quando os teóricos conseguiram quebrar o tradicional vínculo epistemológico entre saúde e doença para afirmar a saúde a partir do contexto sociológico mais amplo. Guierrez explica dialeticamente a diferença entre Prevenção e Promoção:

Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final, e, portanto, a ausência de doença seria suficiente. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência de doença não é suficiente já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais favoráveis (Gutierrez, 1997, p. 1).

A partir de uma concepção mais ampla como esta da prevenção, é possível se avançar numa discussão mais articulada acerca das reais condições e eventuais avanços do atendimento às populações desassistidas no campo da saúde. A idéia de promoção da saúde revela a presença de um conjunto de condicionamentos - social, político, ambiental, econômico e cultural - que não podem ser deixados de lado na construção da política de saúde e que extrapolam a definição institucional de saúde no sistema hospitalar, a qual é tradicionalmente definida a partir de uma visão restrita e defensiva de saúde, que é ligada à noção de doença na biomedicina (Martins, 2003).

O conceito de promoção da saúde é muito oportuno por desfazer esta polaridade causada entre o público e o privado e colocar na outra polaridade aquela entre a medicina assistencial-hospitalar, de uma parte, e a medicina preventiva e de atenção básica, de outra. Diferentemente do atendimento assistencial-hospitalar, que não engloba o conjunto de ações na saúde, a medicina de promoção se abre para uma visão ecológica, valorizando a igualdade social. Existe todo um conjunto de ações de saúde, como, por exemplo, aqueles programas territorializados como o PSF (Programa de saúde da Família), que revelam uma compreensão de saúde que extrapola a dimensão imaginária tradicional de caráter hospitalar da doença, para aparecer como concepção mais complexa de saúde e da cidadania.

Conclusão

A partir dos resultados observados nas respostas dos entrevistados, percebe-se haver uma forte tendência do público analisado a ideologizar o privado na saúde, como se este possuísse uma qualidade de atendimento e de recursos técnicos muito superiores ao setor público. O interessante é que essas representações foram expressas por pessoas humildes que não conhecem nem se beneficiam dos serviços privados de saúde, o que revela um caráter ilusório que apenas se reproduz devido à hegemonia de uma ideologia utilitarista e materialista que engrandece o individualismo e desvaloriza o coletivo.

Tratando-se de camadas em geral pobres que não têm acesso aos serviços médicos privados, esta ideologia termina sendo fonte de sofrimento suplementar. A força de uma ideologia valorizadora do interesse do ganho individual, o utilitarismo, leva as pessoas a acreditarem que a saúde de qualidade está ligada à posse de dinheiro e a concluírem equivocadamente que o hospital privado é bom e que o hospital público é ruim.

Embora a medicina assistencial hospitalar tenha adquirido consideráveis avanços com a criação do SUS, deve-se reconhecer, porém, que uma crítica anti-utilitarista mais conseqüente no plano ideológico ainda precisa ser travada para valorizar a justiça social e a igualdade coletiva.

Apesar de a saúde pública ser um direito garantido no texto constitucional, muito tem que ser feito para se mudar as mentalidades e as práticas. Ao tratar do SUS, por exemplo, Vilaça Mendes (1996) entende que apesar de ser uma idéia coerente, ela não se manifestou ainda como "prática social total", conhecendo limitações ligadas ao desempenho ainda insuficiente do Estado e do governo federal na gestão saúde. A dificuldade do SUS, para ele, seria reflexo da crise fiscal brasileira. Nesta perspectiva, só uma ampla reforma institucional poderia acelerar as possibilidades de passagem de uma medicina assistencialista para uma medicina social fundada na perspectiva da promoção da saúde e que estimule uma medicina solidária.

Mas não são apenas as razões institucionais a serem lembradas para explicar as dificuldades do SUS. No nosso entender, a força do utilitarismo na gestão da saúde pública aparece como o fator restritivo que é mesmo mais importante que as questões fiscais. Por isso, aparece como prioritária a mudança de qualidade no que concerne à relação médico-paciente, o que deve começar pelo resgate da confiança mútua. Segundo o médico José Luiz Gomes do Amaral, resgatar a confiança é fundamental.

A confiança e relação direta fazem a mágica, sem a qual não se concebe a medicina verdadeira. Examinar e prescrever sem limitações impostas pelo 'negócio' são os ingredientes essenciais da fórmula, que possibilita transferir a ciência médica das estantes das bibliotecas para os doentes (Amaral, 2003, p. 52).

Concluindo, podemos dizer que a relação médico-paciente apenas pode resgatar sua dimensão humanística caso seja submetida a uma crítica teórica de fundo que desemboque numa reorganização política e institucional efetiva e inspirada no ideal da solidariedade humana (ideal que apenas é reconhecido, porém, quando se reconhece o ser humano como fundamento primeiro e último de toda invenção social). Nesta perspectiva, relacionar a teoria da dádiva com a teoria da promoção à saúde, como fizemos neste texto, constitui uma tentativa de repensar o marco teórico e crítico a partir de uma síntese conceitual de duas importantes teorias que têm como ponto em comum resgatar o valor da totalidade e o valor da complexidade da relação social.

Ao assim proceder, a partir da valorização da vida como ação social, sem desconsideração, claro, das implicações existenciais do tema, entendemos ter contribuído para estabelecer uma outra ponte entre a sociologia da saúde

e a saúde coletiva. A visão abrangente e complexa da saúde humana oferecida pela promoção à saúde aliada à dádiva constitui perspectiva de reflexão inovadora sobre a desumanização/rehumanização do campo médico, em particular, e da saúde, em geral. Permite, enfim, se entender que o interesse não é tudo na vida e que, tido como único valor de referência na organização das práticas médicas - sem consideração de uma outra moral social de caráter coletivo e fundada na constituição de normas consensuais e também de solidariedades espontâneas -, este interesse na sua versão econômica e utilitarista termina se tornando o fundamento cruel do isolamento social e de um mal-estar institucional que não beneficia nenhuma das partes: nem os médicos, nem os pacientes.

Referências bibliográficas

- ALVES, R. (2002). *O médico*. Campinas, SP: Papirus.
- ALMEIDA, G. (1998). "O mercado privado de serviços de saúde no Brasil". In: *Panorama atual e tendências de assistência médica suplementar*. IPEA/PNDE. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- ASSAD, J. E. (2003). "Relação médico-paciente no final do Século XX". In: www.cfm.org.br.
- BOLTANSKI, L. (1984). *As classes sociais e o corpo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- BARDIN, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BOSI, M. L. e AFFONSO, K. C. (1998). "Cidadania, participação popular e saúde" In: *Com a palavra, os usuários da rede pública de serviços*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- BOTT, E. *Família e rede Social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- CAILLÉ, A. (1998). "Nem holismo, nem individualismo metodológicos". In: *Marcel Mauss e o paradigma da dádiva*. In: RBCS - Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, ANPOCS.
- CAILLE, A. (2003). Apresentação. In: *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- CAPONI, S. (2000). *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- CAPRARA, A. e FRANCO A. L. (1999). "A relação paciente-médico: para uma humanização da Prática Médica". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- COSTA, J. F. (1999). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FOUCAULT, M. (1979). *A microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Edições Graal.
- GODBOUT, J. (1998). "Introdução à Dádiva". In: RBCS - Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, ANPOCS.
- GODBOUT, J. (2000). *Le Don, La Dette et L'identité*. Paris: La Découverte/Mauss.
- GODBOUT, J. (2002). "Homo donator versus Homo Oeconomicus". In: MARTINS, Paulo Henrique (Org.). *A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- GOLDENBERG, M. (2000). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record.
- MARTINS, P. H. (2003). *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- MAUSS, M. (1950). *Ensaio sobre a dádiva*. Trad. Antônio Filipe Marques. Lisboa: Ed. 70.
- MELLUCI, A. (2001). *A invenção do presente: movimentos sociais nas Sociedades Complexas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- MENDES, E. V. (1996). *Uma agenda para saúde*. Edit. Humanismo, Ciência e Tecnologia, São Paulo, Brasil.

- PIGNARRE, P. (1999). *O que é medicamento?: um objeto estranho entre a ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Editora 34.
- SCHERER-WARREN, L. (1979). *Redes e movimentos sociais*. São Paulo: Ed. Loyola.
- SLUZKI, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do (...)

RESUMO

A mercantilização da relação médico-paciente: crítica teórica do utilitarismo a partir do estudo sobre atendimento a famílias de baixa renda em hospitais públicos

Este artigo busca analisar as causas da degradação da relação médico-paciente nas emergências e ambulatórios de hospitais públicos, ao mesmo tempo em que propõe algumas saídas teóricas para se pensar a rehumanização do atendimento hospitalar. Busca-se demonstrar que esta degradação do atendimento médico está diretamente associada à penetração da ideologia utilitarista no campo da medicina e que a saída para o problema encontra-se na perspectiva de adoção de um novo paradigma médico capaz de associar as inovações oferecidas por duas teorias, a da dádiva – que tem importante divulgação atualmente por parte dos estudiosos da sociologia, da antropologia e da economia – e a teoria da promoção à saúde – que constitui um recurso importante da saúde coletiva. Essa pesquisa faz parte de um projeto maior do NUCEM (Núcleo de Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança), intitulado “Sociedade, Cidadania e Ambivalência no Campo Médico no Brasil”, baseando-se em informações acerca do atendimento médico junto a usuários e pacientes de hospitais públicos.

Palavras-chave: teoria da dádiva; anti-utilitarismo; saúde pública

ABSTRACT

The comercialization of the doctor-patient relationship: a theoretical criticism of utilitarianism based on a study of attendance of low-income families in public hospitals.

This article aims to analyse the causes of degradation in the doctor-patient relationship in the emergency and outpatient wards of public hospitals along with proposing some theoretical ways of conceptualizing the re-humanization hospital-attending. Our aim is to demonstrate that this degradation is closely related to the influence of utilitarian ideology in the medical field and that the way out of the problem is by adopting a new medical paradigm capable of linking the innovations suggested by two theories; “the gift” – which nowadays has exercised an important influence among sociological, anthropological and economic researchers – and “health promotion theory” – which is an important collective health resource. This research is part of a broader project named NUCEM (Citizenship, Exclusion and Processes of Change), called “Society, Citizenship and Ambivalence in the Medical Field in Brazil”, based on information on medical attendance by the users and patients of public hospitals.

Keywords: theory of the gift; anti-utilitarianism; public health

Recebido para apreciação: janeiro de 2004

Aprovado para publicação: abril de 2004

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO: O QUE FAZ UM ANTROPÓLOGO EM UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE*

Leila Sollberger Jeolás

Introdução

Este artigo pretende tecer algumas considerações sobre a experiência de um projeto de extensão universitária, desenvolvido em um serviço público de saúde voltado para adolescentes, principalmente no que diz respeito ao papel da antropologia em uma equipe de profissionais e alunos das áreas de medicina, enfermagem e psicologia. O projeto, realizado entre 1999-2002, com base em metodologia participativa, tinha como objetivo trabalhar assuntos relacionados à sexualidade juvenil, através de oficinas de prevenção, as quais foram programadas a partir de grupos focais realizados para avaliação das necessidades dos adolescentes.

As dificuldades de se trabalhar questões relacionadas à saúde reprodutiva, principalmente com o objetivo de se prevenir a gravidez não programada e as DSTs/Aids, eram apontadas pelos profissionais do serviço - médicos, enfermeiros e psicólogos - que tentavam, nas consultas individuais, reverter "o desinteresse e a falta de participação" característicos, segundo eles, da atitude dos adolescentes atendidos. O projeto de extensão deu início a um processo de avaliação junto aos jovens, através de grupo focais, e a grupos de discussão sobre metodologias participativas, adolescência, sexualidade, drogas, risco e prevenção pautados em referencial teórico das Ciências Sociais - sobretudo da antropologia - e da Saúde Coletiva. Tal processo culminou no projeto de Oficinas Seqüenciadas (uma série de quatro oficinas com duração de doze horas no total) com os seguintes temas: o corpo erótico; o corpo reprodutor; o corpo que adoce; e sexo mais seguro.

A realização de grupos focais fez emergir representações, valores e opiniões dos jovens sobre sua vida, a adolescência, a sexualidade e os riscos, vividos e pensados, gerando intensas reflexões e debates entre os profissionais e alunos. Primeiramente, porque os jovens queriam falar de relacionamentos afetivos e sexuais e de prazer, antes de tudo e, em segundo lugar, porque sua percepção de risco não coincidia exatamente com a formulada pela equipe, pautada na idéia da probabilidade da ocorrência de eventos negativos. O serviço de saúde insistia em falar de gravidez e doenças, enquanto os adolescentes desejavam falar de relacionamentos entre pais e filhos, garotos e garotas, trabalho/emprego, família, dentre outros assuntos. Quando solicitados para

* Texto apresentado na Mesa-Redonda "Cultura e Saúde: possibilidades e limitações ao diálogo", do VIII Congresso Paulista de Saúde Pública - Revendo teorias e práticas, realizado em Ribeirão Preto - SP, de 18 a 22/10/2003.

relatarem riscos/perigos aos quais estiveram expostos nos últimos dois meses, a violência (brigas, assaltos, acidentes, atropelamentos, estupros, drogas) aparecia sempre em primeiro lugar. Quando pedíamos para relatarem riscos/perigos relacionados à saúde, a gravidez aparecia, mas apenas em alguns casos. A Aids nunca era mencionada espontaneamente, como um risco percebido, e tampouco as outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. O mesmo foi observado em pesquisa realizada em cinco escolas públicas de diferentes bairros da cidade¹, pois quando solicitados para escreverem sobre os riscos aos quais se sentiam afetados, os jovens apontavam as doenças em primeiro lugar, principalmente o câncer, ou doenças incapacitantes; os acidentes (“que podem deixar em uma cadeira de roda”) apareciam em segundo lugar, representando o medo de ficarem impossibilitados para trabalhar e dependentes de outros, principalmente da família.

A equipe passou a questionar de que risco se estava falando, a que sexualidade se estava referindo e, finalmente, com que adolescentes ou com que jovens se estava trabalhando. O certo é que havia grande distância entre o discurso preventivo e aquele expresso pelos jovens, podendo o risco, muitas vezes, ser aceito como parte da experiência e mesmo valorizado positivamente. Se não era este o caso, certamente prevalecia a ambivalência com que os riscos são pensados e vividos atualmente - nas competições esportivas, nos esportes radicais, no uso de drogas. No caso da aids, por exemplo, o risco não se reduzia, para eles, à probabilidade de um evento negativo, mas dizia respeito, muito mais, a valores e significados atribuídos aos resultados deste evento no contexto de sua vidas. Ou seja, no caso da aids, os valores negativos e estigmatizantes atribuídos a ela estavam inextricavelmente associados ao risco representado pelo HIV, promovendo atitudes de negação e afastamento do risco da aids pensada como uma doença do outro ou ainda distante de si próprios. E, no caso da gravidez, às expectativas das jovens quanto à reação dos pais e namorados e a possibilidade de um filho modificar suas vidas.

Neste processo de questionamento dos significados dos riscos presentes no exercício da sexualidade de jovens de camadas populares urbanas atendidos pelo serviço de saúde, atribuo importante papel à antropologia, pelos questionamentos e discussões proporcionados pela literatura desta área voltada ao campo da saúde.

Isso se deve, no meu entendimento, a algumas características da tradição antropológica. Em primeiro lugar, a experiência etnográfica e a importância dada ao olhar e ao ouvir etnográficos, primeira etapa do trabalho do antropólogo, correspondente à pesquisa empírica (Oliveira, 1996), fundamental para a apreensão dos fenômenos sociais, e referente à capacidade de percepção e de recepção ao outro ou à tentativa de compreensão do outro. Saramago, em epígrafe no *Ensaio sobre a cegueira*, expressa de forma sensível que, se conseguirmos olhar, talvez possamos ver e, se conseguirmos ver, talvez possamos

¹ Pesquisa realizada para doutoramento sobre o imaginário do risco da aids com jovens de cinco escolas estaduais de diferentes regiões da cidade e em um serviço público de saúde para adolescentes (Jeolás, 1999).

reparar, entendido em seu duplo sentido de olhar bem e de reparação de algum dano (ajudar, atender, restaurar, compensar), remetendo, pois, ao sentido de cuidado do outro. Este poderia ser, sem dúvida, um dos objetivos dos projetos de prevenção à saúde, ao invés dos objetivos e das metas quantitativas exigidas pelos serviços, academias e agências fomentadoras; voltarei ao tema no final deste texto (Saramago, 1995).

Outra característica da antropologia refere-se ao fato de o olhar e o ouvir etnográficos serem “disciplinados”, ou seja, orientados por informações e reflexões de natureza epistêmica e pelas teorias disponíveis. São teorias e métodos que se dedicam ao exercício de compreensão do outro, seja ele próximo ou distante, e da relatividade das culturas como expressão da diversidade humana. O que torna o relativizar, portanto, um constituinte do próprio conhecimento antropológico, uma vez que o pesquisador busca interpretar ou compreender a sociedade e a cultura do outro “de dentro”, através do método etnográfico e de seu instrumento privilegiado, a observação participante.

Esta tradição da antropologia, no exercício permanente de relativização do outro, levou a um movimento contínuo de descentramento do olhar que se refletiu nos trabalhos de intervenção na área da saúde nas últimas duas décadas, principalmente com relação à prevenção da aids. Foi esse exercício que ajudou a equipe, primeiramente, a desconstruir ou a desessencializar noções como as de saúde e doença e outras a elas articuladas, como as de prevenção e de risco, para, depois, recolocá-las sob novas perspectivas, quando o olhar de diferentes áreas do conhecimento ilumina dimensões até então não consideradas na análise.

Tem-se a compreensão de que estas noções, tanto quanto as de adolescência e de juventude, tomadas como construções socioculturais, só podem ser compreendidas na íntima relação que estabelecem com os significados que lhes são atribuídos pelos grupos sociais em seus contextos históricos. Neste exercício, a equipe de profissionais pode melhor compreender quais os significados atribuídos pelos jovens, com os quais trabalhávamos, aos riscos relacionados à sua sexualidade, mais especificamente à gravidez e às DST/Aids. Este artigo pretende ressaltar o que os jovens têm a dizer sobre sua sexualidade e sobre sua percepção do risco com relação à gravidez e à aids para profissionais que desenvolvem trabalhos na área da saúde reprodutiva, podendo servir de guia para aqueles que acreditam ser possível uma “antropologia aplicada” à área da saúde, na qual a intervenção tenha mais o sentido de cuidar do outro do que o de interferir, de fora para dentro, ou de cima para baixo, nos significados e valores próprios dos grupos sociais.

Do risco e da adolescência: categorias socioculturais historicamente produzidas

A adolescência, considerada como uma faixa etária com características mais ou menos definidas pela psicologia, pedagogia e medicina, costuma ser essencializada a partir de critérios bio-psicológicos definidores das faixas etárias. Ocorre que a equipe de saúde parte destas definições, tomando-as como pres-

suposto e problematizando muito pouco estas características entendidas como específicas das faixas de idade, independente das situações de classe, raça ou gênero.

Entretanto, vários estudos, partindo da influência de historiadores como Ariès (1981), apontam para a importância de se abordar a adolescência/juventude como uma categoria social e histórica. O autor retraza o processo de formação da criança e da juventude nas sociedades ocidentais, desde o período de não existência de preocupações especiais com a criança (século XII), até a formação dessa categoria social (século XVII), quando a criança passa a exercer papel diferenciado dentro da família e a inspirar a política educacional até o século XXI.

Portanto, a juventude, como categoria social, vai se consolidar juntamente com o surgimento das instituições modernas, como a escola, o direito, o mundo do trabalho industrial e a ciência. Pode-se considerar o século XVII como um marco para a formação de um sentimento coletivo sobre a infância que irá inspirar a política educacional posterior. O apego à infância e à sua particularidade, não mais através da distração e da brincadeira, mas do interesse psicológico e da preocupação moral que passa a suscitar, fará surgir, a partir do século XIX, uma preocupação com a idade escolar.

A juventude torna-se, portanto, fundamental para o entendimento das características da sociedade moderna, sendo uma das bases da modernidade, uma vez que o reconhecimento e a (re)criação de faixas etárias, bem como a produção de bens específicos para a juventude, constituíram novos canais de controle e/ou aproveitamento das potencialidades juvenis, como o lazer, o que cria uma espécie de símbolo que faz sucesso com as instituições, beneficiando empresas e setores da indústria cultural (Grosso, 2000).

Do século XIX para o XX, a juventude passa a ser tratada como um problema da modernidade. As transformações físicas e psicológicas que ocorrem nesta faixa etária serão descritas pelas ciências médicas e pela psicologia como próprias de um período de transição, potencializador de conflitos que, embora necessário para a construção da identidade e individualidade do sujeito, guarda elementos que possibilitam descontinuidades e rupturas em relação às regras sociais. Esta fase de crescimento e de socialização foi relacionada, sobretudo, a desordens e explosões destruidoras e, em menor escala, a fontes poderosas de energias transformadoras. Nas sociedades capitalistas, adquiriu o papel de “estágio de adaptação funcional” ou “etapa de transição” para preparação ao mundo adulto, possibilitando às demais ciências humanas caminhos para a constituição do objeto “juventude” (Abramo, 1994).

Mas o fato de não haver atualmente limites bem definidos e institucionalizados para esta transição, imprime à condição juvenil uma enorme ambigüidade, além das inúmeras maneiras de se viver a juventude nas sociedades modernas. Se os limites inferiores de idade são mais fáceis de serem definidos, pois identificados com as transformações da puberdade, os limites superiores são bem mais difíceis. Como definir hoje a idade de transformações que indicam mudanças de papel social ou de *status* e aquisição de responsabilidades sociais próprias do mundo adulto? Dito de outra maneira, com que

idade, hoje, os jovens se tornam adultos? Evidencia-se o quanto as mudanças biológicas e psicológicas estão correlacionadas com exigências sociais e culturais e, sobretudo, que elas não são unívocas em uma sociedade de classes. Trata-se de perguntar de que adolescência e juventude estamos falando, dada a existência de uma pluralidade de realidades sócio-econômicas e culturais em nosso país, não nos permitindo falar desta faixa etária no singular. O desafio, justamente, é não perder de vista que há algo de comum no ser jovem nas sociedades industriais ocidentais, tanto quanto há muitas especificidades a serem consideradas na análise desta categoria social (Cardoso e Sampaio, 1995). Neste mesmo sentido de se compreender as categorias analíticas com as quais trabalhamos como categorias sociais, a saúde e a doença foram largamente estudadas como fenômenos sociais em diferentes contextos históricos e culturais, acumulando trabalhos na interface do diálogo das ciências sociais com a saúde (Augé e Herzlich, 1991; Buchillet, 1991; Herzlich e Adam, 2001; Goldenberg [et al], 2003; Queiroz e Canesqui, 1986; Queiroz, 2003).

O mesmo não se pode dizer com respeito às noções de prevenção e de risco. Entendê-las como categorias socioculturais requer o mesmo investimento de análise acima citado. A noção de prevenção tem seu significado dependente das representações sobre doença, corpo, pessoa, sofrimento e infortúnio elaboradas pelos grupos sociais. A intrínseca relação existente entre doença e sociedade em diversos contextos estudados pela antropologia explica o fato de a doença ser, muitas vezes, interpretada como sanção de um comportamento social indesejável, e o respeito a uma obrigação social ser concebido como uma conduta preventiva contra a doença. As representações da doença - ligadas às de sofrimento - colocam em evidência a noção de responsabilidade (Augé e Herzlich 1991; Faizang 1992). A doença é, então, concebida como algo em que os sujeitos têm parte de responsabilidade, podendo suas condutas contribuir para preveni-la.

Em nossa sociedade, há muitos exemplos de práticas ou atitudes prospectivas, através das quais se busca premunir-se contra a doença, mas que não são aceitas pelas ciências biomédicas como comportamentos de prevenção: são ritos de proteção e práticas religiosas, como os sacrifícios, as peregrinações e os bilhetes nos santuários cristãos (Faizang, 1992).

Faz-se necessário, portanto, contextualizar a noção de prevenção. Estamos diante de indivíduos racionais que precisam de mais informações para fazer escolhas conscientes sobre riscos entendidos como possibilidade de ocorrência de eventos negativos? Na área da saúde entende-se a prevenção, de modo geral, como um conjunto de procedimentos destinados a impedir a aparição de doenças nos indivíduos, ou de forma mais positiva, a promover sua saúde. Para o antropólogo, a prevenção é uma noção que só pode ser manejada em função dos conteúdos/significados que lhe são conferidos por diferentes grupos e culturas. Portanto, a própria noção de prevenção é uma construção cultural e os comportamentos ditos de prevenção só podem ser estudados e entendidos em relação ao conjunto das representações da doença, do corpo, da infelicidade e do mundo (e do risco também) às quais aderem os indivíduos.

A prevenção, tal como é pensada e praticada em determinada sociedade, remete também à maneira como é pensada a responsabilidade pessoal no aparecimento da doença e à maneira como o sujeito gere suas relações com o outro. Só poderemos aceitar que numerosas práticas sociais e culturais são condutas de prevenção se aceitarmos que a noção de prevenção é uma construção cultural, tanto quanto a de saúde e a de doença.

Pesquisas realizadas com jovens de baixa renda (Jeolás, 1999; Monteiro, 2002; Paiva, 1996a e 1996b) apontam como formas de prevenção da aids “conhecer bem o parceiro”, “ter confiança”, “usar camisinha com parceiros desconhecidos” que, embora não eficazes para impedirem a infecção pelo HIV, podem (e devem) servir de ponto de partida para qualquer trabalho de prevenção.

Como contraponto à noção de prevenção, a de risco também deve ser entendida como uma categoria sociocultural, cujos significados lhe são atribuídos pelos grupos sociais, o que não se faz sem dificuldades, dada a importância adquirida por este conceito na área da saúde, sobretudo na epidemiologia, e sua extensão para outras áreas do conhecimento. Além disso, o risco tem acumulado significados, atualmente, nos seus diversos usos no senso comum, o que reforça a complexidade e a fluidez de sentidos que o termo carrega. E, apesar de a linguagem do risco - na saúde, no meio ambiente - expressar a probabilidade de um indivíduo, ou de um grupo, ser acometido por um evento negativo, quando relacionado à saúde/doença, o risco sempre foi moralizado e politizado, como bem demonstra a história das epidemias na cultura ocidental. Os riscos/perigos sempre foram concebidos e controlados dentro do quadro de referências culturais de cada sociedade, não se reduzindo, como na linguagem racional moderna, à probabilidade de um evento negativo acontecer, mas, nas palavras de Douglas (1994), aos resultados desse evento e ao valor social a eles atribuído.

Pode-se compreender por que as percepções de risco dos jovens com relação à aids estão totalmente interligadas às representações sociais da aids como uma doença letal e estigmatizante. Pesquisa sobre o imaginário do risco da aids entre jovens de escolas públicas (Jeolás, 1999) evidencia a contraposição do discurso dos jovens sobre o risco da aids e o discurso preventivo e o quanto o primeiro se distancia da racionalidade do segundo. Se todas as culturas humanas elaboram quadros interpretativos para explicar o mal, os infortúnios e os perigos que acometem os sujeitos sociais, na história da aids não poderia ser diferente. As recorrências históricas sobre as reações coletivas diante do mal, do infortúnio e do sofrimento também estão presentes na epidemia da aids: o medo do desconhecido e a segurança no familiar; a busca de limites e, em grande parte das culturas, de rituais para marcar mudanças de status; as explicações moralistas para os perigos e sofrimentos; a busca de bodes expiatórios, mas, também, as condições sociais, econômicas e culturais, todas elas atuantes no imaginário do risco da aids, produzindo reações de negação e de afastamento. Se entendemos o imaginário social como “imagens mensageiras de sentidos”, pode-se afirmar, como o faz Balandier (1988), que a aids encontrou caminho fácil para incitar o imaginário, pois neste caso “o desloca-

mento do real ao simbólico e do real ao imaginário encontra vias de fácil acesso porque traçadas há muito tempo em numerosas culturas" (idem, p.192), através da força da idéia do contágio, da importância atribuída aos limites corporais e dos simbolismos do sangue, da saliva e do esperma.

A antropóloga inglesa Mary Douglas, em seu livro *Pureza e Perigo*, escrito nos anos 60, analisou como os perigos (a sujeira, a desordem) são culturalmente pensados, vividos e controlados nas sociedades tradicionais, procurando mostrar a equivalência entre código moral e crenças de poluição, ou seja, como valores morais e regras sociais se fazem respeitar devido ao temor de certos contágios perigosos (por exemplo, o medo de o adultério provocar certas doenças entre os Nuer). Quando a autora sugeriu ampliar o mesmo tipo de análise para as sociedades modernas, enfrentou grandes dificuldades, pois se posicionava contra a idéia de que haveria uma mentalidade específica dos povos chamados primitivos: eles atribuiriam aos infortúnios e aos perigos causas espirituais, e nós, causas materiais. Nas palavras da autora, prevalecia a idéia de que os progressos tecnológicos e os avanços ocidentais do conhecimento dissolveriam o nó utilizado, em todo lugar, para conectar moral e perigo. Magia e tabu proviriam, portanto, de mentes primitivas.

O uso do termo se expandiu para a epidemiologia, tecnologia, meio ambiente e direito, referindo-se a problemas coletivos. Fortalecida sua associação com a possibilidade de resultados negativos, o termo passou a expressar danos, coisas ruins e indesejáveis. No caso das ciências médicas, as possibilidades de uma doença acometer um sujeito; no caso da epidemiologia - na qual a importância do conceito de risco é notável -, a tentativa de se avaliar a vulnerabilidade de grupos e populações quanto a determinadas doenças, por meio da previsão. Desenvolve-se, portanto, uma crença generalizada referente à possibilidade de decisões cientificamente objetivas sobre exposições ao risco - no debate sobre riscos industriais, ecológicos, médicos - e no domínio dos riscos rigorosamente calculados - nas práticas de esportes radicais, competições esportivas. Temos que nos acostumar, expressa muito bem a autora, "a essa matemática da probabilidade se intrometendo em nossas preocupações íntimas, a essa objetividade e codificação dos riscos na nossa presente cultura" (Douglas, 1994, p.17).

Além disso, temos que compreender a tensão entre o imperativo da prevenção - esta responsabilidade de cada um diante da objetividade e codificação dos riscos - e o desejo da aventura, próprio de nossa época. Na verdade, tal mudança semântica possibilitou revestir o termo de cientificidade e quantificar as possibilidades em termos de probabilidade, única forma aceita pela ciência. O risco é abstrato e objetivamente controlado. Essa pretensão de um cálculo preciso com aura de ciência explica o fato de seu uso ter se estendido e de ter se tornado conceito em várias áreas do conhecimento.

Os significados do risco da aids e da gravidez para os jovens

Essa tendência à racionalidade e à objetividade, presente na linguagem dos riscos (e atuante na área da saúde), distancia-se do discurso sobre o risco da aids encontrado entre jovens.

A discussão suscitada na equipe, como apontamos até aqui, levou-nos a questionar o significado de risco por nós atribuído à gravidez e à aids e os significados formulados pelos jovens. Quase sempre as percepções que temos de determinados fenômenos são distintas daquelas que possuem nossos entrevistados. O risco também não tem o mesmo valor atualmente, em relação às outras épocas históricas, nem tem o mesmo valor para as diferentes classes e grupos sociais que compõem a nossa sociedade. Essa necessidade de desessencializar a noção de risco levou-nos a compreender que os jovens associam muitas experiências à idéia de risco, considerando a ambivalência que os riscos assumem atualmente: alguns negados e afastados, outros aceitos e valorizados. Nos esportes, por exemplo, o risco pode expressar-se com a anuência social, pois controlado por regras; nos esportes radicais, são buscados e enfrentados racionalmente, fruto do gosto pela adrenalina e da atração pela aventura, como uma forma controlada de se perder o controle (Le Breton, 1991).

Há uma enorme distância entre a linguagem da probabilidade dos riscos e as chamadas falsas crenças (mosquito, piscina, usar o mesmo banheiro, compartilhar pratos e talheres, dentre outras) com relação à infecção pelo HIV; e há expressão de contradições e de incoerências das atitudes e práticas, se comparadas ao conhecimento adquirido sobre o assunto. Os jovens estão distantes da linguagem racional do risco da aids. O risco da aids vem sendo moralizado pelos jovens, à semelhança de tantos outros perigos já experimentados pela humanidade. No processo de construção social da aids, os significados que compõem o imaginário da doença articulam-se, de forma inextricável, com o imaginário do risco representado pelo HIV (Jeolás, 1999).

As respostas que emergiram das perguntas feitas a eles sobre o que pensam e sentem a respeito do risco da aids se referem aos simbolismos, pregnantes na cultura ocidental, sobre sangue, esperma, saliva, contágio, sexo e morte (mesmo quando a pergunta é mais dirigida: o que pensam e sentem sobre o risco de se infectarem com o vírus da aids). A virtualidade da aids ou a não visibilidade imediata da doença, os simbolismos negativos que suscita, gerando atitudes de negação e de proteção, sua associação com doença de um outro, mais ou menos longínquo, abstrato ou desconhecido, os tabus relacionados à sexualidade, incluindo os valores atuantes nas relações de gênero, a exposição diária a riscos como violência e drogas e a ambivalência com que riscos são pensados e vivenciados, atualmente, fazem da aids um risco ao qual eles, de modo geral, ainda não se sentem diretamente implicados. Das muitas falas tomo alguns exemplos:

... disseram que não pega aids pelo beijo, nem usando o mesmo pelo copo, mas se a pessoa tiver uma afta ou uma cárie profunda com sangue que se mistura na saliva? / sobre o perigo do sexo oral e anal, é nojento// dá medo de socorrer alguém acidentalmente, do sangue// a gente nunca pensa que pode acontecer com a gente//

É certo que o modelo contagionista de doença, apesar de vir se transformando lentamente, ainda serve para ancorar as representações sociais elaboradas sobre a aids e a forma de se pensar o risco do HIV. É certo também que

há ainda moralização do outro passível de se infectar com um vírus sexualmente transmissível. Se a referência direta aos homossexuais e às prostitutas e travestis como grupos mais suscetíveis de contrair e transmitir o HIV (responsáveis ou mesmo culpados pela epidemia) refluíu, a sexualidade masculina é aceita somente na sua vertente heterossexual e a feminina só é legitimada se associada ao amor e à relação monogâmica. Algumas falas são expressivas:

... eu não transo com homossexual ou com mulher fácil que sai com todo mundo// a gente tem que perguntar se a pessoa usa droga ou sai com muita gente// você nunca sabe com quem você está realmente...

O que se evidencia na fala dos jovens é que o sexo, domínio do prazer, não pode ser controlado pela vontade, distanciando o discurso dos jovens do discurso preventivo sobre o risco, baseado na racionalidade do comportamento individual. Observamos em suas falas, de um lado, o discurso da razão e, de outro, o da des-razão ou do descontrole. Eles se expressam afirmando que é necessário “ter consciência”, “pensar bem”, “planejar”, “ter cabeça”, mas, ao mesmo tempo, dizem que há sempre “o vacilo”, “o descuido”, “a marcação”, “o não planejado”, “o espontâneo”, “a falta de cabeça”, “a bobeira”, “o tesão”, “a hora h”. De um lado, a força inevitável das atrações, amores e paixões contra o controle da razão, da consciência. Segundo Le Breton (1991), das várias figuras do risco atuantes nas sociedades modernas, a vertigem e o êxtase, presentes no sexo (e em outras práticas como no uso das drogas, nos esportes radicais), levam a um relaxamento das instâncias de controle do eu e atuam como estruturas antropológicas ou formas de buscar limites para a existência humana no enfrentamento metafórico da morte, atribuindo, ao mesmo tempo, sentido à vida. Os jovens se expressam da seguinte maneira:

... na hora da loucura, do tesão, você não quer nem saber de nada, muito menos de camisinha// não dá para pensar na hora h// na hora do embalo você não vai querer quebrar o clima// pensar em aids ou em camisinha brocha// como resistir à tentação?

Um jovem participante da pesquisa realizada em escolas públicas (Jeolás, 1999) sintetiza a dificuldade expressa pelos jovens de ter que racionalizar o ato sexual ou amoroso: “Sei que [a aids] está esperando eu dar um vacilo para me atacar”.

Outro elemento que se contrapõe à razão ou à racionalidade na fala dos jovens é o sentido de inevitabilidade expresso por eles, contra o qual o sujeito nada pode. Muitas vezes, suas ações não são encaradas como capazes de mudar o curso supostamente inevitável dos acontecimentos. Os jovens trabalham, portanto, com a noção de pessoa sujeita às forças do destino, à vontade de Deus, ou incapaz de controlar sua própria vontade, manifestando a necessidade de forças transcendentais que os protejam. Eles pedem para não ser “um dos escolhidos da aids” ou para que “Deus [os] deixe livres desta desgraça”. Segundo eles, “não dá para ficar pensando o tempo todo, se tiver que acontecer comigo, vai acontecer mesmo” // “não adianta fazer nada, tá escrito”.

Os jovens manifestam a necessidade de forças transcendentais que os

protejam, guiem ou definam sua sorte, principalmente em se tratando de domínios tão refratários à racionalidade, caso do prazer, do amor e da paixão, contra os quais o sujeito nada pode, daí o sentimento de inevitabilidade.

Apesar do discurso racional da prevenção, e da linguagem dos riscos, como vimos, que pressuporiam sujeitos da modernidade (racionalista, burocratizante, secularizadora e desencantadora, na concepção weberiana), vemos sujeitos sociais lançando mão de forças outras para sua proteção. Muitos dos jovens participantes da pesquisa trabalham com a noção de pessoa sujeita às forças do destino, à vontade de Deus, ou incapaz de controlar suas ações, necessitando de forças transcendentais que a protejam.

Certamente, para os jovens de baixa renda e pouca escolaridade - a maioria em nosso país e a maioria dos atendidos pelo serviço - expostos à violência diária, à falta de perspectivas de futuro, o risco do HIV/Aids será dimensionado de forma comparativa a outros riscos presentes em suas vidas. E sua capacidade de se proteger estará também, certamente, aí contextualizada. Quanto aos significados atribuídos à gravidez, também há necessidade de se desnaturalizar o problema. Vários estudos apontam para isto (Heilborn, 1998; Lyra, 1998; Oliveira, 1998) e para o fato de que são muitos os motivos que levam as adolescentes a engravidar, inclusive o desejo de saírem de sua família de origem e constituírem uma nova família ou o de formular um projeto de futuro o qual, muitas vezes, se mostra vazio de possibilidades. Além disso, os impactos sociais da gravidez na adolescência são diferenciados por renda, trazendo resultados indesejados, como o abandono da escola, principalmente para as jovens das classes populares urbanas.

Em estudo realizado por Oliveira (1998) sobre os significados da gravidez para as adolescentes atendidas no serviço de saúde aqui focalizado, encontramos ambigüidades e ambivalências em suas falas. Falar de gravidez pode provocar sentimentos de vergonha - de falar sobre anticoncepção com o namorado, de se descobrir grávida, de falar para a família, de admitir as transformações do próprio corpo - ou de felicidade e curiosidade, ao saber que terão um filho, "uma companhia", segundo algumas, a quem desejam dar tudo o que não tiveram, principalmente, uma boa educação e condições financeiras. A oscilação caminha entre culpa e fatalidade ("presente de Deus", destino); entre o receio de se adquirir mais responsabilidade e o de se perder a liberdade; entre o egoísmo e a vontade de construção de um projeto de futuro. Talvez pudéssemos pensar que, à semelhança de experimentar drogas e iniciar a vida sexual - perder a virgindade -, a gravidez tornou-se, atualmente, um rito de passagem para a adolescente, uma nova forma de ela ritualizar a passagem da infância para a idade adulta. É bem verdade que se trata de ritos cuja força e capacidade iniciática ou de demarcação de novos *status* ou papéis sociais se atenuaram, o que se explica em função de uma sociedade portadora de inúmeras influências culturais e diversas tradições, no interior da qual valores referentes à sexualidade são vividos com grande ambigüidade. Daí a necessidade de a jovem buscar sentido para a própria sexualidade, através de uma bricolagem dos próprios repertórios, aliados àqueles de sua comunidade de pertencimento e a outros, provindos dos vários imaginários aos quais se

acha exposta atualmente, segundo Balandier (1994) e Le Breton (1991).

A gravidez acaba se tornando, para muitas delas, depois do impacto inicial, um marco entre a infância e a idade adulta, de acordo com a pesquisa de Oliveira (1998): “deixei de pensar só em mim, agora tem o neném (...) mudou muito, cresci muito. Gosto de ser mãe, esposa”; ou conforme o estudo de Desser (1993, p. 28): “passei a ter a minha própria vida, né? mais dona do meu próprio nariz”. Contudo, eis um marco permeado de medos e sentimentos muito contraditórios. A gravidez, por isso, tanto pode representar maior liberdade no domínio sexual, sobretudo em relação à família de origem, quanto, concomitantemente, dependência afetiva e material, face à insegurança que a nova situação apresenta. Não sem razão, muitas jovens demoram para revelar a própria gravidez, algumas a escondem por muitos meses, outras a negam até para si próprias: “eu duvidava”// “queria esquecer”// “eu me negava a acreditar”// “não conseguia aceitar que estava acontecendo comigo” (Oliveira, 1988).

As garotas que participaram das oficinas e grupos focais, em sua maioria, tendem a atribuir um valor positivo à gravidez, desde que efetivada no casamento e com as devidas condições financeiras. Fora do casamento, elas apontam os mesmos problemas, conflitos e contradições levantadas pela pesquisa de Oliveira (1998), já citada. Quanto aos contraceptivos, a camisinha não é vista como confiável, além de ser considerada incômoda por muitas delas: “Até quando usar a camisinha num namoro”, perguntam, pois “usar sempre não dá” respondem as mesmas. A pílula é apontada como o método mais seguro, porém algumas não se adaptam a ela, pois passam mal ou engordam. E mais: tomar pílula antes de estar namorando já há algum tempo, é prever e racionalizar o ato sexual. O que representa, para elas, assumir que desejam ter relações sexuais, possibilitando-lhes tornar-se sujeitos da própria sexualidade. Para a maioria, consiste em algo inconcebível ou muito difícil de assumir, dada a ambigüidade dos discursos que normatizam a sexualidade feminina em nosso país, nos quais persistem ainda valores tradicionais, o de “pureza” e “inocência”, ligados à virgindade, moralizando o prazer e dando sustentação ainda a um forte sentimento de culpa.

O direito ao prazer continua prerrogativa masculina, como deixam perceber jovens grávidas atendidas no mesmo serviço de saúde:

[sexo] Não dá mais, sinto dor, acho que vai machucar o bebê, deixo só pra ver se está traindo// Os homens não entendem a gente. Eu chorava porque fazia amor e depois vomitava// não reconhecem nosso cansaço. Não aceitam não. Falo não e outro dia ele desconta// esse assunto [métodos anticoncepcionais] quem tem que puxar é a mulher, eles estão fazendo a parte deles que é sentir prazer, se ela não der um passo, nada acontece pra prevenção.

Outras reivindicam o prazer e querem ser sujeitos da própria sexualidade, mas se encontram imersas na ambigüidade dos discursos (e, por conseguinte, provavelmente também das práticas). Por um lado, a sexualidade feminina vista como natural, normal é até fomentada pelos meios de comunica-

ção. Por outro, prevalece ainda a dupla moral: estimulada para o homem, para a mulher ela só é normal se resguardadas determinadas situações e limites.

Na gravidez não planejada, ou não esperada pela jovem, pode-se identificar a figura da sobrevivência ou do sobrevivente, explorada por Le Breton (1991), uma das quatro figuras do risco que contém o germe do ordálio². Numa das variações da figura do sobrevivente, o sujeito experimenta um antes e um depois, demarcado por algo que coloca sua própria vida em perigo. No caso da gravidez, não existe, necessariamente, perigo de morte, mas grandes e profundas transformações, com conseqüências imprevisíveis. De qualquer maneira, há morte simbólica, metafórica, pois o fato marca, embora provisoriamente, o fim de uma fase, a da infância, e o início de outra, a da idade adulta. Ao tornar-se mãe – lugar/papel social valorizado em nossa sociedade –, a adolescente parece poder abandonar um estado intermediário – nem criança/nem adulto – tentando garantir, com todas as ambivalências e ambigüidades apontadas, novo papel, novo *status* social. O risco tem grandes proporções, pois nada há de certo, unívoco e seguro na gravidez, nessa faixa etária e fora da instituição do casamento (forma como ocorrem os casos em sua maioria). Eu diria mesmo que o risco é total, daí o medo que envolve a jovem gestante e o caráter de prova que ela assume: “depois que eu transo fico super preocupada, penso que não vou repetir, mas aí faço de novo”. A cada vez, a jovem escapa do risco, como um sobrevivente que sai ileso de uma prova:

... quando atrasava [a menstruação], ficava desesperada e pensava nunca mais (até que ficou grávida)// não esperava, tinha parado de tomar medicamento, pensei que não ia ficar grávida, porque das outras vezes não aconteceu (apud Oliveira, 1998).

Sair imune de um risco confere, a quem o consegue, um sentimento de eleição ou de alívio (ou ainda de euforia, no caso de acidentes ou catástrofes), transformando o instante de sobrevivência em instante também de poder. O mesmo pode-se aplicar às pessoas que mantêm relações sexuais sem proteção, temendo o risco. Depois de um tempo de angústia, do medo de haverem se infectado pelo HIV, elas fazem o teste, repetindo-se, em alguns casos, a mesma situação, inúmeras vezes³.

² Segundo Le Breton (1991), todas as práticas de risco apresentam um componente ordálico no qual se nutre uma relação inconsciente com a morte. Os ritos ordálicos, incritos na Antigüidade e na Idade Média ocidentais, buscam o julgamento dos deuses sobre a inocência ou a culpa de uma pessoa sobre quem recai uma suspeita, através de uma prova perigosa e dolorosa. É um rito cultural, pois supõe a adesão de toda a coletividade. Já o ordálio moderno, ainda de acordo com o autor, seria um recurso individual ou de pequenos grupos quando se observa, nas sociedades ocidentais modernas, um eclipse do simbolismo coletivo. O sujeito se aproximaria da morte, inconscientemente, para buscar e provar, para si próprio, o valor de sua existência, uma vez que o social e o cultural estão, cada vez menos, conseguindo fazê-lo satisfatoriamente.

³ Profissionais do Centro de Orientação e Atendimento Sorológico (COAS) de Londrina relataram não ser raro encontrar essa atitude nas pessoas que procuram o serviço com a intenção de fazer o teste para a aids.

No caso da aids, a figura da sobrevivência adquire maior força, pois a relação com a morte, menos simbólica e metafórica, tem caráter mais real, mais provável. Tem o sentido de um jogo, a aleatoriedade de uma roleta-russa, embora totalmente inconsciente. Conforme diz um jovem: “vou levando, vou transando”.

Vale ressaltar, finalmente, a importância das relações de gênero neste debate da aids e da gravidez entre os jovens, uma vez que acionam relações hierárquicas entre homens e mulheres no exercício da sexualidade, acarretando conseqüências na forma como os riscos são percebidos e vivenciados. Os significados da feminilidade e da masculinidade são atualizados no momento de se conversar sobre contracepção ou prevenção da aids e valores relacionados ao fato de o parceiro ser “conhecido” ou “desconhecido”, representar “confiança” ou “desconfiança” são acionados e podem determinar relações de vulnerabilidade, sobretudo para a mulher. Portanto, o risco e a prevenção não dependem unicamente de atitudes racionais e objetivas, mas também da forma como se estruturam as relações de gênero em nosso país.

Além disso, valores tradicionais permanecem em meio a outros mais atuais, gerando grande ambivalência. Pode-se perceber, ainda entre os jovens, uma (re)valorização da virgindade, pelo menos em teoria, e uma tentativa de controle da sexualidade feminina. De um lado, eles reforçam a associação amor e sexo para as mulheres e, de outro, enfatizam o *ethos* da virilidade masculina com a dissociação do amor e da aprendizagem sexual. Ainda que haja uma tendência para a aceitação de novos comportamentos entre homens e mulheres, como experiências sexuais antes do casamento, permanece bastante valorizado o papel da mulher como mãe e dona de casa. Pode-se afirmar que esta tendência é ainda mais acentuada entre os segmentos pobres da população, nos quais a ideologia de gênero e a diferença nas relações de poder entre homens e mulheres se generalizam, o que dificulta a negociação do uso do preservativo e, conseqüentemente, a prevenção de uma gravidez ou da aids. Paiva (1996a), em estudo comparativo entre alunos de primeiro grau e universitários em São Paulo, aponta para a correlação existente entre, por um lado, classe social e escolaridade e, por outro, relações de gênero. Segundo a autora, foi possível observar maior tendência, entre os universitários, “à autonomia individual e um poder menos hierarquizado na relação sexual, mesmo mantendo ainda algumas diferenças tradicionais de papéis entre homens e mulheres” (idem, p. 218).

No mesmo sentido, trabalhos como os de Heilborn (1998), Paiva (1996a) e Monteiro (2002) sugerem diferença nas atitudes e comportamentos referentes à sexualidade entre os jovens de classes populares urbanas e jovens de classes médias urbanas, em que os primeiros baseiam-se em valores fundados em três pilares – família, trabalho e localidade – e os segundos tendem a privilegiar a cultura individualista.

A maioria dos meninos que participaram dos grupos focais afirma que, para assumir a gravidez de uma namorada, só se gostarem muito dela, senão haveria perda de liberdade. Dois rapazes insistiram em afirmar que, nessa

idade, é difícil gostar ou amar uma garota, o interesse maior é o de transar com elas: “depois que você consegue o que quer com a menina, perde o interesse”// “na maioria das vezes o cara só quer transar, mas se rola amor é diferente”. A necessidade de conversar com a garota, antes da relação sexual, apontada por muitos e também ressaltada pelas meninas, não impede o sentimento de vergonha, naquela situação, em boa parte dos casos. Pudor, “só no início”, diz um deles, “com o tempo a gente perde a vergonha e começa a conversar”. Muitos afirmam, da mesma forma, que o fazem em relação à aids, que “na hora a gente nem pensa nisso” [na gravidez]. A sensação de vertigem, produzida pelo prazer do sexo, aparece mais na fala dos meninos que na das meninas, a mesma figura do risco, aquela que supõe abandono total ou relativo de si à embriaguez dos sentidos, possibilitando a gravidez e/ou a aids.

Nas discussões que ocorreram nas oficinas e nos grupos focais, a desigualdade e hierarquia nas relações homem/mulher aparecem nas falas dos jovens, sobretudo quando os garotos defendem valores tradicionais quanto aos papéis sexuais. As garotas expressam conhecimento desta desigualdade e, por vezes, indignação:

... aprendi que como sempre o homem é muito ignorante e preconceituoso como sempre foi// aprendi que as preferências masculinas e femininas são muito diferentes// ... senti que para os homens o que importa é ser o gostoso e para eles um pênis grande impõe respeito...

Por outro lado, verifica-se também que as discussões permitem aos garotos um desvendamento de alguns aspectos inerentes às relações de gênero em nossa sociedade, quando eles parecem descobrir a condição feminina e, conseqüentemente, seu papel na relação. Suas falas são reveladoras:

Aprendi a valorizar mais as mulheres e aprendi as suas dificuldades, são importantes para vida do homem// Saber as opiniões das mulheres de como ser menos machista// / Aprendi muitas coisas que não sabia, por exemplo como fazer uma mulher atingir o orgasmo// senti que há muitas diferenças, mas que nem por isso os homens são tão diferentes das mulheres// conhecer melhor os sentimentos das mulheres, como elas pensam e como querem que nós pensemos...

O processo de discussão propiciado pelas oficinas cria um espaço para emergir a produção coletiva de modos próprios e novos de se pensar a sexualidade. Neste exercício conjunto, abre-se a possibilidade de rompimento com a produção e a reprodução das desigualdades de gênero que incluem discriminações e preconceitos. Através do debate, medos, anseios, dúvidas e opiniões dos adolescentes podem ser expressas e contribuem para a compreensão e reflexão de sua sexualidade, único caminho para os jovens poderem vivê-la com felicidade e responsabilidade enquanto sujeitos de suas práticas e representações. As oficinas podem ser um espaço criador no qual emergem novas representações para as mulheres (garotas) e também para os homens (garotos), descortinando-se uma nova codificação de valores, uma nova realidade.

As oficinas como *locus* da discussão: limites da prevenção e da intervenção antropológica

É importante salientar que os trabalhos de orientação sexual ou de prevenção podem se transformar em mecanismo de mais repressão. Não podemos desconsiderar o perigo das ações educativas e preventivas reafirmarem formas de controle e de imposições sobre a sexualidade, pois, para além do corpo, a sexualidade tem a ver com crenças, ideologias e fantasias e nos deparamos ainda com inúmeras dificuldades para uma abordagem mais libertária da sexualidade, que a tome como produto histórico e social. Na sociedade, de modo geral, educadores e profissionais da saúde se mostram ainda despreparados e pouco sensíveis para lidar com essa temática e aceitar (e se encantar) com a capacidade plástica do ser humano de produzir diversidades e diferenças a serem respeitadas. Os dispositivos de controle da sexualidade se expressam em tendências que insistem em tomar a sexualidade apenas como expressão da fisiologia reprodutiva, demonstrando os limites impostos pela moralidade que contempla, como estratégias de tratamento, o controle dos corpos e a regulação das populações.

Além disso, deparamo-nos com a predominância de um ideário tradicional nas classes populares urbanas (hierarquia de gênero nas relações conjugais; mecanismos de controle da sexualidade feminina; valorização da virgindade; nexos entre sexo e amor para as mulheres; virilidade e distinção entre relação amorosa e aprendizagem sexual para os homens), sendo que as abordagens da educação em saúde estão centradas na matriz cultural moderna, a saber, na concepção moderna do conceito de sexo mais seguro, na universalização da ideologia individualista e igualitária e nas decisões racionais.

Como equacionar estas dificuldades? Como escutar o outro, compreender suas representações sobre risco e prevenção sem impor um discurso com prescrições sobre a sexualidade? Como não reforçar os dispositivos da sexualidade tão duramente criticados em alguns educadores? Como não transformar a prevenção em novos dispositivos da sexualidade? Como intervir dentro de uma perspectiva ética, sem desrespeitar os limites e valores das pessoas que são abordadas, considerando que, ao realizarmos as intervenções, estamos adentrando em um terreno da ordem do privado, do íntimo e do subjetivo? Lidar com os temas da sexualidade significa uma ingerência na ordem da intimidade e representa uma tarefa das mais difíceis, como sublinham Fachel & Leal (1997, p. 01), pois se trata de "... tema que em nossa tradição cultural é da ordem do íntimo, da subjetividade, da individualidade, enfim, do privado". E, continuam as autoras, a "... antropologia, em sua tradição etnográfica, esmiuça por vezes o privado dos outros (mesmo quando não é convidada)".

Neste delicado contexto, o cuidado que devemos ter é o de não transformarmos a nossa busca de conhecimento do outro em discurso reificado sobre o outro. Também não devemos resgatar o velho papel do antropólogo como "tradutor" de outras culturas, pois hoje o papel dos profissionais que traba-

lham com uma antropologia aplicada é mais complexo. Além de analista, ele é chamado por vezes a ser mediador e, no caso da saúde, deve intervir. Mas como intervir? Esta tarefa implica em observar alguns caminhos já trilhados nesta área e itinerários possíveis apontados (Ayres [et al], 1998)

Começamos com a idéia de que os educadores devem ser interlocutores atentos a ouvir e a estimular discurso reflexivo e não alguém a impor discursos prescritivos e modelos prontos de comportamentos e atitudes. Eles devem criar espaços de diálogo e de reflexão para a construção compartilhada de conhecimento. Os jovens sabem reconhecer quando este espaço é criado:

Cada dia que passa as oficinas estão mais legais, pois debatemos assuntos que não são discutidos na sociedade// falar sobre nós mesmos// conhecer melhor os outros// senti confiança nos amigos// é muito bom ficar junto conversando sobre coisas que a gente não sabe// aprendi a me abrir com as pessoas e conversar sobre coisas que eu não dizia para ninguém.

Neste sentido, as metodologias participativas das oficinas se prestam muito bem a este objetivo. Elas estimulam linguagens criativas e baseiam-se em técnicas de grupo e exercícios de discussão de modo a estimular tanto os aspectos cognitivos quanto os afetivos da sexualidade, lidando com idéias, valores, crenças, práticas e comportamentos. Vejamos como os jovens se expressam:

Não nos sentimos muito presos// uma forma diferente de discutir, senti prazer em aprender// ensinar com bom humor// uma mistura de educação e diversão// senti feliz de estar participando// deixaram que nós os participantes expressassem o que pensamos// senti bem por estar falando o que penso// gostei da atividade da argila, senti que tive uma liberdade para mostrar a parte do meu corpo que eu sinto mais prazer.

Outra idéia importante é a necessidade de definirmos o que chamamos de objetivos intermediários, pois as mudanças de comportamento exigidas como meta nas ações de prevenção não são possíveis de serem alcançadas a curto e médio prazo e nem tampouco de forma isolada ou pontual (necessidade de integração/intersetorialidade), uma vez que os comportamentos são frutos de determinações complexas. Há urgência, portanto, de se levar em consideração, nas situações de intervenção, o contexto social de pertença das pessoas envolvidas, de modo a considerar as dificuldades materiais, socioculturais e subjetivas que se atualizam cotidianamente nas relações que são estabelecidas com o mundo, com os outros e consigo próprios. Significa ampliar a abordagem da aids e discutir temas como cidadania, gênero, exclusão e acesso a bens e serviços públicos de qualidade. Perseguir objetivos intermediários significa também questionar as exigências de avaliação dos serviços e das agências financiadoras de pesquisas. Significa trabalhar com objetivos difíceis de serem mensurados, como desconstruir metáforas negativas relacionadas à aids; desfazer medos e tabus com relação à sexualidade; colocar-se no lugar do outro e

respeitar as diferenças; refletir sobre a hierarquia dos riscos vividos atualmente pelos jovens, a partir de suas próprias experiências e dificuldades de optar por práticas de proteção.

Isso implica também a necessidade de trabalharmos em um tempo que podemos denominar de “antropológico” contra um tempo “clínico”, o da urgência de diagnósticos e de intervenções rápidas para dar respostas a riscos individuais e coletivos e minorar perfis epidemiológicos. A este tempo se contrapõe aquele dos diagnósticos socioculturais, elaborados através de pesquisas de campo e do método etnográfico para um conhecimento aprofundado do outro.

Os efeitos do trabalho de prevenção realizado desta maneira são de difícil mensuração, mas devemos apostar que os objetivos destes trabalhos devem ir além das preocupações higienistas e epidemiológicas. Por exemplo, os jovens manifestaram sentimentos de solidariedade nos exercícios em que tinham que se colocar no papel de portadores do HIV - “senti o sentimento das pessoas infectadas” - e demonstraram a possibilidade de desvendamento de alguns aspectos inerentes às relações de gênero, como já citado, quando pareceram descobrir as condições feminina e masculina e, conseqüentemente, seu papel na relação homem/mulher.

Portanto, trabalhar a prevenção no contexto da sexualidade implica apostar em mudanças de comportamento que se dão a longo prazo e estão inseridas em situações históricas, dependentes das condições materiais de existência das populações, de seus valores culturais e, finalmente, de políticas comprometidas com serviços sociais, de saúde e de educação de qualidade para fornecerem redes sociais de proteção às populações mais vulneráveis.

A intersectorialidade dos projetos e o incentivo às ações comunitárias, às iniciativas dos grupos e aos movimentos sociais organizados existentes possibilitam gerar condições de autonomia e continuidades das ações. Assim, o debate a respeito de uma ética da intervenção deve incluir o debate sobre os modelos de intervenção atuantes que estimulam práticas comunitárias e de organização política e social, única forma de tornar as populações com as quais trabalhamos sujeitos de suas próprias sexualidades e podermos contribuir, nós e eles, com o processo contínuo de reconfiguração das gramáticas sexuais em nossa sociedade.

Referências bibliográficas

- ABRAMO, W. H. (1994). *Cenas juvenis. Punks e darks no espetáculo urbano*. São Paulo: Página Aberta; ANPOCS.
- ARIÈS, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- AUGÉ, M. e HERZLICH, C. (eds.). (1991). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Archives Contemporaines.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JUNIOR, I. (1998). Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. In: Seminário Gravidez na Ado-

- lescência. Brasília: Ministério da Saúde; FHI; USAID.
- BALANDIER, G. (1988). *Le désordre: éloge du mouvement*. Paris: Fayard.
- BALANDIER, G. (1994). *Le dédale: pour en finir avec le XXe. siècle*. Paris: Fayard.
- BASTOS, F.I. & SZWARCOWALD, C. L. (2000). "Aids e Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1): 65-76.
- BASTOS, F.I. [et al] (2000). "Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1): 77- 87.
- BUCHILLET, D. (org.). (1991). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP; MPEG; CNPq.
- CARDOSO, R. e SAMPAIO, H. (orgs.). (1995). *Bibliografia sobre a juventude*. São Paulo: EDUSP.
- DESSER, N. A. (1993). *Adolescência: sexualidade e culpa*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- DOUGLAS, M. (1994). *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres: Routledge.
- FACHEL, J. M. G. e LEAL, O. F. (1997). "Antropologia do corpo e pesquisa sobre sexualidade: dados qualitativos e tratamento estatístico, uma proposta metodológica". Porto Alegre, *Cadernos do NUPAC*, nº 004, 1997.
- FAINZANG, S. (1992). Reflexions anthropologiques sur la notion de prévention. In: AÏACH, P. et al. *Comportements et santé: questions pour la prévention*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.
- FOUCAULT, M. (1985). *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (orgs.). (2003). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- GROPPO, L. A. (2000). *Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: Difel.
- HEILBORN, M. L. (1998). Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E. M. [et al] (orgs.). *Seminário Gravidez na Adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde; FHI; USAID.
- HERZLICH, C. e ADAM, P. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EDUSC, 2001 (Coleção Saúde & Sociedade).
- JEOLÁS, L. S. (1999). O jovem e o imaginário da aids. O *bricoleur* de suas práticas e representações. São Paulo, Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (Antropologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- LE BRETON, D. (1991). *Passions du risque*. Paris: Métailié.
- LYRA, J. L. (1998). Participação masculina na gravidez adolescente. In: VIEIRA, E. M. [et al] (orgs.). *Seminário Gravidez na Adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde; FHI; USAID.
- MONTEIRO, S. (2002). *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- OLIVEIRA, R. C. de. (1996). "O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever". *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, v.39, n.01, p.13-37.
- OLIVEIRA, R. L. C. (1998). A vivência da gravidez na adolescência. Curitiba, Monografia (Especialização em Adolescência). Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- PAIVA, V. (1996a). Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e sujeito sexual. In: PARKER, R. e BARBOSA, M. R. (orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- PAIVA, V. (1996b). "Fazendo arte com camisinha": a história de um projeto de prevenção da aids para jovens. São Paulo, Tese (Doutorado).
- PAIVA, V. (2000). Sem Mágicas Soluções: a prevenção ao HIV e à AIDS como um processo de emancipação social. Rio de Janeiro, *Anais do Seminário Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década*. ABIA.
- Parker, R. & Camargo Jr., K. (2000). "Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16 (Supl.1) 89-102.
- Parker, R. (2000). *Na Contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro:ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.
- PARKER, R. (2002). Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/AIDS. *Anais do Seminário Solidariedade e Cidadania: princípios possíveis para as respostas ao HIV/Aids*. Rio de Janeiro: ABIA.
- PETCHESKY, R. & CORREA, S. (1996). "Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista". Rio de Janeiro, *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol. 6, nº1: IMS/UERJ.
- QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M. (1986). "Antropologia da medicina: uma revisão teórica". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 20(2), p.152-164.
- QUEIROZ, M. S. (2003). *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru, SP: EDUSC (Coleção Saúde & Sociedade).
- RENA, L. C. C. B. (2001). *Sexualidade e adolescência. As oficinas como prática pedagógica*. Belo Horizonte: Autêntica (Coleção Trajetória).
- SARAMAGO, J. (1995). *Ensaio sobre a cegueira*. São Paulo: Companhia das Letras.
- SCHALL, V. T. e STRUCHINER, M. (1995). Educação no contexto da epidemia de HIV/Aids: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESNIA, Dina et al (orgs.) *Aids: pesquisa social e educação*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- VANCE, C. (1995). "A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico". Rio de Janeiro: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 05, nº 01, IMS/UERJ.
- VILLELA, W. (1996). *Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação*. São Paulo: NEPAIDS/USP.
- WEEKS, J. (1999). "O corpo e a sexualidade". In: LOURO, G. L. (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.

RESUMO

Possibilidades de intervenção: o que faz um antropólogo em uma equipe interdisciplinar de saúde

O objetivo do artigo é analisar o papel da antropologia em um projeto de prevenção à gravidez e às DST/Aids e a ação do antropólogo em um serviço público de atenção ao adolescente. Pode-se afirmar que o olhar e o ouvir etnográficos, orientados por reflexões de natureza epistêmicas e referencial teórico-metodológico que se dedicam ao exercício de compreensão do outro, subsidiaram as reflexões e as práticas da equipe interdisciplinar de saúde. Noções essencializadas, como as de adolescência, risco e prevenção, passaram a ser entendidas como construções socioculturais, recolocando sob novas perspectivas a compreensão da realidade do jovem atendido pelo serviço de saúde.

Palavras-chave: saúde; risco; prevenção; adolescência

ABSTRACT

Possibilities of intervention: the role of the anthropologist in an interdisciplinary health team

The purpose of this article is to analyze the role of anthropology in a project for the prevention of pregnancy and Sexually Transmitted Diseases/Aids as well as the performance of the anthropologist in a public service for the care of the adolescent. It can be stated that the ethnographic look and act of listening, guided by epistemic-natured reflections and theoretical and methodological reference which deal with the exercise of understanding the other, were used for the reflections and practice of the interdisciplinary health team. Specialized notions such as adolescence, risk and prevention were considered as socialcultural constructions, putting into a new perspective the comprehension of the reality of the adolescents cared by the health service.

Keywords: health; risk; prevention; adolescence

Recebido para apreciação: fevereiro de 2004

Aprovado para publicação: abril de 2004

SISTEMAS MÉDICOS: PERCEPÇÃO E COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM UMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS (SC)

Márcia Grisotti

Entre os diversos fatores que influenciam as falhas na implantação de políticas de desenvolvimento, destaca-se o fato de os planos não levarem em conta as necessidades e experiências da comunidade, suas esperanças e atitudes culturais - o que tem gerado consequências desastrosas para as condições de vida de seus habitantes e para o meio ambiente. No caso do setor de saúde, é importante enfatizar a fragilidade dos indicadores existentes, pois não levam em conta os aspectos não-tangíveis (por exemplo, a percepção do processo saúde-doença) que possuem alta relevância no processo de planejamento e implantação de políticas alternativas.

A análise de pesquisas realizadas em diferentes países da América Latina tem permitido reconhecer a multiplicidade de usos terapêuticos e a recorrência a distintas fontes de tratamento por parte da população. A maioria dos autores assinala que uma significativa maioria dos episódios de doenças informadas costuma ser tratada, também, fora dos sistemas de atendimento oficial. Isto se dá, ora recorrendo a outros sistemas médicos, por exemplo, as medicinas paralelas, ora através da auto-medicação, ou simplesmente não tomando iniciativa nem ação deliberada para modificar a situação. Além do mais, como demonstra Pedersen (1989, p. 641), do total de pacientes que inicia um tratamento médico, a metade o interrompe ou abandona antes do tempo indicado pelo médico.

No caso brasileiro, como veremos, esse fato não significa uma rejeição da medicina oficial, mas uma estratégia de complementariedade no processo de tratamento. Apesar da medicina oficial impor-se a todos os grupos sociais como sistema dominante, ela continua inacessível a mais de um terço da população brasileira (Loyola, 1984; Thebaud/Lert, 1987; Costa, 1980; Buchillet, 1991). Além disso, apesar da decretação do direito universal à assistência médica a qualquer cidadão e em qualquer serviço de saúde oferecido pelo Estado, através do SUS, um número significativo da população encontra, através de canais heterogêneos e até antagonistas de medicina e religião, outras formas de acesso e tratamento.

Por isso, diante do processo de reformulação da política de saúde no âmbito governamental, através do SUS e do potencial que existe em termos de autonomia comunitária, há necessidade de estudos diagnósticos que precisem a dinâmica das percepções e dos comportamentos em comunidades específicas, tanto do ponto de vista da medicina familiar e paralela quanto da relação desta com as políticas oficiais de saúde. Ou seja, como as populações de baixa renda se relacionam com outras possibilidades de cura? Como é

exercida a medicina familiar? Como ela se relaciona com o sistema oficial de saúde (via posto de saúde local) e/ou com os sistemas paralelos de cura? E em que sentido esse estudo diagnóstico poderia contribuir para o processo de dinamização do SUS no contexto da medicina comunitária?

Sistemas médicos: uma conceituação

Concordando com Pedersen (1989, p. 638), Foster/Anderson (1978, p. 36) e Langdon (1988, p. 15), todas as formas de respostas deliberadas frente a situações de doenças (de natureza adaptativa e individual e outras mais complexas geradas pelo grupo, família ou sociedade em seu conjunto) são essencialmente médicas e compreendem o que denominamos “sistemas médicos”. Foster/Anderson, consideram o sistema médico como um conjunto complexo que inclui:

Knowledge, beliefs, techniques, roles, norms, values, ideologies, attitudes, customs, rituals and symbols that interlock to form a mutually reinforcing and supporting system). This “vast complex” and all of the other items we might think to add constitutes a “medical system”. The term properly embraces the totality of health knowledge, beliefs, skills and practices of the members of every group. It should be used in a comprehensive sense to include all of the clinical and nonclinical activities that, however tangentially, bear on the health levels of the group and promote optimum functioning of society (Foster/Anderson, 1978, p. 36).

Para fins de análise, estes autores dividem o sistema médico em duas categorias: 1) sistema da teoria da doença (*disease theory system*) e 2) sistema de atenção a saúde, ou serviço de saúde (*health care system*). A primeira refere-se à crença sobre a natureza da saúde, as causas e o porquê da doença, os remédios e outras curas técnicas, que denominamos de Percepção da doença. Esta, segundo Langdon, compõe parte da cultura geral do grupo, pois: “a experiência da doença como qualquer outra experiência nunca é um acontecimento isolado, mas é ligado com o total de crenças e costumes que compõem a cultura” (Langdon, 1986, p. 2).

A segunda refere-se ao modo pelo qual as sociedades ou indivíduos organizam os cuidados para atender aos doentes e utilizam o conhecimento da doença para cuidar do paciente, o qual denominamos comportamento.

Essa distinção possibilita visualizar, em primeiro lugar, a realidade simbólica no qual estão submersos os sistemas médicos e no interior do qual se produzem os diversos modelos explicativos sobre o processo saúde-doença; em segundo, os desafios de introduzir mudanças nas práticas médicas entre indivíduos/comunidades que previamente tem conhecimento e comporta-se no interior apenas de seu sistema tradicional; e, em terceiro lugar, as diferenças entre percepção e comportamento, que nem sempre são simultâneas e coerentes entre si, isto é, um indivíduo pode perceber, de uma certa maneira, alguns aspectos da realidade, porém, isso não significa que seu comportamento, a partir desta percepção, seja equivalente. Isso implica uma complexificação da teoria das representações.

Medicina popular: uma revisão de literatura

A análise dos processos que influenciam as decisões de indivíduos e coletividades na procura ou não de serviços médicos oficiais e/ou não-oficiais, o entendimento das diferentes crenças e percepções do processo saúde-doença em comunidades específicas, bem como o significado adaptativo dos padrões de comportamento frente às situações de doenças, tem sido e continua sendo objeto de investigação tanto da sociologia da saúde quanto da antropologia médica.

Os primeiros autores, atualmente denominados “folcloristas” (Cabral, 1958, Araújo, 1979, entre outros autores), a recuperar as tradições regionais do mundo rural brasileiro produziram várias obras sobre medicina popular; algumas com elaborações analíticas e outras eram apenas inventários em forma de dicionário sem intenção explicativa.

As críticas a essas obras salientam o caráter ideológico e etnocêntrico impregnado no conjunto de tais obras. Ao despreverem as relações entre medicina popular e religião, adotam o ponto de vista da medicina oficial, isto é, tendem a conceber o conhecimento e as técnicas da medicina popular (conjunto de técnicas de tratamento empregadas pelos especialistas não reconhecidos pela medicina oficial) como um conjunto de práticas e idéias rudes e imitativas, provenientes da difusão da medicina erudita do passado ou como sobrevivências folclóricas das tradições étnicas brasileiras de uma época passada, de regiões rurais, isoladas e atrasadas, associando o desaparecimento dessas práticas ao desenvolvimento da urbanização, negando-lhes qualquer possibilidade de eficácia atual (Loyola, 1984a; Queiroz/Canesqui, 1986; Costa, 1980; Neves, 1984).

Embora exista um contingente muito amplo de investigações nas quais procedem informações acerca da existência de diversas crenças e práticas médicas populares (geralmente na antropologia médica) e de estudos sobre o funcionamento dos serviços de saúde e implantação das políticas oficiais de saúde, pouco avanço tem sido feito no sentido de compreender efetivamente a lógica subjacente à conduta terapêutica do paciente. Isto se deve, segundo Buchillet (1991, p. 34), a dois motivos: em primeiro lugar, porque procura-se determinar os fatores que regem a utilização da medicina oficial em vez de centrar o foco na análise sobre a maneira pela qual os indivíduos se utilizam das diferentes alternativas terapêuticas; e, em segundo lugar, pelo método de pesquisa utilizado para abordar as representações ligadas às doenças e seus tratamentos – geralmente com entrevistas nos centros de saúde ou fora dos episódios de doenças, o que dificulta a associação entre os dados descritivos sobre percepções de saúde/doença com os comportamentos efetivos observados, através dos itinerários terapêuticos.

O relacionamento de populações de baixa renda com os sistemas médicos oficial, familiar e paralelo tem sido analisado por alguns autores, entre os quais destacamos: Loyola (1984a, 1984b, 1987), Boltansky (1984) e Buchillet (1991). Em face à centralidade que os termos medicina oficial, medicina familiar e medicina paralela ocupam neste trabalho, cabe precisá-los com mais

rigor. É importante enfatizar que no detalhamento do conceito de medicina oficial não trabalharemos sobre os princípios teóricos da alopatia nem sobre a importância do desenvolvimento de uma metodologia rígida de comprovação de eficácia, nascida no século XIX com a medicina experimental; mas sobre a prática médica.

Por medicina oficial entendemos o conjunto de práticas envolvidas na oferta de serviços públicos de saúde às populações de baixa renda. Ela é executada por médicos vinculados ao SUS e aos centros de saúde. Dentro do espectro da medicina, esses médicos estão em confronto mais direto com os membros das classes populares. A linguagem e o comportamento dos doentes das classes populares distanciam-se muito da atitude adotada pelos que estão no centro do modelo da relação médico-paciente, adquirido por esses médicos durante sua formação universitária. Esses médicos lidam com uma clientela que, em diversos graus, recorre também a diferentes especialistas populares e que vê a medicina oficial como uma entre outras ofertas médicas, embora considerem-na como legítima e superior (Loyola, 1984a, p. 22-3).

Esses médicos são, ainda, fornecedores de cuidados referentes ao que Illich (1975, p. 17-24 e 43) tem apontado, em especial à busca da cura sintomática das doenças, através da supressão de sintomas (via medicamentos) sem diagnosticá-lo segundo seu contexto sócio-cultural e ambiental. Essa tendência é aumentada ainda por se tratar de serviços prestados a populações de baixa renda, marcados pela precária qualidade no atendimento e diagnóstico, bem como no fornecimento de informações acessíveis. Refere-se, portanto, a uma prática médica voltada mais para o registro dos sintomas do que para o registro das causas.

Já o termo medicina familiar denota aquelas práticas terapêuticas resultantes de uma experiência acumulada pela família e/ou pelos vizinhos, quando puderam medir a eficácia tanto de uma prática propriamente familiar como a da prática de outros especialistas em ocasiões de doenças. O conhecimento médico familiar resulta, assim, segundo Loyola "... de uma expectativa prática na qual se associam inseparavelmente remédios caseiros, conselhos de vizinhos, diagnósticos e medicamentos de especialistas" (Loyola, 1984a, p. 125).

Os praticantes da medicina familiar expressam-se atualmente de múltiplas formas em áreas urbanas: ora resgatando conhecimentos antigos sobre remédios caseiros, higiene e alimentação, ora recorrendo a medicinas paralelas na busca de curas milagrosas, através de preces e orações; ora apelando para automedicação. Esta última tendência tem-se acentuado principalmente em populações jovens que tendem a relegar os remédios caseiros e considerar os antibióticos, por exemplo, como mais eficazes porque curam mais rápido.

Nesse sentido, Boltansky caracteriza a medicina familiar como essencialmente imitativa, contentando-se as mães, de maneira geral, em reproduzir os gestos e palavras do médico: "... longe de praticarem uma medicina paralela, as mães administram aos filhos remédios que o médico prescreveu anteriormente para tratar doenças similares" (Boltansky, 1984, p. 25).

Ambos os autores, Loyola e Boltansky concordam que a prática médica oficial e familiar não são excludentes, mas complementares. As estatísticas

mostram que a compra de medicamentos sem receita - possível indicador da importância da medicina familiar - não poderia ser considerado um comportamento isolado. E em amplos segmentos da população aqueles que compram remédios sem receita e aparentemente por sua própria iniciativa, compram também sob prescrição médica e consultam médicos (Boltansky, 1984; Haak, 1989).

Em relação a isso, Haak (1989) apresenta dados obtidos no estudo do atendimento de uma farmácia em São Paulo, na qual, de todos os remédios vendidos, 34% foram comprados pela iniciativa própria dos consumidores, 22% prescritos pelos atendentes de farmácia e apenas 44% prescritos diretamente por um médico. O autor reconhece, entretanto, o caráter elástico do conceito de automedicação, não subestimando o papel do médico no consumo de remédios, pois muitos deles foram obtidos através de velhas prescrições médicas pessoais, ou de prescrições médicas de parentes e amigos. Em uma das vilas por ele pesquisada, na Bahia, uma mulher mostrou orgulhosamente sua própria farmácia doméstica, contendo, entre outros, tetraciclina, cloranfenicol etc. Esse exemplo reforça a constatação do autor, na qual "... em quase 1/3 dos casos estudados, substâncias perigosas foram usadas, seja para curar alguma doença evitável por outros meios, seja usando várias drogas ao mesmo tempo, desconhecendo-se os efeitos colaterais ocasionados" (Haak, 1989, p. 17).

Apesar do Brasil deter uma posição de liderança mundial em número de farmacêuticos registrados e em consumo de remédios, pouca pesquisa tem sido feita no sentido de detectar como muitas destas drogas estão sendo produzidas, oferecidas, aplicadas e sua importância no cotidiano das populações de baixa renda. Há, ainda, pouca consciência dos aspectos negativos da aplicação dos medicamentos modernos.

O aumento que vem ocorrendo no consumo de medicamentos reforça a hipótese da associação cada vez maior entre a medicina familiar e a oficial pelo desaparecimento, em longo prazo, das receitas de remédios caseiros e demais experiências acumuladas pelas famílias.

No caso da expressão de medicina paralela, ela denota, segundo Loyola (1991), não um fenômeno limitado unicamente às áreas rurais, mas ela não só é extensivamente praticado no meio urbano como, na percepção de seus usuários, seria responsável pela cura de numerosas doenças que o sistema oficial não consegue resolver nem os médicos conseguem explicar. Constituiria, assim, uma alternativa à medicina oficial (Loyola, 1984a, 1991, p. 3).

Esse segmento, segundo esta autora, é composto por indivíduos sem formação universitária, que vivem geralmente nas comunidades onde atuam, respondendo por várias especialidades terapêuticas, desde erveiros e benzedeiros até representantes da umbanda e do candomblé, incluindo-se também outras práticas de cura de fundo religioso, oriundas do protestantismo e do catolicismo.

Na pesquisa que realizamos evitou-se uma abordagem, preconizada pelos folcloristas, que classifica tais práticas em termos de fenômenos mágicos, residuais e atrasados ou como revanche/oposição de classe, conforme sugere Boltansky (1984, p. 61). Para Neves (1984), Boltansky considera de forma

unilateral as relações de dominação (de uma classe sobre a outra), ao adotar a oposição entre medicinas popular e oficial, não levando em conta as formas de dominação e relações de poder que ocorrem entre segmentos e agentes de uma mesma classe social. Além disso, segundo Neves (1984), bem como Boltansky e Loyola, a oposição entre as duas ditas medicinas pode suscitar outros problemas, pois, as unidades de comparação e seus efeitos práticos não são equivalentes, isto é:

... a referência à medicina científica como fragmentária se baseia na análise do ato médico e não das teorias gerais sobre a saúde e a doença ou das visões de mundo que orientam tais atos. A referência à medicina popular como totalizante se funda no sistema de representações que explica o homem em sua relação com o mundo social e sobrenaturalizado, e não no ato do agente dito curador ou eclesiástico (NEVES, 1984, p. 10).

Portanto, para nossas finalidades, a expressão paralela faz alusão a uma técnica terapêutica adicional e não substitutiva que, de acordo com Buchillet (1991), significa um novo instrumento eficaz a aumentar seu próprio arsenal terapêutico ou complementar. Ela pode ser considerada uma alternativa à medicina oficial, conforme é sugerido por Loyola (1984a, 1984b, 1987, 1991), com ressalvas quanto ao caráter concorrente, atribuído por essa autora, da medicina paralela frente à medicina oficial.

Na percepção dos praticantes da medicina paralela, questiona-se o potencial da medicina oficial em tratar certos tipos de doença. Isto não impede que a medicina oficial seja concebida como superior e legítima. Para a medicina oficial, por sua vez, o modelo biomédico é percebido como indiscutível, se reconhece a existência de outras práticas médicas, com frequência, as mesmas são tratadas como charlatanismo, superstição ou crenças em vias de desaparecimento, sendo a falta de recursos financeiros o único obstáculo à imposição do consumo massivo de tecnologias modernas (Pedersen, 1989; Loyola, 1984a). Por outro lado, na percepção dos usuários, ambos os tipos são considerados complementares, embora não se questione a legitimidade e superioridade do saber médico oficial.

Na busca de explicação para este fato, cabe reconhecer, por um lado, que a falta de recursos econômicos constitui apenas um aspecto do problema (principalmente porque a assistência médica oficial é gratuita - SUS). Além disso, parece importante identificar os fatores ligados a diferentes visões de mundo, do organismo e da saúde, que se contrapõem às cosmologias dominantes. Os especialistas de cura das medicinas paralelas utilizam uma linguagem mais acessível aos membros das classes populares e fornecem explicações que contemplam representações alternativas do corpo e da doença. Esses, contrariamente ao médico oficial, geralmente, frequentam o mesmo meio social dos seus usuários.

Por outro lado, a noção de eficácia subjacente à procura de medicinas paralelas pode preencher outras funções que o tratamento puramente sintomático da doença. Essas funções servem para confirmar noções-chave sobre o mundo, e explicam porque certos procedimentos, considerados ineficazes de

um ponto de vista biomédico, continuam a ser colocados em prática por certas sociedades e/ou culturas e ajudam a compreender também a relação médico-paciente, propiciando aos primeiros uma visão mais ampla sobre as concepções de saúde-doença de sua clientela.

Por último, a busca de terapias alternativas parece constituir, também, uma via de escape aos custos elevados das receitas, às deficiências do atendimento, às longas filas de espera nos serviços oferecidos pelas instituições oficiais de saúde.

Concepções de saúde/doença

A análise a seguir refere-se aos dados obtidos na pesquisa realizada numa comunidade de periferia da cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina, no ano de 1990 a 1991. Para este estudo de caso foram realizadas entrevistas em profundidade com trinta famílias e feito o acompanhamento de seu cotidiano durante um ano e seis meses, bem como observação e entrevistas com especialistas das medicinas paralelas, além dos médicos e atendentes do centro de saúde da comunidade. Em geral, as doenças citadas referem-se às experiências que ocorreram a eles próprios ou a seus filhos/parentes/vizinhos e/ou através de sua experiência com as medicinas oficial e paralela.

Quando perguntadas sobre o que é saúde, em geral as respostas eram sempre evasivas: respondiam com algumas poucas palavras e esperavam outros questionamentos. Em geral, todas respondiam de maneira semelhante, simplesmente fazendo oposições - "ter saúde é não ter doenças", "ter doenças é não ter saúde" e não conseguíamos, deste modo, medir a importância e o significado que saúde/doença tinha para elas.

Por isso, optamos, numa segunda fase da coleta de dados, por incorporar algumas categorias baseadas na experiência de pesquisa de Elsen (1984). Utilizamos seu modelo de análise com algumas modificações, mais adaptadas às especificidades de nossa unidade de análise. Percebemos, igualmente, como nos resultados obtidos por Elsen, que era mais fácil para as mulheres descreverem as características de uma pessoa saudável, bem como descreverem as causas, prevenção e tratamento das doenças por elas próprias citadas (como veremos mais adiante), do que falar abstratamente de saúde em geral.

Para Elsen, o conceito de saúde-doença é multidimensional e envolve ao menos quatro categorias: 1º) características físico-comportamentais; 2º) trabalho ou atividades físicas; 3º) estado psicológico; 4º) presença ou ausência de doenças. Em geral, para as entrevistadas, o conceito de saúde compõe-se de uma ou mais das categorias acima citadas e varia conforme a idade, gênero e experiência cotidiana. Por isso, da mesma forma que para Elsen, apresentamos uma descrição feita pelas entrevistadas sobre uma criança saudável, um homem saudável, uma mulher saudável e uma pessoa idosa saudável. Alertamos que os números entre parênteses referem-se à soma dos indicadores das respectivas categorias.

Criança saudável - Para a maioria a categoria "características físico/comportamentais" e seus respectivos indicadores foram os mais apontados.

Entre eles, o indicador “alimentação” ocupa o 1º lugar (20), seguido pela capacidade para realizar atividades físicas, por exemplo, “se brinca” (16), “se é gorda” (8), e em quarto “se dorme bem” (4). A ênfase dada aos dois primeiros indicadores - alimentação e gordura - estão relacionados a uma situação de carência alimentar generalizada, tanto no que se refere à qualidade, quanto na quantidade e caracterizado muitas vezes através da aparência física -principalmente a gordura.

Uma outra maneira de medir uma criança saudável é através de seu estado psicológico - por exemplo, se é alegre (7), como demonstra o comentário a seguir:

A minha filha não nasceu assim (doente mental), mas desde pequena eu já notava que ela era quieta, não falava muito, não brincava. Quando veio a menstruação, ela ficou mais estranha ainda e com medo das coisas (N.C., 65 anos).

O indicador “se chora” foi apontado apenas por quatro mulheres. Na verdade, muitas mães associam o “choro” da criança à “fome”:

Meu filho chora muito, mas eu sei que a maioria é quando ele tá com fome... Se ele chora eu dou comida e ele pára (de chorar) e já fica alegre, eu sei que não tem problema; o problema é quando ele fica triste, não brinca. (A.F., 43 anos); “Eu tô sempre preocupada com minha filha, mas minha mãe me diz: ela é magrinha, mas brinca, corre. Se ela ficar sem vontade prá nada aí pode ser anemia... (R. falando sobre sua filha de 6 anos).

A ênfase colocada no indicador “não ter febre” (9), associado com o indicador “não precisar levar no médico” (10), reforça a hipótese da procura de atenção médica oficial, na maioria, apenas em casos de doenças graves - ou não curáveis pelos recursos domésticos.

Em relação à categoria presença/ausência de doenças, o indicador “apenas problemas temporários” reflete uma tendência, demonstrada também na pesquisa de Elsen e Loyola, no qual alguns problemas na infância são esperados, por exemplo, sarampo, caxumba, catapora, resfriado, vermes... Estes dois últimos, por muitas, são tidos como normais (como parte de uma criança saudável), cujos sintomas elas já conhecem através de experiências ocorridas com seus filhos ou vizinhos e raramente procuram atenção médica para viabilizar o diagnóstico e tratamento.

Somente quando mal curadas ou quando se percebe a persistência de sintomas - sobretudo a febre, e/ou o aparecimento simultâneo de outras doenças durante o tratamento familiar, as mães recorrem quase sempre ao tratamento médico oficial.

Em relação a esta categoria ainda, é importante assinalar que apenas uma mulher relacionou uma criança saudável com “não precisar tomar remédios”. Na verdade, a maioria das doenças são tratadas com doses de medicamentos (ou de receitas médicas antigas, ou de vizinhos/parentes ou de farmacêuticos), tornando o consumo de medicamentos como parte do cotidiano

de adultos e crianças. O consumo de medicamentos, portanto, não é um critério para definir se uma pessoa é saudável ou não: ele não só é extensivamente usado, como às vezes é usado em combinação com ervas medicinais, variando conforme a “gravidade” da doença, percebido por elas. O tratamento para vermes, por exemplo, é inicialmente baseado na administração de chás caseiros.

Mulher saudável – A categoria mais citada foi trabalho e atividades físicas, em especial o indicador “se consegue fazer o trabalho de casa e/ou o trabalho de fora”, como forma de complementar o salário do marido.

O papel de mãe/mulher, principalmente como responsável pelos filhos, pela casa, está associado a outros indicadores por elas mesmas descritos. Uma mulher saudável, precisa ser “forte” (14), isto é, não ser fraca nem cansada e estar com “disposição”, principalmente para realizar as tarefas domésticas e/ou trabalho remunerado (16) e “não se queixar” (13) de algum problema, que só ela, em geral, poderá resolver (embora algumas tenham relatado alguns problemas ligados à queda de pressão, pequenas dores e males causados pelas preocupações com família e trabalho doméstico). E quando ocorrer alguma doença, esta terá que representar, para doze mulheres, “nenhum problema sério”, que possa impossibilitar o seu trabalho diário e que seja possível postergar os cuidados necessários, como se evidencia na declaração:

Às vezes eu sinto alguma coisa, mas não falo... eu até escondo, não fico dizendo que sinto isso ou aquilo, mesmo quando me perguntam... porque tenho que cuidar dos filhos, do trabalho, só quando não dá mais para aguentar, aí eu vejo o que é (C.C., 58 anos).

Em relação aos indicadores alimentação e descanso, nota-se que foram relativamente pouco citados, ao contrário da descrição feita para uma criança saudável.

Da mesma forma que para criança saudável poucas foram as mulheres (2) que relacionaram ser saudável com “não precisar tomar remédios”. Contudo, é importante resgatar que a medicina familiar, como já foi caracterizada, compõem-se de remédios caseiros, mas também de remédios prescritos por médicos, da utilização de antigas receitas médicas (suas ou de vizinhos/parentes), de conselhos de farmacêuticos, que apontam para a fácil aquisição e presença dos medicamentos alopáticos no cotidiano de vida das entrevistadas. É importante destacar que o consumo de medicamentos, nesse estudo de caso, é maior entre as mulheres (comportamento, considerado por elas, como “normal”), com preferência a remédios “fortes”, capazes de curar rapidamente os sintomas.

Homem saudável - De maneira geral, um homem saudável segue as mesmas tendências encontradas para uma mulher saudável, variando em alguns indicadores, específicos de cada gênero.

Na caracterização de um homem saudável é admitida a presença de doenças, porém estas devem ser consideradas como representando “nenhum

problema sério" (13) que possa inviabilizar sua rotina de trabalho (23), com a consequente perda do emprego.

A categoria "não se queixa", enfatizada para as mulheres, é citada apenas duas vezes, representando o importante papel da mulher/mãe no processo saúde-doença da família, o qual é reforçado através dos relatos feitos por elas:

O meu marido quando não está bem, já fica todo preocupado. Eu é que tenho que providenciar as coisas... os remédios ou marcar a consulta. Eu também me informo com outras mulheres aqui da vizinhança sobre o que é (a doença) e como tenho que tratar... Agora quando dá o problema de pressão que ele às vezes tem, então ele já tem o remédio e já sabe... ou então quando não tem ele compra na farmácia" (Que remédio é este?) "É Moduretic!" (A.F., 43 anos).

E mesmo em casos onde tanto o homem quanto a mulher estão doentes, em geral é a mulher quem cuida, por exemplo:

Eu tenho diabete e meu marido tem pressão alta, eu é que aplico a insulina e cuido da pressão dele... eu estou sempre preocupada com ele (N.C., 65 anos).

É importante observar que o indicador "não tem muitas preocupações" e o indicador "se tem boa higiene" não parece caracterizar um homem saudável. Enquanto estes indicadores são representativos de uma mulher saudável, para um homem saudável aparece o indicador "se não tem vícios" - álcool, fumo (14), como se evidencia nestes exemplos:

*O meu filho já tem filho e tudo...Ele às vez em quando tem algum problema de saúde, mas nada muito sério... O que estraga ele é a bebida (J.C., 50 anos)
Graças a Deus, meus filhos não têm esse problema (M.A., 39 anos).*

Alertamos para o fato de que estas considerações referem-se às percepções das entrevistadas, ou seja, das mulheres sobre seus maridos. Estes, segundo suas próprias percepções, podem ou não confirmá-las.

Idoso saudável - Na descrição de um idoso saudável, as quatro categorias são apontadas, porém os indicadores a elas correspondentes sofreram alterações. Na categoria "características físico-comportamentais" dois novos indicadores foram citados: "se caminha" (20) e "se fala bem" (13).

Em relação à categoria "trabalho e atividades físicas", o indicador "trabalho moderado" (5) expressa a visão segundo a qual um idoso saudável já não possui certas capacidades físicas e mentais de executar trabalhos da mesma forma que um homem ou mulher saudável, porém é esperado que o idoso desempenhe algumas tarefas mais simples, seja no trabalho de casa ou fora.

Em relação à categoria presença/ausência de doenças, é registrado um novo indicador - problemas da idade (10), o qual é tido como possíveis e normais de acontecerem para pessoas idosas, incluindo as doenças crônicas, como reumatismo, hipertensão, diabete, entre outras.

Estas categorias, de forma integrada, nos demonstram a visão de um idoso saudável, segundo o qual mesmo tendo algum problema, típico da idade, consegue desempenhar alguma atividade, mantém a lucidez, tem disposição e não depende tanto de outros membros da família para sua sobrevivência, cuja dedicação integral nem sempre, ou raramente, é possível. Isto pode ser evidenciado nos exemplos obtidos pelas entrevistadas sobre seus parentes:

Meu avô tem 85 anos, ele tem diabetes, pressão alta, mas eu acho ele saudável, porque apesar de tudo ele caminha, tem força de vontade e fala bem (L.A., 39 anos). Minha mãe tem 74 anos, pressão alta, mas ela faz alguma coisa em casa... me ajuda a cozinhar, lavar, toma o remedinho dela... eu não preciso tá em cima cuidando... (R.S., 36 anos); ou sobre pessoas que elas conhecem na comunidade: Tem uma senhora de 90 anos, que mora lá no "morro do céu" (próximo ao topo do morro), ela sobe o morro todinho, fala bem... ela até dança (J.F., 49 anos). Tem a Dona B., uma velhinha de 100 anos que sobe e desce o morro... eu sabia que ela teve acamada um bom tempo... mas agora, olha só!(S., 38 anos).

Em relação à categoria "estado psicológico", um idoso saudável é caracterizado por algumas entrevistadas como aqueles que têm "disposição e vontade de viver" (6) é alegre - "não se desanima" (3). Por outro lado, um certo grau de fraqueza e cansaço é esperado, ao contrário da descrição acerca do indicador "ser forte", feita para a mulher saudável.

Em nossa pesquisa, entrevistamos algumas mulheres idosas (6). Destas, três estavam com doenças generalizadas. Uma delas, mesmo tendo câncer nos ovários, considerava-se mais saudável que sua filha, que é excepcional. Para ela, há uma certa compensação de sua situação presente devido a um passado saudável:

Eu sou doente agora, mas eu já vivi bastante, já tive feliz, a minha filha não, ela não conhece as coisas, tá sempre assim e vai morrer assim (M.I., 77 anos).

Causas e medidas preventivas

Os exemplos que usaremos referem-se aos problemas de saúde citados pelas entrevistadas no processo de coleta dos dados. Em geral, são problemas que refletem tanto as experiências de doenças do passado quanto aquelas ocorridas no período de coleta de dados.

Da mesma forma como no significado de ser saudável, as causas de doenças e medidas preventivas também variam conforme idade, gênero e tipo de doença.

Para cada doença, as mulheres apontavam a época do ano em que havia mais incidência, quem era mais atingido, sintomas, causas, grau de perigo e quem e como é tratada. Neste esquema, as doenças mais relatadas estavam relacionadas a problemas infantis, enquanto que as doenças de adultos e idosos foram mais relatadas no item "questionário da doença".

Dentre as causas das doenças, duas categorias sobressaem: naturais - alimentação, condições climáticas, higiene, hábitos, estado psicológico (problemas emocionais, ligados a situações de stress) e trabalho; e sobrenaturais - causadas pela intervenção de “espíritos maléficos” ou por pessoas que fazem maldade (por inveja ou vingança).

Para crianças, os problemas mais citados foram: problemas respiratórios - bronquite (9), gripe (22), pontada (11), vermes (21) - algumas referem-se a “piança de bicha” ou “ataque de bicha”, diarreia (18), desidratação (8), anemia (4), alergia (2), arca caída (2), mau-olhado (5) e em menor proporção outros problemas considerados por elas como graves: crianças mongóis, aleijadas, os quais em nossa amostragem não foram detectadas.

Enquanto que para adultos foram citadas mais doenças crônicas, para crianças as doenças mais citadas referem-se as que ocorrem com mais frequência, e em geral trata-se de doenças consideradas por elas como “simples” ou “leves”, como mostra o quadro:

DOENÇAS	SINTOMAS	CAUSAS	GRAU DE PERIGO	QUEM TRATA
<i>Verminoses</i>	barriga grande c/ dores não brinca (tem sono) - Palidez/vômito	- brincar na sujeira - alimentos mal cozidos e lavados - andar descalço - comer doces	- ‘ataque de bixa’ - Vermes - embolarem (quando o médico der injeção)	- em casa
<i>Diarréia</i>	- não brinca - fezes mole	- brincar na sujeira - alimentos mal lavados - alimento estragados	- desidratação	- em casa
<i>Desidratação</i>	- olhos fundos - vômito - não brinca	- contágio na creche - má alimentação - pouco consumo de água	- anemia	- em casa
<i>Gripe</i>	- nariz escorrido - tosse - febre	- friagem - mudança de clima	- não tem	- em casa
<i>Pontada</i>	- gripe - catarro - febre	- umidade - friagem - contágio	- não sabem	- médico (posto) - em casa
<i>Anemia</i>	- fraqueza - magreza - não brinca	- não come o necessário - genético	- leucemia	- em casa - benzedeira
<i>Alergia</i>	- coceira - ferida na pele	- não sabem	- não sabem	- médico (posto) - em casa
<i>Cobrero</i>	- feridas na pele	- contato com: lagartixa e aranha	- não tem	- benzedeira
<i>Mau-olhado</i>	- cansaço - não come - só quer dormir - palidez	- inveja - vingança	- anemia	- benzedeira - centro espírita
<i>Arca caída</i>	- dor nas costas - não come - chora muito	- mal jeito de pegar a criança	- não sabem	- em casa - benzedeira

Em geral, as causas de doenças em crianças, segundo as entrevistadas, são devidas às impróprias condições ambientais, alimentares e higiênicas. As condições ambientais e higiene pessoal são usualmente vinculadas a distúrbios gastrointestinais, como por exemplo, a diarreia, desidratação, vermes. Este inclui todos os tipos de parasitas intestinais, raramente há uma diferenciação entre os tipos de vermes existentes, mesmo em situações onde é realizado exames clínicos.

Brincar na sujeira (perto do esgoto) e não ter os devidos cuidados com o corpo - por exemplo, não lavar as mãos, não tomar banho, andar descalço e contato com coisas sujas são alguns exemplos de causas de doenças, citadas pelas mães, cujas alterações de comportamento nem sempre são possíveis. A maioria relatou os cuidados necessários quanto à higiene ambiental e alimentação (em especial os cuidados em relação aos alimentos não lavados e/ou mal cozidos) para evitar problemas gastrointestinais, principalmente vermes, porém nem sempre é possível efetuar-los na prática:

Eu tenho muitos filhos pra cuidar... eu digo pra eles não brincar perto do esgoto e na areia suja... eu até tranco eles dentro de casa, mas eu não posso tá sempre em cima deles... quando eu vejo eles já tão lá (na vala do esgoto), brincando de novo (A.F., 43 anos).

Evidência deste fato é que, enquanto conversávamos (com esta e outras entrevistadas), seus filhos brincavam perto do esgoto a “céu aberto” e na areia suja.

O grau de perigo apontado por elas em caso de vermes é o “ataque de bicha”. Muitas mães relataram casos acontecidos com seus filhos:

Quando deu ataque de bicha, ele ficou todo roxo, com espuma pela boca e as bixas atravessavam pelo nariz (R.S., 37 anos).

Outro perigo apontado é quando os vermes “embolam” devido à “injeção dada pelo médico”:

Não se deve dar injeção quando a criança tá nesse ponto, primeiro tem que dar chá para acalmar e depois sim dar remédios (V.S., 34 anos).

As fases da lua exercem um papel importante, na percepção delas, no desenvolvimento das verminoses: “A lua crescente faz com que a bicha cresça” (M.O.P., 40 anos). Portanto, segundo elas, não se deve dar algum medicamento nessa época. Algumas (2) fazem exames periódicos para saber se tem e qual o tipo de vermes, e outras (3), dependendo da fase da lua, dão remédios por períodos consecutivos:

*O certo é fazer um exame todo o ano nas crianças (A.B.C., 42 anos);
De três em três meses eu dou ASCARDYL - um remédio que o farmacêutico me deu pra vermes - mais chá de hortelã (O.C. 42 anos).*

Os problemas respiratórios (gripe, pontada) também foram bastante citados, sendo o inverno o período de maior incidência. As condições climáticas exercem uma importância muito grande na descrição das causas (mudanças bruscas de clima, vento, umidade, friagem). Para pontada, o “contágio” (principalmente na creche) aparece como uma possível causa.

O tratamento, em geral, é feito em casa com uso de chás e remédios adquiridos de outras consultas médicas ou conselhos de farmacêuticos e vizinhos. Quando a criança fica muito fraca, as mães relatam que procuram o médico do centro de saúde.

Em relação às vacinações, percebe-se que a maioria leva seus filhos ao centro de saúde para vacinar, porém nota-se pouco entendimento de qual vacina é administrada e o que significa para a saúde. Infelizmente, nem todas as mulheres foram indagadas sobre esta questão, o que torna esta constatação bastante provisória; de qualquer forma serve como pista para futuras pesquisas que tenham como objetivo saber como as campanhas de vacinações são assimiladas pela população.

No caso de anemia é recomendado realizar um tratamento caseiro, e entre as causas é colocado um indicador de ordem hereditário:

Eu não sabia que meu filho tava com anemia, eu não via nada, ele brincava... Eu acho que a causa é desde a gravidez... eu tive e tenho anemia, além de inflamação nos ovários (M.L.O. 29 anos, falando de seu filho, que morreu com um ano e meio de idade).

Ou então, associa-se a causa hereditária a um descuido no padrão alimentar:

Meu filho já nasceu fraquinho e enquanto ele crescia eu não cuidei direito o que ele devia comer.. eu trabalhava muito, sabe, eu não tinha tempo, então ele comia qualquer coisa (S.R.G., 33 anos).

Por outro lado, como se demonstra no quadro, existem outras doenças ocorridas em crianças nas quais nem as causas nem os tratamentos são similares às demais doenças citadas, apenas os sintomas, como é demonstrado pelo depoimento de uma entrevistada sobre a “arca-caída” de seu filho, que atualmente tem dois anos:

Há um ano e pouco atrás, ele teve, eu não sabia o que estava acontecendo, ele chorava, mas não era de fome... ele até quase nem queria mamar (no peito), teve diarreia... quando fui descobrir com minha mãe que era arca-caída... Levei na benzedeira lá em cima, ela fez uma reza, uma massagem e deu um chazinho pra dá pra ele, que era pra ele comer e fica forte (C.P., 36 anos).

Para saber se a criança tem “arca-caída” é preciso, segundo as mães, virá-la de bruço e juntar a mão esquerda com a mão direita, se der folga e doer é diagnosticado como arca-caída. O “mau-olhado”, segundo elas, já é um pouco mais perigoso:

Se vai deixando a criança pode até morrer. Arca-caída se a gente sabe que é isso, é só levar na benzedeira que ela cura. Mas mau-olhado, às vez demora um pouco; também porque a gente não sabe o que é - a criança não come, não brinca, quer só dormir, perde a cor, fica como se tivesse verme, aí que vai demorando... a gente acha que é uma coisa e depois é outra (R.S., 37 anos).

De acordo com uma entrevistada, o mau-olhado (ou quebrante) é resultante de um olhar com inveja, ciúme, injúria e outros sentimentos ruins sobre uma criança, considerada como indefesa, pura, sem sentimentos ruins. Mas também pode acontecer entre adultos, quando uma pessoa deseja o mal para outra; e isso acontece direta ou indiretamente, por exemplo, quando alguém faz algum “trabalho” com algum objeto da pessoa a quem se destina o “mal”.

As doenças, de causas naturais e consideradas simples, geralmente são tratadas em casa. Várias entrevistadas relataram experiências nas quais o tratamento médico oficial não apresenta eficácia:

... os médicos davam remédios e não viam que era sarampo. O menino tava quase morrendo. Dei chá de sabugueiro e o sarampo se manifestou para fora (V.S., 34 anos). Para anemia e vermes também é recomendado o tratamento caseiro: anemia médico não cura. Eu faço uma mistura de cálcio B12 com banho de nove qualidades de flores, hortelã, farinha de centeio, alevante e ovos (M.L.O., 29 anos). Para vermes, só levo no médico para poder fazer exames, para ver qual tipo de verme e daí, em casa, dou remédio e chás (Z.P., 32 anos).

Além das doenças de origem sobrenatural, segundo elas, os médicos não conhecem e não sabem tratá-las, ou quando tratam não conseguem obter eficácia. Porém, é importante relatar que embora o tratamento médico oficial não seja tão procurado para as doenças acima descritas, isto não significa que as mães utilizem apenas os chás caseiros ou os conselhos da benzedeira e remédios homeopáticos do centro espírita; muitas (porém em menor escala em relação ao tratamento de adultos) utilizam velhas prescrições ou remédios de farmacêuticos, como se evidencia nos depoimentos:

Meu filho tem ínguas e placas brancas na boca e garganta... Mas eu não vou levar no médico, ontem eu dei um antibiótico (Nitromicina) que a vizinha usou e como ela tinha dois frascos, ela me deu um; ele já tá melhorando! (A.S., 45 anos). Eu acho mais fácil e rápido ir na farmácia e comprar o remédio que eu já sei ou então pergunto logo pro farmacêutico (L.A.R., 39 anos).

E no depoimento de P. F. (49 anos, com diabetes), segundo o qual seu neto, após oito dias de nascimento, adquiriu hepatite, ficou excepcional, não falava e no período de nossa entrevista apresentava quarenta graus de febre:

Minha filha não levou ele no médico porque acha que ele daria um remédio que ela já conhece (P.F., 49 anos, com diabete).

Além disso, na maioria das casas existem alguns remédios reservados para alguma emergência, por exemplo: Aerolin, Dipirona, Novalgina, Vickvaporub, Sulfato ferroso, Anador, Plasil, Doril, Melhoral infantil.

Em relação a adultos e idosos, foram relatados doenças, consideradas por elas tanto “simples ou leves” quanto “graves” - com ênfase nesta última.

Entre as doenças leves citadas para adultos, ocupam destaque: dor de cabeça (21) ou às vezes designada “doenças dos nervos”, reumatismo (8), zipra (4), problemas vaginais (5) - específicos para mulheres- e alcoolismo (6) - específico para homens (embora os efeitos sociais e orgânicos deste último sejam, a longo prazo, considerados como graves).

Entre as doenças graves citadas para adultos e idosos destacam-se: problemas cardíacos e derrame (11), diabete (6), problemas na coluna (7), outros(5), - incluindo câncer, epilepsia, AIDS e nove que relataram não ter problemas graves na família.

Entre as causas, um indicador bastante citado relativo à descrição de um adulto saudável, torna a ser citado nesse momento da análise e está ligado a condições e estilos de vida, em especial à capacidade de realizar trabalho. Ou seja, trabalhar ou não-trabalhar podem ser causas de doenças, dependendo da idade do entrevistado.

Por um lado, trabalhar em demasia enquanto jovem, por exemplo carregar muito peso, trabalhar várias horas do dia e pouco descanso..., sem as devidas condições alimentares, higiênicas, habitacionais básicas, podem gerar problemas a longo prazo. A maioria das mulheres idosas entrevistadas apontou para este fato. Por outro lado, não trabalhar pode significar uma vida ociosa associada a vícios (principalmente alcoolismo), desordens familiares, não remuneração e degradação orgânica e familiar a longo prazo. Este aspecto foi mais apontado para os homens:

Meu marido depois que saiu do emprego ficou doente. Ele não tem o que fazer e acaba bebendo... Agora ele é magro, tem eczema pulmonar e problema na “panca” - pâncreas (O.C., 42 anos).

As causas são de vários tipos e muitas vezes estão interligadas. Para dor de cabeça, problemas no coração, alcoolismo as causas estão ligadas ao *stress* social, preocupações com a sobrevivência e o “desespero gerado pelas dificuldades em sustentar a família e resolver os problemas familiares” (K.V., 30 anos). Diabete e doenças mentais são, em geral, causadas por um fator hereditário. “A pessoa já nasce assim. Durante a vida pode melhorar um pouco, mas não adianta”. (M.Z.B., 35 anos).

É importante destacar que muitas vezes esse fator “genético” está vinculado ao fator “destino” (4): “Doença quem dá é Deus” (L., 79 anos). Esta explicação causal é válida também em casos de doenças crônicas em estágio avançado (ou terminal), como se evidencia no depoimento de M.I. de 77 anos que possui câncer nos ovários, problemas crônicos na bexiga, ácido úrico, pressão alta e “depressão pelo sofrimento”:

“Há oito meses comecei a me tratar, antes já sentia dor. O médico do hospital de caridade fez exame - ofereceram uma cirurgia no INAMPS, mas eu não iria me arriscar colocar numa sala de cirurgia, não posso fazer nada com a doença, ela tá num estado que não posso mexer com ela, tomo remédios para tirar a dor... penso tanto na doença e não fico curada... Esse é meu destino, minha filha. Em casa, faço chá de malva, arnica (do quintal), para desinflamar” (M.I., 77 anos).

Já zipra e problemas vaginais são causados, segundo as entrevistadas, por “descuido na higiene”.

As doenças devidas a causas sobrenaturais também existem para adultos e idosos, por exemplo, mau-olhado, encosto e outras doenças que, embora possuam sintomas de origem natural, as causas são sobrenaturais.

As precárias condições e estilos de vida parecem representar muitas das causas de doenças citadas, variando conforme a intensidade e tipo de doenças. Isto porque saúde-doença são uma parte do modelo familiar e como tal estão inter-relacionados com outros aspectos da vida de uma família. Esta visão, de certa forma integral, permeia a idéia de causação, tratamento e prevenção. A maior parte das entrevistadas, quando falava sobre suas doenças ou de sua família, não comentava apenas sobre a doença em si, mas sobre as relações e problemas familiares, de vizinhança e comunitários.

A procura de tratamento de qualquer tipo parece, para adultos e idosos, ocorrer quando as dificuldades de suportar a doença ou a dor estejam no limite, como exemplifica o depoimento:

Às vezes a pessoa tá doente e não diz. Eu mesmo não digo, só quando não posso mais, para não incomodar os outros. Aí, elas (suas filhas) são obrigadas a me levar (J.B., 49 anos).

No processo de tratamento, várias alternativas entram em cena: desde a utilização de chás caseiros, remédios com prescrições médicas atualizadas ou antigas, conselhos de farmacêuticos, benzedeiros, centro espírita e centro de umbanda. O que observamos no decorrer do processo de coleta de dados é que o uso de tais alternativas não são excludentes, mas complementares e às vezes simultâneas. Por exemplo, para zipra, doença que segundo elas o médico desconhece, uma entrevistada relatou que recorreu à benzedeira quando começou a dar “tremura e fastio... Ela benzeu três vezes e curou”. Na mesma sequência, esta entrevistada relatou que usa também uma pomada (Nedmicina com Bacitracina) comprada na farmácia. E quando indagada sobre qual dos dois tipos de tratamento tinha mais efeito sobre a doença, ela não soube responder.

Análise dos dados

Em primeiro lugar, ser saudável para as entrevistadas não é sinônimo de ausência de doenças. Problemas de saúde podem existir e, dependendo da gravidade e frequência, são esperados e aceitos como parte do ser saudável de

acordo com o gênero e idade. Gravidade e frequência também são indicadores relevantes para determinar o tipo de tratamento a ser administrado e o deciframento do momento em que a procura médica torna-se necessária.

Para crianças, embora haja variação no tipo de tratamento, casos de vermes, diarreia, sarampo, coqueluche, rubéola são esperados; verminose, inclusive, não chega a ser considerado por quatorze mães como uma doença, como exemplifica o depoimento de V.S., 34 anos:

Eu não acho que meu filho é doente só porque tem vermes [...] todas as crianças aqui têm. Eu só acho perigoso quando dá ataque de bichas, aí, sim.

Para adultos, problemas como hipertensão, reumatismo, problemas vaginais e alcoolismo são esperados, o mesmo acontecendo com os casos de diabetes, hipertensão, moléstias na coluna, derrame cerebral (dependendo do tipo de sequelas resultantes) entre os idosos:

Minha avó teve derrame, mas só ficou muda... continua andando, faz as coisas dela sozinha... a gente ajuda um pouco também. Mas o pior é o senhor F. (seu vizinho), que também teve derrame e não fala mais, não caminha, fica só de cama, dependendo da mulher pra tudo (M.Z.B., 35 anos).

Em segundo lugar, as representações feitas pelas mães entrevistadas sobre uma pessoa saudável correspondem a diferentes categorias e variam conforme idade e gênero. Enquanto para crianças, as categorias físico-comportamentais e psicológicas assumem maior importância - ter peso, disposição para brincar, ser alegre, não precisar ir frequentemente ao médico -, para adultos as categorias predominantes se referem a seriedade da doença, principalmente pelas incapacidades que ela impõe para realizar tarefas cotidianas, especialmente para trabalhar. Os adultos (homens e mulheres) são vistos como fortes (não propensos a doenças) e quando ficam doentes é sempre sério. A mulher necessita ser mais forte ainda, e não se queixar de problemas de saúde, que em geral só ela pode encaminhar e resolver. Aos idosos, retorna-se a importância de categorias físico-comportamentais e psicológicas, medidas pela capacidade destes conseguirem realizar algumas atividades - caminhar, ter disposição e não depender tanto dos parentes, embora a presença de vários tipos de doenças crônicas já seja admitida.

Em terceiro lugar, a tensão decorrente da insuficiência de recursos para prover as necessidades da própria subsistência, bem como as impróprias condições sanitárias em que vivem, propicia a percepção da saúde como abrangendo não só uma situação definida como bem-estar, mas também um estado ambíguo que não é estritamente saúde, mas que também não é considerado explicitamente doença, gerando uma situação intermediária onde as doenças, sintomas, causas são negados até o limite suportável (medido principalmente pela disposição e capacidade de continuar executando o trabalho e/ou as tarefas domésticas diárias). Essas necessidades e dificuldades cotidianas expressam-se através das representações da fraqueza, do cansaço, do nervoso

- relacionadas à insuficiência alimentar (quanti e qualitativamente). A doença dos nervos, que foi frequentemente mencionada como típica dos adultos, é um exemplo dessa situação intermediária.

Do nosso ponto de vista, se este estado de carência, como decorrente diretamente das condições e estilos de vida, raramente chega a ser considerado doença é porque há uma certa adaptação biológica e cultural a esta carência, fazendo com que as entrevistadas não tenham uma experiência concreta do que seja realmente saúde. Por outro lado, se aceitarem tais carências como doenças, isso implicaria em assumir uma condição patológica por um período indefinido, cujas possibilidades de cura estariam também indeterminadas.

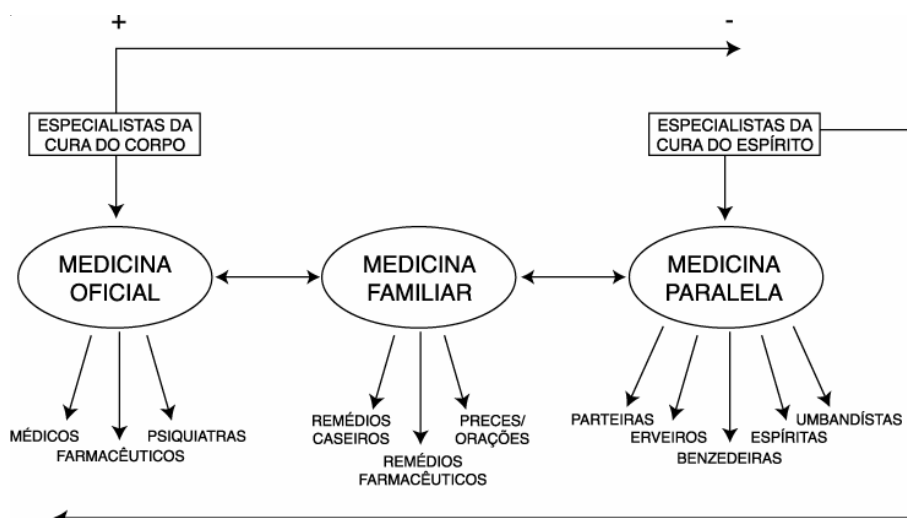
A percepção de saúde-doença para adultos tende a apresentar características semelhantes àquelas encontradas nas pesquisas de Elsen e Loyola. Segundo estas autoras, a doença é encarada como uma ruptura do estado normal, que é a saúde definida pela disposição para a vida, especialmente para alimentar-se e trabalhar. A representação da saúde está intimamente ligada à idéia de força (usada no trabalho) que a comida mantém e estimula, por contraste o corpo doente seria aquele que principalmente é incapaz de realizar trabalho (Loyola, 1984a; Elsen, 1984).

Em quarto lugar, como já foi observado por Souza (1982), existem diferentes dimensões da doença: o estar doente é uma constatação e convivência com doenças por um período temporário, cujos mecanismos de tratamento percebe-se também temporários; o ser doente é uma convivência e adaptação permanente com a doença, o que implica um reajuste de todas as estratégias de sobrevivência, incluindo uma alteração no estilo de vida (percepções, hábitos, comportamentos), gerando um leque de privações e sofrimentos tanto pessoais quanto dos indivíduos que a cercam; o poder ficar doente é a possibilidade, ou não, de contrair alguma doença, seja por acaso ou por tendências psico-orgânicas individuais, acarretando, ou não, a procura por medidas preventivas e o sentir-se doente é um estado psicológico no qual o indivíduo sente-se interiormente debilitado, embora biologicamente ele esteja sadio, do ponto de vista da medicina oficial e/ou vice-versa. Estas diferentes dimensões da doença produzem também diferentes formas de tratamento das mesmas.

Os conceitos de saúde-doença, os modelos de causas, medidas preventivas, bem como o itinerário terapêutico, variam de indivíduo a indivíduo. Os conhecimentos e as crenças são adicionados, modificados ou reforçados de acordo com o contato dos membros da família com doenças e os processos de interação dentro da família, bem como com outros grupos de referência: comunidade, meios de comunicação, sistemas médicos, principalmente o oficial que representa um fator importante para esta troca.

Em casos de doenças, o processo terapêutico (que compreende desde o diagnóstico, percepção das causas até o tratamento) envolve uma diversidade de procedimentos, os quais variam conforme o gênero, tipo de doenças ("se material ou espiritual"), a idade, frequência, gravidade e condições de vida.

A atenção médica não se restringe apenas à medicina oficial; é utilizada também a familiar e a paralela; sendo que estes três tipos de medicina não são excludentes, mas complementares, como mostra o modelo:



Esse modelo, criado por nós, utiliza algumas categorias elaboradas por Loyola (op.cit), porém não na forma dicotômica proposta por esta autora, pois há certas práticas que podem requerer um duplo papel: a medicina oficial, além da preocupação com os aspectos orgânicos da doença, também se propõe a tratar problemas de origem mental, como é o caso da psiquiatria. Da mesma forma, nas medicinas paralelas, apesar da maioria das doenças por elas tratadas ser de origem espiritual, algumas causas puramente orgânicas, geralmente as consideradas como simples, também são tratadas por elas, como vimos anteriormente. Foi detectado nas entrevistas que em certas especialidades terapêuticas os agentes enfatizam um ou outro processo de cura, num processo gradativo, dependendo do tipo de doença. Preferimos, portanto, elaborar este modelo para demonstrar estas gradações.

O que varia é a percepção que os diferentes tipos de medicina possuem entre si: do ponto de vista da medicina oficial, em geral, são negadas as práticas terapêuticas fornecidas pelas medicinas paralelas, sob o argumento de sua ineficácia técnica na supressão de sintomas das doenças. Porém, resgatando os argumentos de Illich (1975), a própria medicina oficial não pode ser considerada completamente eficaz: ela é impotente para lidar com muitas doenças de nossa sociedade; isto porque a doença é o resultado de um longo processo de deterioração das condições de vida de uma população e sua cura não se relaciona apenas com a técnica médica. E a eficácia das medicinas paralelas não se dá apenas quando há eliminação dos sintomas, mas quando, através de suas práticas terapêuticas, torna-se possível criar um entendimento das causas das doenças (através de técnicas e linguagens próprias) e uma integração e solidariedade de pessoas/grupos em torno de valores sociais comuns.

É preciso salientar que as relações entre os três sistemas médicos - oficial, familiar e paralelo - não implicam em oposições, concorrências ou antagonismos entre si, como sugerem alguns pesquisadores, mas complementariedades. As entrevistadas não questionam a superioridade e

legitimidade do conhecimento médico (reivindicam até mais e melhores serviços oficiais), embora critiquem, sobretudo, a conduta de seus profissionais expressos na relação médico-paciente, e a incapacidade do sistema oficial em curar certas doenças, como por exemplo, aquelas de origem “espiritual”.

Os profissionais, sobretudo os médicos, representantes do sistema médico oficial destinado às populações de baixa renda, embora tenham clareza quanto às relações entre as condições sócio-psicológicas e ambientais e a incidência de doenças, na prática estes fatores são relegados a favor de um tipo de tratamento e cura puramente sintomático (via amplo consumo de medicamentos) e que anula as capacidades autônomas de indivíduos e grupos em refletirem sobre seu estado de saúde, suas condições e estilos de vida que são os determinantes, na maioria das vezes, das situações de doenças.

Do ponto de vista das medicinas paralelas, estas aceitam e quando necessário encaminham seus pacientes para a medicina oficial. Sugerem, porém, que a capacidade curativa desta medicina é limitada. Os médicos são considerados, de modo geral, como aqueles que tratam os sintomas que aparecem no corpo físico. A capacidade de tratar as causas desses sintomas que vêm do espiritual ou que resultam de um desequilíbrio entre o corpo fluídico e o corpo somático, tendem a estar fora de seu alcance. Os problemas de origem psico-sociais são tratados pelas medicinas paralelas com técnicas e linguagens pelas quais a medicina oficial geralmente tanto desconhece quanto não consegue tratar. São essas condições que levam os pacientes, entre os quais aqueles do universo entrevistado, a recorrer aos especialistas do “mundo espiritual”.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, Alceu. M. (1979). *Medicina rústica*. São Paulo: Editora Nacional.
- ARMELAGOS, et. al. (1978). The Ecological Perspective in Disease. In: LOGAN and HUNT (eds.). *Health and the human condition*. Massachusetts: Duxbury Press.
- BOLTANSKI, Luc. (1984). *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal.
- BUCHILLET, Dominique. et. al. (1991). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUD.
- CAMPOS, Marta. S. (1982). *Poder, saúde e gosto*. São Paulo: Cortez.
- COCKERHAM, William. C. (1978). *Medical sociology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- ELSEN, Ingrid. (1984). *Concepts of health and illness and related behavior among families living in a Brazilian fishing village*. Tese de doutorado. University of Califórnia, Berkeley.
- FOSTER, George M. and ANDERSON, Barbara. G. (1978). *Medical anthropology*. New York: John Wiley.
- GREENFIELD, S. (1986). “O Espiritismo como um sistema de cura”. In: *Sistemas de cura - as alternativas do povo*. Mestrado em Antropologia, UFPE, Recife.
- GRISOTTI, M. (1992). *Sistemas médicos: oficial, familiar e paralelo: estudo de percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em comunidades de baixa renda*. Dissertação de Mestrado em Sociologia/UFSC.
- HAAK, Hildbrand M. D. (1989). “Pharmaceuticals in two Brazilian villages; Lay practices and perceptions”. In: *Social science and medicine*.

- ILLICH, I. (1975). A expropriação da saúde. In: ILLICH, I. *Nêmesis da Medicina*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- LANGDON, Esther. J. (1986). Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. Trabalho apresentado no simpósio "Saúde e índio", Brasília, DF.
- _____. (1988), "Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento". In: *Saúde em debate*. jan., edição especial.
- LAPLANTINE, F. e RABEYRON, P. L. (1989). *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense.
- LAPLANTINE, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- LEVEFRE, F. (1983). "A função simbólica dos medicamentos". *Revista de saúde pública*, 17: 500-3.
- LOYOLA, Maria A. (1984a). *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.
- _____. (1984b). "Medicina popular". In: *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (1987). Medicina popular: rezas e curas de corpo e alma. *Revista Ciência Hoje*.
- _____. (1991). "Medicina tradicional e medicinas alternativas". In: *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUD.
- MECHANIC, David. (1980). *Medical sociology*. New York: Free Press.
- MONTEIRO, Paula. (1991). A dimensão política umbandista de doença. ANPOCS. (mimeo)
- NEVES, Delma. P. (1984). As "curas milagrosas" e a idealização da ordem social. Niterói, Universidade Federal Fluminense.
- PEDERSEN, D. (1984). "Curandeiros, divindades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos". In: *América indígena*, vol. XLIX, nº 4.
- PRESS, Irwin. (1971). "The urban curandero". In: *American Anthropology*, 73(3): 454-464.
- QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M. (1986). "Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil". *Revista de Saúde Pública*, 20 (2): 141-151.
- SCOTT, Perry et. al. (Org.). (1986). *Sistemas de cura: as alternativas do povo*. Mestrado em Antropologia. UFPE, Recife.
- SACHS, I. (1981). La Santé. In: *Initiation à l'Écodéveloppement*. Toulouse. Privat.
- SIGAL, Sílvia. (1979). *Elements for a new health strategy in Third World countries*. Paris: CIRED.
- SOUZA, Lúcia de. (1982). "A saúde e a doença no dia-a-dia do povo". *Cadernos do CEAS*, (77): 18-29. jan./fev.
- THÉBAUD, A. e LERT, F. (1987). "Ciências sociais, saúde e industrialização no Brasil". *Ciência e Cultura*, 39(2): 123-137.
- UNESCO (1981). Un enfoque ecológico integral para el estudio de los asentamientos humanos. *Notas técnicas del M.A.B.* 12. UNESCO, Paris, p. 13-107.
- WILSON, R. N. (1970). The community framework. In: *The sociology of health: an introduction*. New York: Random House.

RESUMO

Sistemas médicos: percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em uma comunidade de Florianópolis (SC)

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que objetivou compreender a percepção do processo saúde-doença, as práticas familiares de auto-medicação e suas relações com o sistema público de saúde e os sistemas paralelos de cura em uma comunidade de baixa renda localizada na cidade de Florianópolis (SC). Trinta mulheres foram entrevistadas e sua vida diária observada durante um período de um ano e seis meses. Especialistas das medicinas paralelas e médicos do centro de saúde dessa comunidade também foram entrevistados. A procura pelas medicinas paralelas e as concepções sobre uma pessoa saudável podem ser entendidas através da análise das diferentes percepções sobre o corpo, saúde, doença – os quais variam conforme a idade, gênero, experiência cotidiana, gravidade e frequência – e principalmente conforme a duas outras categorias de doença (se ‘materiais’ ou ‘espirituais’). A relação entre os três sistemas médicos – oficial, familiar e paralelo – não é necessariamente oposta ou competitiva, mas complementar.

Palavras-chave: sistemas médicos; concepções de saúde-doença; causas e medidas preventivas.

ABSTRACT

Medical systems: perception and behaviour in relation to the health-sickness process in a community of Florianópolis (SC)

This article presents the results of a research that sought to comprehend the perception of the health-illness process, the familiar self-medication practices and their relation to the public health care system and the parallel healing systems, in a low income community in Florianópolis (SC). Thirty women were interviewed and their daily life observed, during a period of one year and six months. Specialists in parallel medicine and doctors of the health public center in this community were also interviewed. The search for parallel medicine and the conceptions about a healthful person can be understood through the different perceptions about body, health, illness – which vary according to age, gender, lifestyle, gravity and frequency -, and mainly due to two categories of illness – whether it be a ‘material’ or ‘spiritual’ one. The relationship between the three medical systems – official, familiar and parallel – is not necessarily opposite or competitive, but complementary.

Keywords: medical systems; conceptions of health-illness; causes and preventive measure.

Recebido para apreciação: fevereiro de 2004

Aprovado para publicação: abril de 2004

IMAGENS DIAGNÓSTICAS E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CONHECIMENTO MÉDICO: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO DO CATETERISMO CARDÍACO

Rosana Horio Monteiro

Introdução

A imagem vem crescentemente ocupando espaços na prática médica, sobretudo a partir dos anos 60, quando o computador e a tecnologia do raio x se unem. A informação gerada por intermédio de uma máquina, e de preferência que gere imagens, parece ter precedência sobre outros tipos de informação na elaboração de um dado diagnóstico.

Ao permitir a visualização do suposto problema, a imagem em medicina tem sido apontada como uma medida mais objetiva da (a)normalidade; um “retrato” fiel da realidade. No entanto, como o médico interpreta o resultado desses exames; como ele aprende a olhar e atribuir significados ao que vê; como ele usa essas imagens para construir seu diagnóstico?

Essas questões foram investigadas durante uma pesquisa empírica detalhada realizada de junho a outubro de 1998 em um hospital-escola norte-americano, localizado na cidade de Albany, Nova York¹. Lá, acompanhei regularmente como observadora a conferência semanal de cateterismo cardíaco do hospital [CC, nesse trabalho], alguns procedimentos realizados no laboratório de cateterismo da instituição [CAT, daqui em diante], e a iniciação nesse laboratório de sete *fellows*². O resultado desse estudo originou “Videografias do coração. Um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco”, tese de doutorado, defendida em 2001 na Universidade Estadual de Campinas.

Em *Rituais de iniciação...* assumo alguns pressupostos. Primeiro, que os padrões de normalidade e anormalidade são convenções que envolvem negociação entre diferentes atores sociais. Dessa forma, a leitura dominante de uma dada imagem não é a única possível e as decisões baseadas em tais leituras refletem certas preferências relacionadas à prática médica. Segundo, que o conhecimento e a organização social do trabalho que o produz não podem ser vistos separadamente.

¹ No primeiro semestre de 2003 realizei pesquisa de campo similar, acompanhando residentes em cardiologia em seu aprendizado do cateterismo cardíaco em um hospital-escola público, localizado na cidade de São Paulo. Atualmente desenvolvo estudo comparado envolvendo essas duas culturas médicas.

² Jovens médicos que já cursaram quatro anos de faculdade de medicina, três anos de residência em medicina interna, e que estão se especializando em áreas específicas da cardiologia através do programa de *fellowship*. Na época em que essa pesquisa foi realizada havia entre os *fellows* seis homens e uma mulher.

Apesar do trabalho empírico detalhado com uma especialidade médica particular, essa pesquisa pretendeu refletir sobre questões gerais pertinentes ao processo de construção, reprodução e transmissão do conhecimento médico, através de uma análise derivada da intersecção entre os estudos sociais da ciência e da tecnologia, a sociologia e a antropologia da medicina. Ao fazer isso, procurei capturar, também, um pouco da complexa organização da medicina contemporânea.

A interpretação das imagens parece depender da posição social do médico, de sua experiência e formação acadêmica, sua hierarquia profissional e da instituição onde os médicos trabalham e foram treinados. Ou, em outras palavras, os médicos vêem o que lhes ensinaram a ver com base em compromissos de um lado com certas tradições de pesquisa e, de outro, com determinadas regras institucionais. Esses compromissos foram adquiridos durante o treinamento acadêmico dos médicos, na prática médica diária em determinadas especialidades, e como integrantes de diferentes mundos sociais institucionalmente fixados.

O cateterismo

“Quando se tem dúvida, produz-se imagem”, ou seja, “qualquer dúvida sobre o teste de esforço, sobre os sintomas, sobre quão normal é o teste de esforço, os pacientes precisam de um angiograma coronário” (médica cardiologista do hospital estudado)³. A imagem de cateterismo⁴, segundo ela, “é uma evidência objetiva, sem dúvida”. “Você vê a anatomia coronária exata, real e a definição da lesão”, completa um outro médico entrevistado.

Segundo a literatura médica (Grossman, 1986), o cateterismo cardíaco pode gerar informação que será crucial na definição⁵ da necessidade de uma cirurgia cardíaca, uma angioplastia coronária, ou outra intervenção terapêutica, assim como tempo, riscos e benefício antecipado para um dado paciente. O cateterismo ainda é o *gold standard* para o diagnóstico de doença da artéria coronária, sendo o único teste através do qual se pode “de fato olhar a lesão”, afirmam os médicos estudados.

³ Angiografia é a visualização radiológica de vaso(s) do aparelho circulatório após introdução de contraste nele(s).

⁴ O cateterismo cardíaco é um procedimento invasivo, realizado em ambiente hospitalar, sob anestesia local, com a introdução de um cateter (tubo pequeno e flexível) no corpo do paciente. Com o cateter posicionado na artéria aorta, são localizadas as duas principais coronárias, injetando-se ali pequenas quantidades de contraste. O percurso que o contraste faz no interior da coronária e nos seus ramos permite a observação de obstáculos à sua passagem, que são placas de gordura nas paredes dos vasos. Na época em que essa pesquisa foi realizada, o hospital estudado ainda não utilizava imagens digitais, portanto a obstrução coronariana era registrada por raio X e capturada por uma câmera filmadora de 35mm. A imagem é, portanto, bidimensional, em preto e branco, e em movimento.

⁵ Angioplastia é um processo de intervenção realizado através do cateterismo cardíaco. Consiste na dilatação das artérias com a ajuda de um cateter e de um balão inflável, ou com a utilização de um *stent* - pequena armação de metal que mantém o vaso dilatado. Hoje em dia o implante de *stents* é o procedimento mais adotado.

Com relação à imagem obtida pelo cateterismo, observem o que alguns médicos e *fellows* entrevistados disseram:

[às vezes ela é tida como] precisa, objetiva [e demonstra-se] de forma muito direta que as artérias são normais ou anormais e todo mundo vai concordar;

Mas, em alguns casos,

... mesmo com as melhores pessoas e os melhores sistemas de imagens tirando as melhores fotos e as melhores vistas, você não tem certeza e precisa de outro teste, [...] você precisa mais informação.

No entanto, em alguns casos o uso dos resultados de outros exames também é questionado, como no exemplo abaixo, sobre o qual um médico faz o seguinte comentário: “quanto mais você submete o paciente a exames, maior é o buraco em que você se mete”, concluindo que “o melhor a fazer é privilegiar sua opinião clínica”:

Homem, 58 anos, sem sintomas e com medicação prescrita, sem dor no peito. O médico que introduz o caso afirma que “o meu problema é que a imagem é essencialmente normal”. Um médico da audiência comenta que o filme não é crítico e que ele não acredita que seja um caso de operação. Outro médico, no entanto, diz que “com esse filme não dá para explicar muito”. Uma médica pergunta sobre os resultados do PET scan, se foi positivo ou negativo. Outro médico compara os exames de eco, PET e cat [...]

A incerteza nesse contexto surge não somente em decorrência da falta de informação proveniente de outros testes, mas também do fato de que, como observa outro médico, “a imagem [do cateterismo] é objetiva, porque a imagem está lá e você pode medi-la, mas a interpretação é subjetiva”. No CAT desse hospital não é realizada angiografia quantitativa, portanto a leitura das imagens baseia-se somente no que os médicos chamam de conhecimento visual, ou seja, na avaliação pessoal que eles fazem a partir do que vêem e essa avaliação dá-se por comparação com outros casos realizados, com casos descritos pela literatura, por referência ao calibre do cateter, que é conhecido. O médico que realiza o procedimento traduz em porcentagem a sua leitura do estreitamento das artérias, cuja visualização é possível através da substância de contraste introduzida no paciente por intermédio de um cateter.

Há quem tente contornar essa “subjetividade de interpretação” medindo as lesões com programas de computador⁶, mas mesmo assim as incertezas permanecem:

⁶ Existem outros meios para medir as lesões, usando calibradores de tela, por exemplo, que medem a espessura da artéria e calculam a porcentagem de estreitamento. Alguns laboratórios disponibilizam também imagens tridimensionais criadas para auxiliar na medição e avaliação, além do uso do ultrassom. Esses recursos, no entanto, são utilizados, em geral, na realização de estudos clínicos.

Eu não estou certo se elas [as interpretações] são melhores porque o computador também tem dificuldade; num certo sentido até mais do que o olho humano, [visto que] o contraste entre duas áreas[do coração] pode não ser suficiente para o computador fazer uma descrição acurada [afirma outro médico].

Os dados e sua análise

Ao trabalhar prioritariamente com o material resultante do estudo etnográfico e das entrevistas⁷ realizadas, interessou-me, primeiramente, entender como o médico que apresenta um caso particular durante uma conferência, aula, ou demonstração, ou, então, nas conversas informais com seus colegas, alunos ou *fellows*, ou ainda durante a realização de um procedimento, organiza diferentes objetos de fronteira e os transforma em um relato persuasivo e plausível (esse mesmo um outro objeto de fronteira). Em seguida, procurei identificar que outros vínculos (e de que forma), tais como aqueles adquiridos durante a formação acadêmica do médico, na prática profissional junto à instituição em que atua, em sua área de especialização, e como integrante de determinados mundos sociais, podem atuar na construção do olhar do médico sobre o que conta como (a)normalidade numa imagem de cateterismo, definindo, de um lado, o diagnóstico, e, de outro, contribuindo para a elaboração do prognóstico do paciente em estudo.

O conceito de mundo social é incorporado a partir de uma perspectiva da sociologia simbólico-interacionista, cuja teoria tem origem na Escola de Chicago. Becker (1982) e Strauss (1978) definiram mundos sociais como grupos interativos com compromissos comuns com certas atividades, que compartilham recursos para alcançar suas metas. Assim, disciplinas, especialidades e tradições de pesquisa constituem-se em mundos sociais⁸.

Meu interesse nessa pesquisa foi entender como diferentes mundos sociais interagem para produzir coletivamente um fato - um determinado diagnóstico médico - a partir da leitura e da interpretação de uma dada imagem, capturada do coração de um paciente qualquer através do cateterismo cardíaco. Entre os mundos sociais estudados, destaco aqueles formados pelos médicos e suas diferentes especialidades (cardiologistas clínicos, invasivos, intervencionistas, cirurgiões), pelos pacientes (enquanto objeto de interesse dos atores estudados,

⁷ Foram realizadas dez entrevistas (quatro *fellows*, um cardiologista clínico, um médico residente em cirurgia cardiotorácica, um cardiologista invasivo, dois cardiologistas intervencionistas e o coordenador técnico do CAT). Entre os *fellows*, entrevistei um representante de cada ano do programa de *fellowship* e a única mulher do grupo na época em que a pesquisa de campo foi realizada; entre os cardiologistas; foram entrevistados os médicos do CAT vinculados à faculdade de medicina, envolvidos, portanto, tanto com a prática regular do cateterismo como com ensino e pesquisa. Para a seleção dos médicos entrevistados foram priorizados os seguintes aspectos: a presença nas CC; a atuação (regularidade de frequência no CAT); o envolvimento com o *fellow* (daí a prevalência dos médicos que também atuam como professores junto à faculdade).

⁸ Para uma discussão das origens e do desenvolvimento do conceito de mundo social, aplicado sobretudo ao estudo das ciências, ver Clarke (1990).

muito embora não sejam diretamente investigados), pelas associações de classe, como o *American College of Cardiology*, pelo próprio hospital estudado, a escola de medicina a ele agregada, a conferência de cateterismo.

Star e Griesemer (1989), ao estudarem a construção do *Museum of Vertebrate Zoology* da Universidade da Califórnia, em Berkeley, desenvolveram o conceito de objetos de fronteira, que adoto nesse trabalho. O foco de Star e Griesemer é o trabalho coletivo através de mundos sociais com diferentes pontos de vista e agendas. Objetos de fronteira são, então, entendidos como elementos culturais que de uma maneira ou de outra são centrais ao estabelecimento das relações produtivas entre os mundos sociais, servindo para organizar as relações conceituais, sociais e materiais entre eles.

No caso específico do cateterismo cardíaco, identifiquei alguns objetos de fronteira que transitam entre os mundos sociais, carregando informações sobre determinados pacientes e suas possíveis doenças ligadas ao coração e à saúde de suas artérias coronárias. Dentre esses objetos de fronteira, detive-me especialmente em um - a imagem gerada pelo cateterismo cardíaco - e me preocupei em entender como ela é lida e interpretada por atores de diferentes mundos sociais e como eles aprendem a lê-la, atribuindo-lhe significado, e, em consequência, construindo um diagnóstico.

O cateterismo cardíaco é apontado na literatura médica como sendo

... em geral recomendado quando há uma necessidade de confirmar a presença de uma condição clinicamente suspeita, definir sua severidade anatômica e fisiológica, e determinar a presença ou ausência de condições associadas [...] (Grossman, 1986, p. 5).

O cateterismo cardíaco é considerado como o passo final de uma série de outras investigações seguidas pelo médico, que englobam desde a história de vida do paciente, seu exame clínico e outros testes não invasivos, como a ecocardiografia e o teste de esforço. "Você não vai para o CAT procurando por coisas para serem feitas", pois, como diz um dos médicos entrevistados:

... nos ensinam que o cateterismo não é o que chamamos de expedição de caça. Nós não estamos indo lá tentando descobrir o que está errado: você sabe que é um problema coronário ou que é um problema com a válvula, ou com o metabolismo do coração. O que estamos fazendo é definindo a localização, a severidade do problema e isso ajuda você a ir adiante e decidir o que você tem que fazer.

Uma vez visualizadas, as obstruções das artérias são classificadas em leves, moderadas e agudas, dependendo da porcentagem de bloqueio identificada. Para as agudas, considera-se um bloqueio entre 70% e 90%; em torno de 50% se for moderada, e abaixo de 50% se for leve. Mas mesmo com relação ao que "a imagem mostra", visualmente há uma margem de erro aceitável de aproximadamente 10%; assim, considerando essa margem de erro, alguém pode dizer 50% de bloqueio e outro dizer 60% e isso é plenamente aceito como normal.

Mesmo considerando essa variação de 10%, existe uma faixa de lesões consideradas intermediárias (entre 50% e 70%) que é apontada por alguns médicos como crítica. Nessa faixa, muitos concordam com o normal e com as lesões muito bloqueadas (90% de bloqueio, por exemplo), mas com as lesões intermediárias, moderadas, pode haver muita variabilidade. Para um dos médicos da equipe do CAT:

... uma coisa é a interpretação dos dados e a segunda coisa [pausa longa] é o que fazer com isso. Mesmo se você concorda completamente com o que você vê na tela, a questão do que fazer com aquilo é uma outra coisa, o que não tem nada a ver realmente com a imagem ou sua interpretação, quero dizer, pode, mas assumindo que há 100% de concordância sobre o que a imagem mostra, há talvez 100% de discordância sobre o que fazer com a informação.

Além disso, a médica do CAT salienta que há um outro fator que contribui para que a leitura das imagens seja “provavelmente muito subjetiva”: “os seres humanos tendem a superestimar a severidade de uma lesão quando eles a avaliam em 50%, e a subestimam quando é inferior a 50%”. Isso ocorre porque, segundo ela:

... muitas vezes as pessoas mais do que dizerem 50%, elas querem tomar uma decisão definitiva para o paciente [...]. Assim, mais do que dizerem 50%, eu acho que as pessoas vão dizer 40% porque definitivamente não teriam que fazer nada, ou diriam 70% se elas têm alguma suspeita porque a impressão delas é que aquela lesão parece uma lesão ativa.

Pergunto, então: como o corpo é revelado, lido, ou tornado legível ao olho do observador? Concordando com Lerner (1992, p. 393), “o olho não percebe o que é objetivo, mas o que foi ensinado a ver”, o que implica dizer que o que nós vemos está inseparavelmente ligado e depende de como nós vemos, como defende Hartouni (1998). Assim, a questão que me interessa é muito mais como as imagens do cateterismo cardíaco significam o que elas significam e não o que essas imagens realmente são.

Alguns pressupostos

Esse estudo parte de dois pressupostos. Primeiro, que a ciência é vista como trabalho mais do que como conhecimento, o que implica dizer que o conhecimento não é visto separadamente da organização social do trabalho que o produz, e, segundo, que o processo de leitura e interpretação de imagens médicas é socialmente construído; portanto, os padrões de normalidade e anormalidade, apesar de legitimados ao serem incorporados à literatura e aceitos como padrão dentro do exercício da prática médica, são convenções estabelecidas a partir de processos de negociação entre diferentes atores sociais. Assim sendo, a interpretação dominante de uma imagem não é a única possível e a decisão médica que se orienta a partir dela reflete, tanto do ponto de vista do diagnóstico como do prognóstico, preferências relativas à prática médica.

Ao assumir-se que o conhecimento científico e a organização do trabalho que o produz são inseparáveis e considerando, por outro lado, que a prática médica localiza-se crescentemente dentro de organizações de considerável complexidade, o conhecimento médico foi tratado nessa pesquisa como trabalho, como parte de uma divisão técnica e social do trabalho, que repousa numa coleção de trabalhadores especializados que transforma os tecidos do corpo em valores e leituras. Nesse sentido, a fragmentação do corpo diretamente espelha a segmentação desse cenário médico.

Essa divisão de trabalho implica não somente a distribuição diferencial de *expertise*, mas também a dispersão de tarefas em diferentes espaços de tempo. Ainda dentro de uma complexa divisão de trabalho, a atividade de diagnosticar está dispersa em diferentes mundos sociais, cada qual gerando sua própria informação, incorporada em várias formas de representação: filmes, notas, relatos de caso, histórico do paciente, resultados de exames etc. Cada um desses textos ou inscrições configura-se em um objeto de fronteira, cada qual representando o resultado de processos de tomada de decisão, o que implica uma interpretação e, portanto, envolvendo exercícios de tradução de um mundo para outro.

Dialogando com especialistas

... nós [médicos] somos parciais e isso significa que algumas vezes você vê um estreitamento moderado de estenose [e] se é o intervencionista que é o responsável pelo paciente a angioplastia será feita, se é o cardiologista clínico o paciente retornará, não terá a angioplastia e repetirá o teste de esforço para determinar o significado daquele estreitamento. [Dessa forma, conclui ele], depende da sua orientação (trecho de entrevista, cardiologista clínico).

Freidson defende que a educação que o médico recebe tanto na escola de medicina quanto no hospital onde ele é interno ou residente é uma fonte *absoluta*, quer em atitudes ou em habilidades, de grande parte de sua performance como médico. Segundo ele:

... a educação é, por isso, de grande importância [...] para estabelecer entre os membros individuais da profissão um núcleo de conhecimento e atitude. As variações entre as instituições médicas e entre os estudantes e os professores que elas recrutam também estão ligadas a uma certa variação na performance dos alunos (1970, p. 88).

No entanto, a educação, comparativamente ao ambiente de trabalho e à organização deste, é vista por Freidson como uma variável menos importante. Para ele, estudos apontaram evidências de que alguns elementos do comportamento profissional, tais como o nível da performance técnica, a abordagem do paciente, a ética, não variam tanto com o treinamento profissional formal do indivíduo como com o ambiente social onde o médico atua depois de formado. Isso mostra que as pessoas estão constantemente respondendo a pressões organizacionais, que o que os médicos fazem é também

resultado das pressões da situação em que eles estão e não só do que foi internalizado no passado⁹.

Para Freidson (1970), o conhecimento clínico ou opinião são justificados sobretudo em termos de conhecimento pessoal do médico e de sua experiência profissional. Ele afirma que

... ao ter que confiar tão fortemente em sua experiência pessoal, clínica [...] o médico vai essencialmente confiar na autoridade de seus sentidos, independentemente da autoridade geral da tradição ou ciência [...] (1970, p. 170).

Contudo, como coloca Atkinson (1995), o conhecimento científico, tradicional, e o pessoal interpenetram no discurso clínico de modos mais complexos do que essa breve caracterização, o que não descarta a relevância das colocações de Freidson, especialmente por destacarem uma das mais importantes características da cultura médica moderna, que é a celebração da autonomia individual do médico e a existência do julgamento clínico. Mas, por outro lado, não se pode deixar de ressaltar que os estilos e preferências individualizados, tão enfatizados por Freidson, que podem explicar as fontes de variabilidade nos diagnósticos e preferências em termos de tratamento, são eles mesmos derivados e garantidos pela mentalidade clínica (1995, p. 47-48). Nesse sentido, observem o que diz um médico entrevistado: *se eu fiz o teste e acho que a lesão é 70%, mas alguém mais olha e diz que é 60%; bem, está na margem de erro, mas sou eu quem tem que ditar o relatório e esse é meu coração.*

Os diagnósticos, no caso do cateterismo, não necessariamente serão definidos pelo médico que está de fato cuidando do paciente¹⁰. No entanto, quem decide qual é a severidade da lesão ou obstrução da artéria é quem fez o teste e redige os relatórios.

O médico entrevistado se refere ao “coração” como se ele deixasse de pertencer ao paciente. Como afirma Atkinson (1995, p. 89), a moderna clínica produz um corpo descorporificado, divorciado do corpo do paciente, o qual passa a ter uma existência múltipla dentro da própria clínica. É uma descorporificação que reflete, ainda, determinadas relações de poder entre as especialidades médicas, ou seja, os médicos ganham autoridade a partir de seu conhecimento como especialistas.

Modos de ver

Apesar de meu interesse recair sobre os mundos sociais como unidades estruturais dentro das quais a ordem social negociada é por si mesma construída e reconstruída, enfatizando, assim, mais o estudo das atividades de trabalho

⁹ A questão institucional será analisada com mais profundidade no estudo comparado que está em desenvolvimento.

¹⁰ No caso do hospital estudado, o médico diretamente responsável pelo paciente não necessariamente é um cardiologista invasivo ou intervencionista, nem tampouco aquele que irá realizar o cateterismo nesse paciente.

do mundo social e sua organização do que no indivíduo, os interesses pessoais também estão em questão. Como Clarke (1990a) afirma, os atores individuais, apesar de comporem os mundos sociais, comumente agem como parte de ou em nome de seus próprios mundos sociais. Dessa forma, quando o cardiologista clínico entrevistado diz que a avaliação de um dado estreitamento da artéria vai depender da orientação do médico, essa orientação engloba muito mais do que a ligação do médico a uma dada especialidade; muito mais está envolvido no momento de decidir sobre o futuro de um determinado paciente, visto que os médicos continuam sendo diferentes uns dos outros e essas diferenças vão além da simples filiação a uma ou outra especialidade. Observem os comentários sobre o caso apresentado abaixo:

Mulher, 75 anos. O médico que apresenta já diz no início que está procurando uma “segunda opinião porque não é um caso simples”. Usa um retroprojetor com os dados da paciente, acrescentando que ela vive sozinha e nega qualquer tipo de dor no peito, apresenta alterações de pressão e diz que foi capaz de caminhar até o consultório; tinha feito eco e cat em outro hospital. O médico que apresenta o filme aponta para as possibilidades de uma operação [a presença de um cirurgião era bastante aguardada]. Ele, então, interrompe a projeção do filme e usa o retroprojetor novamente, dizendo que “essa é uma doença de micro-válvula muito extensa” e pergunta: “é possível repará-la?” “A paciente é capaz de uma operação?” [nenhum cirurgião participou da reunião]. A médica da equipe do CAT, usando dados estatísticos, diz que sim; um colega seu diz que “cl clinicamente falando e olhando a descrição, não parece necessária uma operação”. O diretor do CAT acrescenta que “pela literatura é possível aliviar a paciente”. Outro médico: “parece muito bom para uma operação”. O médico responsável pelo caso encerra: “ok”¹¹.

Tanto a médica como seu colega são igualmente cardiologistas intervencionistas e, no entanto, têm posições radicalmente contrárias diante da situação descrita; um defendendo a cirurgia e o outro não, cada qual usando diferentes argumentos para apoiar sua decisão: a primeira apóia-se em dados estatísticos; o outro, na avaliação clínica do paciente. Por outro lado, o outro médico envolvido na discussão do caso, um não-intervencionista, recorre à literatura para também sustentar a cirurgia como forma de “aliviar a paciente”.

Hierarquia de expertise

Há, aparentemente, uma hierarquia entre os especialistas quando o diagnóstico aponta, por exemplo, para uma possível operação. Nesses casos, a opinião do cirurgião de fato assume um peso grande se comparada com a do próprio médico responsável pelo paciente, como atesta um dos médicos da

¹¹ É importante destacar que, diferentemente de muitos hospitais, as conferências de cateterismo do hospital estudado não têm por finalidade a obtenção de consenso. Essa conferência foi programada para os *fellows*, com o principal objetivo de fornecer diferentes visões sobre os casos tratados no CAT.

equipe do CAT¹²:

... se alguém tem um bloqueio sério que aparentemente precisa de uma operação mas o médico que toma conta do paciente diz bem, o paciente já tem outros problemas médicos e ele não vai sobreviver à operação, mas o cirurgião olhando o filme diz que sim, então, eu concordo.

Essa hierarquia de *expertise*, como aponta Freidson (1970), é o último recurso do médico em situações em que tudo parece ter sido dito e feito. Uma *expertise* que funciona, então, como árbitro final da prática na divisão médica do trabalho. Sustentado pelo prestígio e por uma espécie de mandato legal conferido por sua *expertise*, o médico se reveste de uma autoridade que é independente da autoridade administrativa, ou seja, a autoridade de seu conhecimento, julgamento e responsabilidade que é exercida na divisão de trabalho. Em outras palavras, “a hierarquia de *expertise* existe independentemente da hierarquia administrativa no hospital” (Freidson, 1970, p. 127).

Por outro lado, podemos entender a divisão de trabalho também como distribuidora de *expertise*, ou nas palavras de Anspach (1987, p. 217):

... cada grupo ocupacional tem um conjunto diferente de experiências diárias que definem os contornos da informação usada na produção de julgamentos de prognósticos [...]

Isso leva à segmentação profissional, à distribuição social de conhecimento e experiência entre as diferentes partes no processo de tomada de decisão. Portanto, diferentes especialistas vão definir seu trabalho e seus interesses de formas contrastantes, e, por isso, podem estabelecer o problema clínico ou os problemas com os quais estão lidando diferentemente. Mais ainda,

... a tomada de decisão clínica não é o resultado de mentes individuais, operando num vácuo social. Não é desinteressada, por isso, e é tão susceptível a ser moldada por influências sociais como qualquer outro conhecimento (Atkinson, 1995, p. 53-4).

Fatores sócio-econômicos

Além disso, há o contexto político e econômico mais amplo, em que pesa o lucro dos médicos intervencionistas, hospitais, corporações médicas, tecnologia médica e indústria, firmas eletrônicas (fornecedoras de equipamentos de monitoramento). Os hospitais têm lucrado muito e expandido suas unidades de atendimento coronariano, o que significa aumento de leitos e a necessidade de preenchê-los, e, considerando a grande porcentagem da população com doença coronariana nos Estados Unidos¹³, a construção ou expansão dessas

¹² Esse médico não faz intervenções através do cateterismo; somente diagnósticos.

unidades pode ajudar a preencher esses leitos e aumentar os lucros do hospital.

Com relação ao cateterismo, há uma exigência para que os cardiologistas realizem um certo número de casos por ano para que mantenham suas habilidades¹⁴. A médica do CAT considera que há uma pressão para se fazer esses procedimentos, e no caso específico de alguns médicos particulares¹⁵:

eu acho que alguns deles são motivados pelo dinheiro¹⁶, pois o tipo de procedimento que fazemos é muito lucrativo. Se você olha um cat e eles vêem talvez uma lesão com 50% de bloqueio, eles podem inconscientemente convencer-se de que é provavelmente maior do que 50% e agendar um paciente para uma angioplastia. Os fatores que interferem na leitura/interpretação da imagem relacionam-se aos desejos do leitor.

Mas um fato que parece altamente pertinente quando se considera a questão financeira como fator de influência na tomada de decisão médica, sobretudo com relação aos hospitais-escola, é que, conforme nos mostra Freidson (1970), o médico que é ao mesmo tempo parte da faculdade e do hospital tende a ter uma clientela nacional ou mesmo internacional. Nesse contexto, o médico não precisa atrair um contingente de clientes que o seguem, mas sim ele serve os pacientes atraídos pelo hospital, diferentemente do que se verifica entre os médicos particulares.

¹³ A doença coronariana causou 459.841 mortes nos Estados Unidos em 1998, ou seja, uma em cada cinco mortes de um total de mais de 2 milhões de mortes. Fonte: *American Heart Association*.

¹⁴ A *Intersociety Commission for Heart Disease* recomenda que os cardiologistas realizem entre cento e cinquenta e seiscentos casos por ano em adultos. Além disso, o médico que possuir extensa experiência (mais de mil casos realizados independentemente) pode realizar um número reduzido de procedimentos. (*Intersociety Commission for Heart Disease Resources: Report on optimal resources for examination of the heart and lungs. Cardiac catheterization and radiographic facilities. Circulation* 68: 893A-930A, 1983 (Apud Grossman, 1986).

¹⁵ Havia dois grupos de cardiologistas atuando no CAT: um era ligado à faculdade de medicina; outro, composto por cardiologistas particulares (*private physicians*). O primeiro grupo era formado por seis cardiologistas, dos quais dois eram clínicos, três intervencionistas e um invasivo (faz o cateterismo para diagnóstico, mas não a angioplastia). Destes, cinco participavam regularmente das CC e atuavam junto ao CAT. Entre os particulares, os que freqüentavam as CC e mais atuavam no CAT eram cinco intervencionistas, mas com participação comparativamente menor durante as conferências.

¹⁶ Segundo dados da *American Heart Association*, o custo de uma angioplastia varia dependendo do número de artérias a serem reparadas (uma, duas ou três), mas em média é de US\$ 20.960, comparando-se ao de uma cirurgia, que é de US\$ 49.160 (Considerando 1US\$ = R\$ 3,00, os valores seriam de R\$ 62.880,00 a R\$ 147.480,00). Esses valores incluem os custos totais dos planos de saúde. Além disso, a angioplastia pode ser completada em noventa minutos e os pacientes deixam o hospital em um dia; a cirurgia, por sua vez, demora entre duas a quatro horas e os pacientes devem permanecer internados de cinco a seis dias. A recuperação da angioplastia também é mais rápida - uma semana em comparação às quatro-seis semanas da cirurgia.

A questão financeira envolvida com o cateterismo também se relaciona com a agressividade característica da medicina americana. Um dos médicos da equipe do CAT¹⁷, inicialmente *fellow* no mesmo hospital, era um dos que mais realizava procedimentos de intervenção e bastante admirado pelos *fellows* justamente por ser “muito agressivo e realizar intervenções de alto risco, como a angioplastia em vasos múltiplos”¹⁸, caso que em geral é encaminhado para um cirurgião. Na época em que essa pesquisa foi feita, essa era a intervenção via cateterismo mais cara, equivalendo ao valor de uma cirurgia, o que fazia com que muitos médicos recomendassem a cirurgia em seu lugar, mesmo considerando o seu alto risco¹⁹.

Os cardiologistas ligados à faculdade de medicina agregada ao hospital e que atuam no CAT não têm seus salários aumentados por causa do número de angioplastias realizadas, como ocorre com os médicos particulares que integram a equipe. Como já disse anteriormente, no período em que essa pesquisa de campo foi feita os médicos que atuavam com maior regularidade no CAT e que mantinham um maior contato com os *fellows* eram os ligados à universidade; portanto, minha pesquisa concentrou-se nesse grupo.

Mulheres intervencionistas

No período em que essa pesquisa foi feita havia no laboratório de cateterismo do hospital estudado somente uma mulher intervencionista e uma única *fellow*²⁰. Entre 1992 e 1998, somente duas *fellows* foram treinadas no CAT desse hospital. Atribui-se o reduzido número de mulheres nessa área à dificuldade que elas enfrentam para atuar num campo considerado como masculino, dominado pelo homem, assim como é a cirurgia: “as mulheres tendem a ser excluídas nessas áreas, discriminadas”, restando a elas áreas tidas como não tão técnicas, como a pediatria e a obstetrícia, onde elas estão mais envolvidas com o “atendimento [*caring*] aos pacientes em oposição a fazer coisas para eles [intervenção]”, afirma o cardiologista clínico entrevistado.

Freidson (1970) já afirmava que, nos Estados Unidos, somente uma modesta proporção de mulheres qualificadas para atuar como médicas de fato o faziam. O autor já apontava para uma necessidade de mudança na organização do trabalho de tal forma a acomodar as demandas de casamento e de família. More (1999), ao examinar as dificuldades que as médicas americanas enfrentaram desde a sua entrada na profissão, em 1849, conclui que ainda hoje elas têm problemas para estabilizarem as demandas profissionais

¹⁷ Como já disse anteriormente, esse médico era um dos poucos particulares ativamente ligado ao CAT no período em que essa pesquisa foi feita. Contudo, apesar de inúmeras tentativas, não foi possível entrevistá-lo.

¹⁸ Conforme entrevista da *fellow*.

¹⁹ Na verdade, não é somente a questão do custo que é considerada para essa decisão. Para mais detalhes sobre esse tipo de comparação, ver relatório de pesquisa de Mark Hlatky (1997).

²⁰ Na equipe de intervencionistas do hospital-escola brasileiro estudado não há nenhuma mulher, e entre os *fellows* havia somente uma mulher.

com as expectativas da sociedade sobre o papel da mulher, conciliando vida familiar e carreira.

A medicina, assim como a ciência, é uma instituição cultural, socialmente construída, e como tal é estruturada pelos valores políticos, sociais e econômicos da cultura dentro da qual ela é praticada. Ao assumir-se, como é o caso em questão, que essa cultura é eminentemente patriarcal, a ciência médica passa a ser vista, então, como um repositório de valores patriarcais, os quais incorporam uma divisão de trabalho entre homens e mulheres, que, em geral, as restringe a uma estreita variedade de experiências relativas prioritariamente ao mundo privado do lar e da família (Tuana, 1989 e Wajcman, 1991).

A própria *fellow* do CAT nos mostra de que forma os papéis para homem e mulher são marcados na sociedade ocidental ao afirmar que “sempre [foi] melhor em matemática e ciências, o que não é típico. Na escola, sempre diziam que as meninas eram boas em línguas e eu era o oposto” (entrevista). Segundo ela:

... todo mundo fica assustado quando vai ao andar de cima pela primeira vez [ao CAT]; você está nervoso. Há muito que aprender de uma vez e eu não acho que houve qualquer diferença entre mim e os meninos. Minha impressão sobre diferença entre gêneros é a abordagem dos problemas: na maioria das vezes, em situações de crise, os homens exteriorizam e as mulheres internalizam as coisas. Qualquer homem pode gritar, espernear e falar alto e você, como mulher, não pode por que você é histórica.

A médica da equipe, por sua vez, apesar de também concordar que o cateterismo é uma área considerada para “machos”, não vê a cardiologia intervencionista como um problema para ela. Mas:

... é só olhar ao redor e qualquer pessoa pode perceber que há poucas mulheres fazendo esse tipo de trabalho e isso exige alguém que seja durão para ser capaz de fazer esse tipo de trabalho o tempo todo. Muitas pessoas que fazem esse trabalho são homens muito durões que estão acostumados a ser assim por toda a vida; é como um jogo de futebol. Eu sou durona e ser durona me permite talvez realizar meu próprio procedimento e não ser incomodada por qualquer demanda.

No entanto, ela reconhece que “as pessoas me olham de forma diferente e algumas vezes checam meu trabalho durante um procedimento através da sala de controle, mas não sinto como uma pressão”.

Com relação a possíveis diferenças na abordagem de problemas no contexto médico em função da variável gênero, um estudo comparativo sobre tratamento obstétrico em dois hospitais de Boston (MA) - um dirigido por homens e outro por mulheres - sugere que, por exemplo, as médicas prescreviam chás e medicamentos menos agressivos com mais frequência do que seus colegas homens, preocupando-se mais com a situação social de suas pacientes. Contudo, com relação às intervenções terapêuticas mais controversas, como o uso de fórceps, foram encontradas proporções equivalentes entre homens e

mulheres. As médicas também apresentaram uma maior preocupação com a medicina preventiva comparativamente aos médicos (Morantz-Sanchez, 2001).

Segundo Morantz-Sanchez (2001), visões otimistas indicam que as mulheres devem atingir uma aproximada paridade (40%) com os homens na medicina nesse século. Atualmente estima-se que cerca de 24% do corpo docente dos cursos de medicina nos Estados Unidos seja composto por mulheres. Mas, de acordo com um estudo da *Association of American Medical Colleges*, o avanço dos últimos trinta anos (em 1985, por exemplo, elas representavam 14% da profissão), está começando a estabilizar-se, o que pode significar que as práticas discriminatórias, apesar de terem diminuído, ainda estão presentes, mas de forma modificada.

No caso específico do cateterismo, nem *fellows* nem médicos consideram que o fato de ser um homem ou uma mulher quem está responsável por um caso possa interferir na leitura das imagens; ou seja, que o gênero do médico possa, como diz um *fellow* do CAT, “sombrear as imagens”. No período em que acompanhei o trabalho no CAT e as conferências, não encontrei nenhum indício que possa indicar o contrário.

Contudo, é bom que o leitor fique atento para o fato de que esses dados refletem exclusivamente a posição da mulher branca dentro da medicina americana.

Considerações finais

As decisões médicas, então, não são baseadas somente na informação disponível sobre um dado paciente. Elas são uma atividade coletiva, organizacional, e, por isso, a tomada de decisão pode estar sujeita a debate, negociação, e revisão, baseando-se na conversa dentro e entre os grupos ou equipes de médicos, ou seja, dentro dos mundos sociais ou entre eles; pode envolver não somente mais de um médico, mas também mais de uma especialidade médica, que contribuem com diferentes visões de *expertise* e diferentes interesses organizacionais.

Considerem a seguinte situação, observada em uma das CC:

Paciente de 33 anos, candidata a transplante de rim. A paciente tem lesões no coração, mas não apresenta nenhum sintoma. Um médico coloca a pergunta: “Ela é elegível para transplante, devemos reestudá-la?” A médica, quem apresenta o caso, responde: “Mas quanto tempo devemos esperar para uma decisão - um, dois, três, quatro meses?”, dirigindo uma outra pergunta enfaticamente para o coordenador técnico do CAT: “Quanto tempo normalmente devemos esperar?”, e acrescenta: “Da perspectiva do paciente.” O coordenador da conferência completa: “Quem é elegível para transplante nesse país?” Outro médico da equipe: “O que é racional nesse caso?”, e conclui afirmando que toda essa história é “bizarra porque nós devemos simplesmente fazer o que é melhor para o paciente.” Um outro médico rebate: “A questão não é

²¹ Alguns pacientes podem ter doença coronariana e isquemia sem manifestar dor no peito e isso é comum em pacientes diabéticos.

somente a operação, mas as conseqüências [...]” e cita dados estatísticos de complicações futuras nesse tipo de paciente, como o desenvolvimento de diabetes²¹.

Quando um paciente é candidato a um transplante de rim, faz parte do protocolo submetê-lo a uma investigação completa referente à sua saúde cardíaca. No caso de o teste de esforço físico desse paciente ser considerado anormal, ele é encaminhado ao CAT. Muitas vezes o paciente não apresenta sintomas e durante o cateterismo identifica-se um bloqueio na artéria coronária. A decisão por uma angioplastia, ou uma cirurgia, pode implicar na não liberação desse paciente para o transplante.

Esse, apesar de ser um caso bastante particular no CAT, ilustra bem meu argumento de que fatores relacionados tanto ao paciente (risco, expectativa de vida, de desenvolvimento futuro de doenças cardíacas, ou outras, como diabetes nesse caso específico) quanto ao próprio médico (sua visão de quem é o paciente, quais são os riscos do cateterismo, da doença diagnosticada, e a visão do médico dele próprio e da instituição em que atua) podem interferir na construção não só do prognóstico mas também do próprio diagnóstico do paciente estudado. Além disso, há ainda outros aspectos a serem considerados, tais como os sistemas de saúde e as políticas dos planos de saúde próprios de cada país, as convenções estabelecidas em cada hospital, e outras, próprias de cada mundo social.

No caso específico de pacientes como o citado acima, eles são em geral assintomáticos. Se, nesses casos, através do cateterismo verifica-se um bloqueio de 60%, pode-se modificar os fatores de risco com medicação, mas o médico que o recomendou pode querer uma angioplastia por causa do transplante. Segundo o coordenador da conferência, é uma questão muito difícil porque o médico deve falar para o paciente que ele não tem sintomas, mas precisa de uma angioplastia. Além disso, uma lesão hipotética como essa de 60% não é estreita o suficiente para afetar a mortalidade do paciente e fazendo ou não a angioplastia esse quadro não mudará. O problema é que

... quando nós testamos alguém [no CAT] é para aliviar os sintomas que a isquemia presente no filme sugere ou para prolongar a vida do paciente, e nós devemos dizer para ele que estatisticamente ele pode viver mais se fizermos alguma coisa por ele baseado no cat. Mas nós não podemos usar esses argumentos com pacientes assintomáticos (médico coordenador da conferência).

Apesar do argumento aqui ser que o problema nesse caso é com relação ao “que fazer com a informação do cat”, mais que isso o contexto pode mudar a orientação do médico no momento em que ele lê o estreitamento da artéria detectado através do cateterismo - ele pode tanto superestimar como subestimar a porcentagem da lesão detectada, dependendo de como ele se posiciona, e a instituição em que ele atua, com relação a essa situação como um todo.

A imagem, então, mais do que algo a ser contemplado, é entendida aqui como um texto a ser decifrado ou lido pelo espectador; como uma construção e como discurso, cujo acesso à realidade dá-se através de mediações. Assim, o

significado dessa imagem como representação é criado a partir de onde ela aparece (seu contexto) e do que os seus leitores-observadores em seus respectivos mundos sociais acrescentam a ela, dependendo de seus interesses e das convenções reconhecidas e adotadas por eles.

O filme, assim como a fotografia e o vídeo, são considerados imagens perfeitamente semelhantes, ícones puros, ainda mais confiáveis porque são registros feitos a partir de ondas emitidas pelas próprias coisas; elas são traços. De acordo com a semiótica de Peirce, essas imagens são índices antes de serem ícones e sua força de persuasão provém disso, de seu aspecto de índice (traço) e não mais de seu caráter icônico (semelhança), o que proporciona à imagem a força da própria coisa que ela representa.

No entanto, se essas representações são compreendidas por outras pessoas além das que as fabricam é porque existe entre elas um mínimo de convenção sócio-cultural, ou, em outras palavras, elas devem boa parcela de sua significação a seu aspecto de símbolo, segundo ainda a definição de Peirce. A teoria semiótica permite-nos captar não apenas a complexidade, mas também a força da comunicação pela imagem, apontando-nos essa circulação da imagem entre semelhança, traço e convenção, isto é, entre ícone, índice e símbolo (Joly, 1996, p. 40).

É esse caráter simbólico da imagem que nos interessou nesse trabalho. Assim, a imagem das artérias coronárias, obtidas através do cateterismo cardíaco, mais do que produto de uma técnica e de uma ação é uma experiência de imagem, inseparável de toda sua enunciação. Ou seja, a imagem do cateterismo é uma imagem em trabalho, imagem-ato, gesto da produção somado ao ato de recepção e de sua contemplação (Dubois, 1990).

A idéia de 'modos de ver' que foi explorada nesse trabalho não se limitou somente ao visual; ela tornou-se um lugar comum para a expressão da multiplicidade de diferentes perspectivas, diferentes opiniões, visões, e 'modos de ver' dos integrantes de diferentes mundos sociais, tanto como indivíduos quanto como coletividade, em relação à própria representação e à cultura médica em particular. Assim, o diagnóstico que se alcança pode ser fortemente influenciado pela cultura médica e organizacional: o que o médico aprendeu na escola médica; o que ele sabe que os outros médicos vão dizer, e o que ele sabe que vai tranquilizar o paciente.

Os atores individuais, apesar de comporem diversos e diferenciados mundos sociais e compartilharem suas crenças, comumente agem como parte de ou em nome de seus próprios mundos sociais. O que implica dizer que diferentes especialistas podem definir seu trabalho e seus interesses de formas contrastantes, e, por isso, podem estabelecer o problema clínico e sua solução de maneiras diferentes uns dos outros. A medicina não é um todo coerente, não é uma unidade. Onde quer que se olhe, em hospitais, clínicas, laboratórios, nos consultórios, há multiplicidade.

A interpretação das imagens, então, parece estar ligada, sobretudo, à formação acadêmica e experiência do médico, à sua área de atuação, à sua posição social na hierarquia profissional (tanto entre os seus pares como

internamente na instituição em que atua), e à própria instituição. Em outras palavras, o que esses médicos vêem é o que lhes foi ensinado ver com base em compromissos, vínculos com determinadas tradições de pesquisa, adquiridos durante a formação acadêmica, na prática profissional junto à instituição em que atuam, em suas áreas de especialização, e como integrantes de determinados mundos sociais. Ou seja, o que o médico vê está inseparavelmente ligado e depende de como ele vê - lê-se o tecido biológico através das lentes do social, "mapeando e lendo o social". Como disse a médica entrevistada, "os fatores que interferem na leitura/interpretação da imagem relacionam-se aos desejos do leitor [médico]".

Referências bibliográficas

- ANSPACH, R. (1995). "Prognostic conflict in life-and-death decisions: The organization as an ecology of knowledge". *Journal of Health and Social Behavior*, 28: 215-31.
- ATKINSON, P. (1995). *Medical talk and medical work*. London: Sage.
- BECKER, H. S. (1982). *Art worlds*. Berkeley: University of California Press.
- BERGER, J. (1972). *Modos de ver*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- CLARKE, A. E. (1990). A social world's research adventure. The case of reproductive science. In: Cozzens, S.E. & T. F. Gieryn (eds.). *Theories of science in society*. Indiana: Indiana University Press, p. 15-42.
- DUBOIS, P. (1992). *O ato fotográfico*. Campinas, SP: Papirus.
- FREIDSON, E. (1970). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- GROSSMAN, W. (ed.). (1986). *Cardiac catheterization and angiography*. Philadelphia, PA: Lea & Febinger, 3rd. ed.
- HARTOUNI, V. (1998). Foetal exposures. Abortion politics and the optics of allusion. In: TREICHLER, P. A., CARTWRIGHT, L. & PENLEY, C. (eds.). *The visible woman. Imaging technologies, gender, and science*. New York: The New York University Press, p. 198-216.
- HLATKY, M. A. (1997). *Open heart surgery vs. angioplasty: Long-term benefits weighted*. In: www.med.stanford.edu/center/communications/news_release_html/1997.
- JOLY, M. (1996). *Introdução à análise da imagem*. Campinas, SP: Papirus.
- MORANTZ-SANCHEZ, R. (2001). *Sympathy and science. Women physicians in American medicine*. Carolina: North Carolina University Press, 2001.
- MORE, E.S. (1999). *Restoring the balance: women physicians and the profession of medicine, 1850-1995*. Cambridge, Mass. and London: Harvard University Press.
- MONTEIRO, R. H. (2001). *Videografias do coração. Um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco*. Tese de doutorado. Instituto de Geociências, Unicamp.
- PEIRCE, C. S. (1977). *Semiótica*. São Paulo: Perspectiva.
- STAR, S. L. & J. R. GRIESEMER. (1989). 'Institutional ecology, translations and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39'. *Social Studies of Science*, 19: 387-420.
- STRAUSS, A. (1978). A social world's perspective. In: Norman, Denzin (ed.). *Studies in symbolic interaction 1*, Greenwich: JAI Press, p. 119-28.

RESUMO

Imagens diagnósticas e a construção social do conhecimento médico. Um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco

Trabalhando com etnografia e entrevistas, essa pesquisa investiga o processo de construção do conhecimento médico no contexto da leitura e da interpretação de imagens. Acompanhando cardiologistas em seu treinamento do cateterismo cardíaco, argumento que a interpretação das imagens parece estar ligada, sobretudo, à experiência e formação acadêmica do(a) médico(a), à sua área de especialização, à sua posição social na hierarquia profissional, ao tipo de instituição em que atua.

Palavras-chave: etnografia; cateterismo cardíaco; sociologia do conhecimento

ABSTRACT

Diagnostic images and the social construction of medical knowledge. An ethnographic study of cardiac catheterization

This work aims to answer questions such as how the process of reading and interpreting medical images is constructed. Working with ethnography and interviews, it investigates cardiologists in their training of cardiac catheterization and argues that what they 'see' is what 'they learnt to see' based on certain commitments they have got during their academic training, in their professional practice in the institution where they work, in their fields of specialization, and as members of different social worlds.

Keywords: ethnography; cardiac catheterization; sociology of knowledge

Recebido para apreciação: dezembro de 2003

Aprovado para publicação: março de 2004

A ARGUMENTAÇÃO E A EVIDÊNCIA NO DIA A DIA DA PRÁTICA MÉDICA TECNOLÓGICA*

Alice da Costa Uchôa

Introdução

O objetivo do estudo é compreender as concepções e os interesses veiculados no debate médico atual em torno da questão de transmutar a fundamentação da prática cotidiana do conhecimento produzido através da experiência pessoal dos médicos (clínica), para uma das dimensões da proposição integrativa apresentada pela epidemiologia clínica¹: a “clinimetria”: substituição dos modelos causais, mecanicistas ou estruturais, característicos do pensamento clínico por modelos de determinação probabilística que, até então, pareciam típicos do raciocínio epidemiológico.

Parte-se da tese que a suposta adesão à transmutação da dimensão “arte” da prática médica (medicina de beira do leito) à científica (validação lógica formal do saber médico) não se daria como decorrência “natural” do progresso tecno-científico cumulativo e linear, mas como opção da categoria médica sobre as premissas consensuais, compartilhadas coletivamente sobre o que se torna convencionalmente válido. Em outros termos, não é o conhecimento biomédico ou sua lógica formal e imposições experimentais que constitui um sistema de convenções que determinaria o pensar e agir médicos, mas seriam as decisões e julgamentos dos médicos em interação com os demais “mundos sociais” que determinariam, sustentariam e desenvolveriam o que passa a ser válido como conhecimento médico seguro.

Muito embora na prática cotidiana os médicos não estejam preocupados em examinar em que base se constitui essa cientificidade e sim, sob o ponto de vista da eficácia de sua técnica, em estabelecer diagnósticos corretos e obter resultados favoráveis, buscando soluções pragmáticas para resolver os problemas dos pacientes, o conhecimento justificado como válido é o da ciência.

* Este trabalho é baseado na tese de doutorado, UCHÔA, .S.A.C. Os protocolos e a decisão médica: evidências ou viências? Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2003, orientada pelo Prof. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

¹ Os manuais de epidemiologia clínica, como FLETCHER, P.H., FLETCHER, S. W. , WAGNER E. *Clinical Epidemiology - The essentials*. Baltimore, Williams & Williams, 1982; SACKETT D., HAYNES, B., TUGWELL, P., *Clinical epidemiology*. Boston, Little, Brown & Co., 1985; apresentam, como proposta da integração clínica-epidemiológica, além da “clinimetria”, as dimensões: uma teoria do diagnóstico clínico, baseada na avaliação da validade e na confiabilidade dos procedimentos de identificação de caso; uma metodologia para a construção do conhecimento etiológico a partir de estratégias observacionais de pesquisa em pequenos grupos e para estudos de eficácia e efetividade de procedimentos terapêuticos.

Da particularidade de sua aplicação – a arte – pode advir tanto o sucesso terapêutico quanto o erro (ver, Uchoa, 1994).

A medicina ocidental tem se orientado por um ideário de cientificidade que lhe conferiu legitimidade, prestígio e *status* social. A recente obra do historiador da medicina Bates (2000) chama atenção que, embora a Revolução Científica tenha tido grande impacto no nível do conhecimento médico, só no século XX a biomedicina ou medicina científica se torna a “alternativa” à prática médica tradicional. Entre o modo de exercer a prática do “paradigma clássico” ou “hipocrático-galênico” e o “paradigma do século XX” há uma espécie de *gap*.

Até o final do século XIX, com Claude Bernard, em sua *Introdução ao estudo da medicina experimental em 1865* e *Lições sobre os fenômenos da vida em 1878*, o mecanicismo se explicita na medicina. Para encontrar a verdade basta colocar o cientista diante da natureza e interrogá-la segundo o método experimental, utilizando meios de investigação cada vez mais perfeitos. A vida se torna objeto da ciência biológica. Opera-se uma conversão no modo de apreensão da realidade, uma oposição ao paradigma naturalista aristotélico o qual é caracterizado, de um lado, pelo animismo e vitalismo – a vida como fruto de uma força vital ou alma diferente do corpo e da mente; e do outro lado, pelo finalismo e teleologia – a vida seguindo um projeto prévio (Martins, 1999).

Em oposição a estas idéias que ainda eram hegemônicas nas primeiras décadas do século XX, Canguilhem, em sua tese *O normal e o patológico*, defendida em 1943, reposiciona a hierarquia entre ciência e arte (terapêutica), invertendo a ordem dos termos de descrição e valoração: seria preciso valorar para conhecer e intervir. Na linguagem do médico, o sofrimento é transmutado em corpo doente e sucessivamente em corpo patológico. É este plano patológico que permite ao médico diagnosticar e projetar a terapêutica. Da adequação diagnóstico-terapêutica depende a eficácia, a finalidade ou o significado social da intervenção. Para a medicina, o projeto terapêutico, indissociável da clínica, seria o essencial. A clínica, que, mesmo utilizando métodos endossados pela ciência, não constitui uma disciplina científica, no senso estrito, e nenhum arranjo mecanicista vem ser a fundamentação do valor que o ser vivo estabelece entre sua vida normal e patológica.

Sob o “paradigma do século XX” a medicina continua sendo a do corpo material, reduzido à química e à física, pelo menos em princípio. Assemelha-se a uma complexa maquinaria, composta por partes que interagem entre si. Seu olhar é voltado para o interior destes corpos. A doença é resultado de uma taxonomia, é uma entidade genérica, sua percepção é localizada, fragmentada. Passa a ser cada vez mais buscada na intimidade micro-estrutural dos tecidos, a nível celular e molecular. processos de decisão médica tomam um suporte cada vez maior na tecnologia, inseridos num projeto de

racionalização e padronização dos procedimentos² (Blank, 1985; Berg, 1997; Bates 2000).

A proposição de padronização e tecnificação como substituição do suporte da decisão médica (substituição do modelo da clínica por modelos de determinação probabilística) se torna paulatinamente mais significativa após a II Guerra Mundial. Acentua-se, a partir das duas últimas décadas, quando o elevado patamar do desenvolvimento científico e tecnológico amplia as possibilidades de escolha do médico sobre a vida e a morte e as paixões do outro: o paciente. Vai tomando corpo nas discussões da categoria médica, em particular na literatura especializada, não mais o desejo da harmonia “ciência e arte”, mas a tensão resultante da polarização entre a norma científica geral e a particularidade do caso como guia do julgamento clínico.

Os estudos de Berg (1997,1998) nos Estados Unidos, referentes ao período de 1945-1990, a partir do *Journal of the American Medical Association (JAMA)* demonstraram mudanças que passam a ocorrer no modo concreto de exercer a prática médica e na busca de soluções para os seus problemas. Da “hábil” aplicação do conhecimento científico, no início do pós-guerra, a prática adquire paulatinamente maior permeabilidade a uma concepção de ciência que imprime conotação positiva à uniformização, à precisão e à objetividade. Representa uma otimização da “arte” que, nos anos 50 e 60, passa a ser descrita com aplicação do método científico: os problemas deveriam ser definidos claramente, os múltiplos fatores separados em seus componentes individuais e as relações entre eles, evidenciadas. Em seguida, a padronização torna-se condição *sine qua non* para a possibilidade de equacionar a ação científica e por fim esta deve ser transformada em um processo mental de resolver problemas que marca a concepção a partir dos anos 80.

No argumento do periódico, o cálculo das probabilidades dos resultados das ações, dos riscos e dos benefícios a elas associados adquire relevância na construção das evidências que guiam o raciocínio clínico, considerado agora ele próprio científico. Da experiência clínica individual, esta construção amplia seus domínios para outros campos, como a revisão sistematizada da literatura científica (metanálise), as pesquisas científicas que incorporam o estilo de raciocínio epidemiológico, marco da “Medicina Baseada em Evidências”. A complexidade decorrente exige uma incrementação da capacidade de decisão individual do médico. Para isso se argumenta a existência de ferramentas para sua implementação, e, entre estas, os protocolos e as recomendações ou diretrizes clínicas. São como um retrato da multiplicidade do real otimizando a capacidade cognitiva humana, tornando a prática mais racional e científica. Melhora a qualidade do cuidado e diminui os custos, numa incorporação explícita da racionalidade custo-benefício na decisão clínica. Por outro lado, esta forma de caminhar na direção do “bem do paciente” é também criticada por seu formalismo, que separaria o cuidado médico do “mundo real” do padecimento. Desumaniza a prática e transforma o médico em um seguidor

² Acerca da racionalização da prática médica veja-se LUZ, 1995, 1979; SCHRAIBER, 1993; CAMARGO JR., 1992; BLANK, 1985. Especificamente sobre a relação racionalização e padronização dos procedimentos veja-se BERG, 1997.

de esquemas, com os quais suas habilidades se tornariam supérfluas (Berg, 1997;1998; Cabana *et al.*, 1999).

Na busca de um *status* de racionalidade como sinônimo de possibilidade de produção de verdades, aliam-se a clínica e a epidemiologia. A epidemiologia coloca o experimentalismo legitimando a explicação causal que na clínica é conferida à anatomofisiopatologia.

Ainda que a interação da clínica e da epidemiologia possa ser apontada pela categoria médica como tentativa de instaurar uma nova prática, a sistematização do pensamento clínico em bases inferenciais já fazia parte dos seus primórdios, na modernidade (Almeida Filho, 1993, p. 47)³.

A tentativa de tradução do raciocínio epidemiológico para o clínico não se constitui necessariamente em um novo “estilo de pensamento” mais científico que o da própria clínica ou numa revolução paradigmática “baseada em evidência”, mas a ratificação de uma tendência que tem suas raízes nos séculos passados: substituição da subjetividade pela objetividade técnica. Caminha na racionalização de meios-fins firmando em seu *status* de cientificidade como estratégia de legitimação social.

I - Referencial conceitual: “a harmonia das ilusões”

O estudo parte das proposições de Fleck (1979)⁴; em sua afirmação, o fato se inicia na resistência da descoberta individual à apreciação do coletivo. Este sinal preliminar de resistência é a pré-condição para a sua emergência. O fato científico vence a “tenacidade do sistema de opiniões” e estabelece a “harmonia das ilusões”. Através da sua interação com o coletivo se estiliza. O coletivo é a base da sua emergência e de sua consolidação. Consolidado, transforma-se num sistema interfechado de idéias, congruentes entre si, substrato de um dado “estilo de pensamento” próprio de um “coletivo de pensamento”.

O “coletivo de pensamento” é definido como *uma comunidade de pessoas mutuamente trocando idéias ou mantendo interação intelectual...* (Fleck, 1979, p. 39). A asserção implica em ser o coletivo o portador do desenvolvimento histórico, do acervo do conhecimento e do nível cultural, em qualquer campo de pensamento. O que ligaria o indivíduo ao coletivo de pensamento é uma determinada maneira de perceber o objeto, que marca as escolhas do ‘que’ e do ‘como’, e antecipa as respostas a este mesmo objeto, o “estilo de pensamento”. Abarca tanto os pressupostos a partir dos quais o grupo constrói não apenas seu estoque de conhecimento e conceitos, mas também sua unidade prática: métodos e ferramentas usados no exame de evidência e critérios para julgar seus resultados. Funciona constrangendo e inibindo determinado modo

³ De acordo com Foucault (1977), desde os primórdios da clínica qualquer diagnóstico ou prognóstico seria uma totalidade divisível em tantas certezas quantas fossem possíveis de ser estabelecidas pela experiência clínica. Cada sinal e sintoma, desvendados pelo exame clínico ou pela anamnese, acrescentaria mais “graus de certeza” à exploração científica da doença do paciente.

⁴ Fleck (1979) reconhece a relevância da produção e circulação do conhecimento nas sociedades contemporâneas, referindo-se exemplarmente às ciências biológicas e a medicina.

de pensar excluindo modos alternativos de percepção. Assemelham-se ao papel da “consciência coletiva” da sociologia de Durkheim, ao mesmo tempo referenciado e criticado por seu excessivo respeito e reverência à primazia dos fatos sociais como “coisas”.

O “coletivo de pensamento” da ciência se divide em dois círculos concêntricos: esotérico e exotérico. O primeiro é o dos *experts*, envolvido pelo senso comum que constitui o grande círculo exotérico. O círculo esotérico tem um núcleo de especialistas no seu interior e um ciclo de generalistas na periferia. Um indivíduo pode passar do círculo exotérico para o esotérico pela submissão ao processo de iniciação na forma de educação científica. Há quatro tipos de ciência, cada qual com sua própria literatura característica: (1) ciência de jornal (periódico especializado); (2) livro de referência para os generalistas; (3) ciência popular para o círculo exotérico e (4) ciência de livros-texto para os iniciados. A qualidade operacional mais característica dos dois círculos dentro de um mesmo “coletivo de pensamento” é a democrática troca de idéias e experiências que vai de um ao outro num mecanismo de retroalimentação. O trabalho da mente individual é convertido num processo social de consolidação e se torna um fato científico.

Os cientistas que pertencem a diferentes grupos ou coletivos passam por um longo processo de socialização no estilo de pensamento de sua comunidade. Deste modo internalizam normas e valores e adquirem habilidades específicas que permitem perceber determinados fenômenos. O processo de socialização confere uma relativa estabilização dos coletivos e estilos de pensamento, o que explica a incomensurabilidade dos fatos científicos gerados por diferentes coletivos. A “incomensurabilidade” referida é parcial imperfeita sua tradução é sempre imperfeita. Mesmo essa parcialidade e imperfeição possibilitam a intercomunicação e retroalimentação entre diferentes coletivos. O estilo de pensamento é, ao mesmo tempo, responsável pela legitimação, permanência e também possibilidade de mudança.

A questão da incomensurabilidade também foi tratada por outras abordagens que advogam a construção social e cultural dos fatos científicos, como a do paradigma de Kuhn (1979, 1978, 1977). Contudo, Fleck (1979) não concebe o seu coletivo de pensamento como a comunidade autônoma, insulada e auto-reprodutora. Para o primeiro, a ciência moderna não seria um grupo fechado de cientistas que produzem fatos destinados ao seu uso exclusivo. Ao invés disso, interagem com especialistas de outros coletivos e com outros grupos sociais. Os fatos produzidos, por uma dada comunidade, são utilizados por outros grupos científicos e não científicos. A imperfeição da tradução não necessariamente se constitui uma desvantagem, visto que há sempre possibilidade de enriquecimento nessas mudanças mútuas.

Hacking (1999, 1992, 1982), recorrendo ao “estilo de raciocínio”, as tentativas de tradução trazem em si a incomensurabilidade, não em termos do paradigma kuhniano por ausência de “medida comum”, mas por serem “empiricamente vazias”. Ao invés disso, aponta o esforço em pensar o mais próximo possível do outro estilo de raciocínio como forma de, através da tolerância, estabelecer a comunicação.

II - Metodologia

O trabalho de campo foi realizado no período de março a setembro de 2002, em hospital público de referência para cirurgia cardíaca no Rio Janeiro. Sua escolha se baseou na tecnificação, protocolização, desenvolvimento de atividades de formação e de pesquisas clínicas e epidemiológicas.

Na investigação dos médicos no seu cotidiano escolhemos a observação etnográfica das reuniões clínicas semanais (dirigidas a todos os setores do hospital) e do *round*⁵ diário do pós-operatório da Unidade Cardiointensiva Cirúrgica. Optamos pelo uso de diário de campo como instrumento. Logo após os encontros, as anotações foram transcritas para um arquivo em *Word*. A anotação de campo pode ser entendida aqui como todo o processo de coleta e análise de informações, descrição e explicação dos fenômenos, incluindo as reflexões do observador (Becker, 1994).

De forma complementar à pesquisa etnográfica recorreremos à análise de documentos (rotinas médicas e jornal do centro de estudos) e entrevistas com informantes-chave (direção de planejamento, chefias da divisão e da unidade).

A observação do *round* tomou como referência a análise de Knorr-Cetina (1981). As decisões técnicas importantes na pesquisa científica (situação) se dão na interações entre cientistas e não cientistas. À interação numa dada situação a autora denomina de "arena transepistêmica". Esta seria campos transcientíficos. Podendo compreender uma combinação de pessoas e argumentos considerados científicos e não científicos incluindo, além dos pesquisadores, agências, financiadores, administradores, indústria, governo, entre outros (aliás, o médico exerce nas práticas sociais esses diversos papéis). Na arena os agentes constroem "representações sintéticas" como respostas aos problemas das suas práticas que consideram mais adequadas. A adequação é sempre contingente na medida que sofrem contestação cotidiana pelos agentes individuais. A noção de "arena transepistêmica" permitiu relacionar a prática dos médicos com algumas questões macroestruturais: relação com o Estado, políticas de saúde, mercado e mudanças organizacionais presentes nas decisões médicas na perspectiva de sua reconstrução pelos próprios agentes.

Consideramos as reuniões clínicas como "auditório especializado", reportando à análise da retórica a partir de alguns pontos da teoria da argumentação de Perelman (1996). Esta tem como objeto o estudo das técnicas ou recursos discursivos que permitem provocar ou aumentar a adesão dos espíritos às teses que se lhes são apresentadas. Todo discurso, oral ou escrito, se dirige a um auditório, e é em função do auditório a que se dirige o orador que sua argumentação se desenvolve. Nesse sentido, o auditório não se define pelas pessoas com quem concretamente o orador dialoga; é sempre um auditório presumido. O orador elabora argumentos que crê serem aceitos por

⁵*Round* refere-se à discussão diária do caso de cada paciente entre médicos, residentes, enfermeira e outros profissionais diretamente ligados, ao diagnóstico e tratamento.

aqueles que caracterizam. Só se dirige ao auditório considerado universal quando pretende que seus argumentos sejam aceitos por todos os seres dotados de razão.

III - Resultados e discussão

III.1 - Observando o *round*

“A menina dos olhos do CTI” - Todos os profissionais da unidade são habilitados à prática da Terapia Cárdio-Intensiva Cirúrgica e devem participar do *round*. O corpo clínico é formado por um coordenador médico da unidade, dois médicos da “rotina” - que formam o *staff* e supervisionam o *round* - e um plantonista para cada cinco leitos sendo, no mínimo, três por cada turno, nove médicos residentes. Integram-se à equipe uma enfermeira e um fisioterapeuta e residentes destas áreas

Excetuando as condutas de emergência, tudo que vai sendo feito no e/ou para o doente é decidido no *round*, daí ser esse espaço, a *menina dos olhos do serviço* (médico-chefe da divisão).

Na primeira rodada de cada caso, os participantes vão levantando, indagando, repassando os detalhes, sob a perspectiva de cada grupo profissional. Aqui, o mais importante a se observar seriam “as pistas”, os “indícios”: *Alguns casos não se comportam como o “esperado”, o médico deve buscar por sinais escondidos* (médico 2 da rotina).

Transparece competitividade por competência e prestígio dentro da instituição⁶ entre os clínicos intensivistas e os cirurgiões (não participam do *round*): *O cirurgião não gosta de escrever... O que importa é operar o coração do doente e o pós (UTI) que se vire* (médico 1 da rotina). Um ponto de constante reclamação dos clínicos se dá quando consideravam a necessidade de re-operar o doente por alguma complicação técnica decorrida diretamente da cirurgia, mas principalmente se relativas à permanência na unidade. Este tipo de cirurgia é desqualificado para o cirurgião que apela para a hierarquização do trabalho:

Chamar o cirurgião cardíaco para operar escara⁷ é mesmo que xingar a mãe, até pior. Empurra para os residentes, sem eles os caras não operam... O residente que não pode operar coração opere escara (médico 2 da rotina).

Os médicos da rotina e a enfermeira-chefe parecem ter construído um “conhecimento tático” que às vezes se sobrepunha ao dos residentes e/ou plantonistas. Poder-se-ia atribuir que esta – tanto por ser mais experiente e ou por permanecer mais tempo junto aos doentes que os residentes e/ou

⁶ O estudo de Peterson, C. *Trambiclínicas, Pilantrópicas, Embromeds: um ensaio sobre a gíria médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, discute a “agressividade jocosa” inter-especialidades médicas.

⁷ Lesão da pele provocada pela permanência no leito, a qual é sede freqüente de infecção hospitalar, resistente ao uso dos antibióticos. A perda da vitalidade da pele exige remoção cirúrgica.

plantonistas respectivamente. Há interdependência do trabalho entre estes profissionais: *Se o médico não valoriza o trabalho da enfermeira, não dorme e se não chama a nutricionista para prescrever a dieta, não come* (médico coordenador da unidade).

A passividade do estado do paciente e sua dependência dos aparelhos e da equipe concentram o convencimento e a persuasão nos profissionais, exigindo a adesão: *O médico deve fazer o que tem de ser feito. Outras equipes podem decidir se faz ou não alguma coisa* (médico 2 da rotina).

Buscando as evidências nos protocolos e na “literatura científica” - Seguir os protocolos e se basear em estudos científicos é uma exigência defendida como forma de homogeneizar a prática e torná-la mais segura para o próprio médico na sua responsabilização:

Diminuíram a diferença das práticas aqui mesmo neste serviço e também as possibilidades de erro. Protege o médico mesmo que no Brasil essa coisa de processo seguro não seja forte (médico 1 da rotina).

Contudo, o que é científico para os médicos tem contornos “borrados”, e é referido pelo *staff* como: *protocolos, rotinas⁸, literatura, livros-texto, estudos científicos*. Também só o *staff* opina sobre a validade ou não dos estudos. Os plantonistas e residentes devem recorrer às *rotinas* e reconhecer as limitações de sua aplicação:

Através destas rotinas serão facilitadas análises estatísticas dos resultados cirúrgicos, permitindo uma visão crítica dos mesmos e o estabelecimento de protocolos de investigação científica...” Em hipótese alguma estas normatizações devem representar formas de restrição às tomadas de decisão médica, que se façam necessárias frente a situações especiais” (Rotinas Médicas de Pós-Operatório em Cirurgias Cardiovasculares, 2001, p.1).

A “literatura”, citada oralmente sem normatização, refere-se aos periódicos como *New England Journal of Medicine*, e *Journal of the American Medical Association*, livros-texto usualmente chamados de “*New England*”, “*JAMA*”, e “*velhos manuais*” (*staff*).

O espaço para a subjetividade do médico - Mesmo a intensa tecnificação não dispensa a subjetividade do médico para apreender a situação do paciente e é chamada pelos preceptores (*staff*) de “*impressões*”: *Só quem examinou realmente o doente podia relatar o que estava acontecendo com ele e repassar suas impressões* (médico 2 da rotina). Era pedido que, se alguém tivesse que se ausentar, nem sequer o examinasse, e sim, o transferisse para um colega.

O êxito é se conseguir firmar o diagnóstico discutindo ou interagindo no grupo. Esta é “*a única chance que o paciente tem para que se possa fazer algo mais*”

⁸ Embora o nome do documento fosse ‘Rotinas Médicas’, tanto esta como os profissionais referiam-se tanto a protocolo como a rotina.

por ele (médico 1 da rotina). Do diagnóstico adviria a terapêutica e “a medicina é feita de probabilidades (médico 2 da rotina). Probabilidades que não aparecem em termos estatísticos.

Na ausência de um diagnóstico que orientasse a terapêutica e nos casos em que o paciente simplesmente não melhorava a despeito desta, os médicos perseguem uma das máximas da medicina: é sempre preferível fazer algo: *Alguns casos, não se sabe porque, melhoraram, outros, que são difíceis, tenta-se tudo disponível e o paciente não melhora. Se for encontrado algo objetivo, complicado, pelo menos se pode fazer algo* (médico coordenador da unidade). Muitas vezes corrigem parâmetros mesmo reconhecendo que esse procedimento não altere o quadro mórbido do paciente.

Todavia, de alguma forma, os médicos estabelecem limiares não traduzíveis em termos objetivos entre fazer sempre algo e minimizar a intervenção⁹: *Às vezes, reconhece-se que os procedimentos levam à fadiga e não dão chance ao organismo* (médico 2 da rotina). Admitem a possibilidade de que o próprio corpo biológico pode até certo ponto buscar, o que foi proposto por um dos residentes: *O seu caminho de volta à normalidade* (residente segundo ano). O normal é ressignificado como: *se manter hemodinamicamente estável e/ou estar consciente, assumir as funções vitais e não apresentar infecção* (médico 1 da rotina). Uma intervenção pode ser considerada excessiva para aquele paciente, mesmo dentro das recomendações protocolares. Neste sentido, pode causar mais danos do que benefícios e conferir um caráter iatrogênico à atuação médica.

Decisões de ter que fazer algo também são tomadas com base em valores¹⁰: *Coitadinha, está muito grave, tem que sedar para dar conforto e analgesia para morrer dignamente* (médico plantonista). A morte digna – paciente sedado e sem dor – era definida por padrões médicos que poderiam, ou não, se justapor aos dos pacientes ou dos familiares.

Consideram também as percepções sensoriais. Sentir, por exemplo, o que o residente do terceiro ano identificava como mau cheiro, é capaz de sinalizar para uma infecção, não detectável pelos exames de rotina da unidade e refratária ao tratamento que vinha sendo prestado. Seguindo a “pista”, chegou-se a um diagnóstico, recorreu-se a uma especialidade clínica e, segundo foi explicado: *O paciente finalmente evoluiu* (médico da rotina), ou seja, saiu do quadro que exigia monitoramento e foi transferido para a enfermaria. “*Extremidades frias, pele úmida*” são algumas das impressões, valorizadas e transmitidas pelos residentes, mas não captadas pela aparelhagem.

Outras sensações referidas pelos médicos são difíceis de descrever: *Pelo jeito, a gente consegue antecipar quem se salva ou não* (médico 1 da rotina).

⁹ Dada a especificidade e gravidade dos casos em CTI para pós-operatório de cirurgia cardíaca, não parecia razoável falar em não fazer nada e sim minimizar a intervenção.

¹⁰ Sobre a discussão de morrer com dignidade, definida a partir de padrões médicos ou do paciente/familiares, veja-se Zaidhaft, S. *Morte e Formação Médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

Diante de um raio-X de boa qualidade, e mesmo não tendo sido detectado uma lesão específica, ouviu-se uma sentença: *O raio-X está feio... coitada, está ferrada, é traqueostomia¹¹ na certa* (médico 2 da rotina). A “otimização do doente” – termo utilizado pelos dois médicos da rotina – nem sempre é avaliada por sinais quantificados: *Não basta ficar só tratando de números, valorizar o estado clínico do paciente, desde o estado geral ao jeitão do paciente* (médico 1 da rotina). Em alguns casos os médicos desconfiam que apesar dos números estarem melhorando, há ou vai haver algo errado com um determinado paciente.

Há determinadas ocasiões em que: *Não é recomendável se fazer algo que não tem evidência na literatura, no protocolo, mas se faz, porque o que mais importa é a melhora do paciente* (médico 2 da rotina). O resultado vai emitindo sinais decisivos dos caminhos a percorrer: *Não é opinião minha, eu já vi gente fazer, mas não encontrei na literatura, a dosagem às vezes é feita de forma empírica e depois vai monitorando* (médico 2 da rotina).

Em relação à experiência, o coordenador da unidade considera que:

Pode-se dizer que alguns médicos, embora procurem ser criteriosos no sentido de se guiar pelas evidências de trabalhos, consensos e literatura, não abrem mão, não devem abrir mão de suas experiências porque na literatura não tem consenso. E se o serviço não tem experiência...

O empirismo aparece como solução quando se reconhece que o protocolo usado na unidade não contempla algumas situações rotineiras, mas ainda controvertidas como, por exemplo, a sedação do paciente: *Deveria se ter uma meta até determinada dose. Se o paciente não sedar deveria se associar outra droga* (médico 1 da rotina). Referia-se à prova terapêutica ou a um esquema empírico de medicamento que não constava na literatura científica. O termo de referência pode ser a gozação como: *Dose gay* (médico 2 da rotina), compreendida, contra-gosto pelo observador da pesquisa, como metade da dose de uma substância e metade de outra¹².

Em outras ocasiões, simplesmente não se sabe a que atribuir à recuperação do paciente e também se utiliza termos jocosos: *Foi encosto, salvou-se ninguém sabe porque...* (médico 2 da rotina).

O custo-benefício - As decisões ocasionalmente foram pragmaticamente assumidas como questões de custo: *A morfina é uma segunda droga usada, não porque tenha vantagem sobre uma outra, mas por questão de custo* (coordenadora da unidade). Alguns procedimentos que reconhecem como o melhor e o mais recomendado pela literatura científica, e mesmo por práticas em outros centros, não puderam ser realizados porque não se dispunha do material e/ou equipamento.

¹¹ Traqueostomia é um procedimento cirúrgico onde se abre a traquéia e coloca-se uma cânula para desobstruir vias aéreas. O paciente continuará utilizando esta prótese para respirar.

¹² Sobre os múltiplos aspectos funcionais da necessidade de uso de gíria e metáforas na prática médica cotidiana, ver PETERSON, C. *Trambiclinicas, Pilantrópicas, Embromeds: um ensaio sobre a gíria médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Mas também se estabelecem limitações expressas em tom de brincadeira, mas que tem caráter disciplinar: *Aqui não se permite mulambismo, não aqui (médico 2 da rotina)*¹³. Uma metáfora que provavelmente significaria realizar o trabalho médico em condições precárias como acontece em muitos hospitais públicos. Isto vai de encontro a propostas mais ou menos acordadas entre a direção e todo o corpo clínico: *Incluía também a análise dos custos indiretos compara estratégias de custo-benefício e qualidade (médico plantonista)*.

Para a chefia da divisão, um dos pilares para as possibilidades de sucesso terapêutico está nas qualidades de um bom médico: *Saber que nem sempre cura, que paciente morre, fazer o que você aprendeu estudando e o que viveu. Porque aqui se faz medicina baseada em vivência* (grifo nosso).

III.2 - Observando a reunião clínica: persuadindo e convencendo

Embora a participação na reunião seja aberta, para acompanhar e/ou entender sobre o que se discutia é preciso conhecer determinados termos, situações, que só é possível a quem tem além do conhecimento médico geral (ciclo exotérico), familiaridade com a cardiologia, cirurgia cardíaca, terapia intensiva e com meios diagnósticos específicos da área (ciclo esotérico). Os casos escolhidos são exemplares ou exemplos invalidantes, nos temos de Perelman (1996), para firmar consenso e generalizações ou impedir uma generalização indevida.

Numa mesma sessão, os argumentos podem ser corroborados, sobrepostos, serem incompatíveis ou mesmo excludentes. Destacam-se: estudo científico e experiência, a autoridade e valor.

O argumento do “estudo científico” - Para a direção, as reuniões eram tidas como: *um lugar privilegiado para a discussão do embasamento científico dos casos clínicos*. Sob a designação de estudos científicos, o coletivo médico fala como e forma não diferenciada como literatura referindo-se tanto de estudos experimentais - ensaios clínicos randomizados (estudos de intervenção), como estudos de cortes (estudo de observação).

As questões metodológicas são discutidas apenas pelos especialistas que são chamados nominalmente para opinar. Mas muitos médicos não questionavam o rigor metodológico, e sim, a diferença de realidades entre onde o estudo tinha sido feito e onde estava sendo aplicado: *nossos pacientes, pacientes do nosso país, do nosso hospital público*.

Chama atenção interferências extra-científicas senso estrito: *mesmo diante de provas científicas, o problema mesmo é de custo, a coisa está mesmo muito protocolada, não varia muito* (cirurgião).

A literatura como no *round* é um termo confuso e são: o *New England* e ou *JAMA*; congressos da SOCERJ (Sociedade Brasileira de Cardiologia) e

¹³ Também em relação ao termo “mulambo”, “mulambismo”, ver Peterson (op. cit.) e CARRARA, S. ‘Debate sobre o artigo de Peterson, C. Trambiclínicas, Pilantrópicas, and mulambatórios - Medical slang’. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 14: 687-690, 1998.

internacionais. Foi bastante comum termos como *literatura do mundo todo* e raramente *metanálise*. Em apenas uma das reuniões se falou expressamente em *Medicina Baseada em Evidência*.

Argumento da “experiência” - A experiência clínica relativiza os protocolos quando o orador se dirige aos residentes, como aprendizes:

*Se, de um lado, não seria possível que cada um seguisse tomando decisões com apenas um caso, ou com experiências pessoais muito restritas, do outro, não se devia sair por aí tratando números e sim pacientes... Os protocolos facilitam muito as decisões porque, além serem embasados em estudos científicos, já se constituem eles próprios em **experiências consolidadas** (grifo nosso), tanto pelas sociedades brasileiras como pelas internacionais de cardiologia e terapia intensiva (médico chefe da divisão da UTI Cardiointensiva).*

A experiência de um mesmo profissional era relatada como diferente em serviços também diferenciados:

... se você for catar em livro varia muito. A melhor tática depende da experiência de cada serviço. É a experiência que vai te dizer se este ou aquele resultado dos estudos são os melhores para o seu paciente, o paciente do nosso serviço. Facilmente se ouvia: na minha experiência, aqui... Mas quando trabalho no outro hospital, o Copa’Dor... (médico especialista em diagnóstico por imagem).

De forma sutil, persistente se insinua os domínios da clínica: os números estavam ali, todos contra, mas o paciente melhorava, isso melhorava, assim é melhor que continuemos. A clínica nos dizia isso, nossa experiência mostrava...

Os Argumentos de Autoridade - A opinião pessoal de especialistas, principalmente ecocardiograma e medicina nuclear, é ponto de partida para discussão, e não objeto dela. A exceção fica por conta de alguns exames que em outros círculos podiam ser especializados, mas que faziam parte de um conhecimento comum daquele coletivo (como sobre resultados de eletrocardiograma) que gera algum nível de discordância.

A autoridade também é conferida por uma instituição. Pertencer a um centro-referência em assistência na área como o INCOR (Instituto Nacional de Cardiologia) e/ou pesquisa científica, redundava em autoridade de prestígio e poder. O conhecimento “*puramente acadêmico*”, o fato de ser docente não gozava da mesma valorização.

Os Argumentos de Valor - Se a vida é um valor universal, a categoria médica, atribui um valor diferente, ao se tratar de criança, adulto ou idoso:

... difícil é comparar o que diz a literatura e o risco do doente – principalmente criança. Opera mesmo com infecção ativa, abscesso? De acordo com a literatura deve-

se fazer logo a cirurgia, mas criança traz muita contemplação apesar dos dados da experiência e da literatura (cirurgião cardíaco infantil)¹⁴.

A valoração de qualidade de vida pode acabar sendo decisiva para a opção terapêutica, embora não tenha se tornado exemplar. Referindo-se à adoção de uma determinada abordagem cirúrgica:

... a mortalidade é comprovadamente maior nas pesquisas e na experiência de diversos serviços, portanto a escolha deste tipo de cirurgia não parece razoável... Mas desde o início afirmamos que o paciente era um homem jovem, caminhoneiro que ganhava a vida transportando carga, com vida sexual bastante ativa... Apesar da mortalidade ser maior neste tipo de cirurgia, a qualidade de vida é muito melhor, ele pode voltar à vida normal e o controle vai ser muito mais simples, com medicamentos que ele pode tomar fora do hospital e comparecer de três em três meses... Do contrário, ele nem poderia mais trabalhar nem ter vida sexual, e isso aos trinta e seis anos...

Uma outra valorização bastante defendida é a de firmar o hospital como instituição de excelência na assistência e para pesquisa científica:

*... para ser científico não é preciso ser professor, é um congresso que você vai, uma pesquisa; sua produção, titulação e trabalho... O mais importante é se empenhar nas estratégias de maximização dos padrões de desempenho. O norteamento para esta reviravolta na história da assistência e cirurgia cardíaca do Rio de Janeiro, que estava se dando aqui no ... tem como base os **dados de excelência clínica** e a padronização de procedimentos através dos **protocolos clínicos** (grifo nosso), para isso é indispensável a participação de todos... Nossos doentes não precisam mais ir para São Paulo. (Diretor do hospital).*

Muito dos argumentos em torno da busca da qualidade e da eficiência com base na evidência justificava a necessidade e a iniciativa de equipar, ampliar e modernizar o hospital, em especial a CTI, para competir com outro centro de referência nacional.

Conclusões

Os argumentos apontam para a competição, com o reconhecimento e prestígio institucional como prestadora de serviço e centro de formação e de pesquisa científica, frente ao prestígio dos centros. Poderíamos inferir o fato de interesses sociais alavancarem uma série de mudanças organizacionais e técnicas que influenciam diretamente as opções diagnósticas e terapêuticas. Além de contextualizar a padronização das práticas e de seu suporte na produção de conhecimento científico num cenário de busca de eficiência e qualidade.

¹⁴ Neste caso a criança não foi operada e veio a falecer; foi considerado um exemplo invalidante, uma conduta a não se generalizar.

A protocolização e rotinização não resultaram numa homogeneização das práticas. A atitude dos médicos deixava transparecer ambivalência ou polivalência, na medida em que, além dos protocolos e/ou estudos científicos, faziam também suas opções de forma intuitiva e pragmática, a partir de evidências de significância clínica. De um lado, não se pode afirmar o deslocamento da centralidade da clínica, do outro lado, pode-se observar sua ressignificação como validação de estudos experimentais e ou observacionais.

O processo de checagem da investigação clínica ocorrido no *round* e as discussões que tomaram lugar nas sessões clínicas não se apresentaram apenas decorrentes da necessidade de complementariedade e/ou suplementariedade de diversos saberes ou de trabalhos parcelares, mas também funcionaram como um controle intersubjetivo que garante maior objetividade, se comparado ao exercício médico isolado.

Ao mesmo tempo, a interação também se mostrava ao nível das interconexões de valores culturais e/ou sociais, explícitos e/ou internalizados pelos membros do grupo e acrescentam uma dimensão mais interpretativa.

Deve-se lembrar que a objetivação da experiência clínica pode se tornar o ponto de partida do raciocínio epidemiológico. A fonte de informação sobre o risco poderia ser oriunda não mais apenas da vivência do próprio clínico como agente individual, mas da compilação das observações de diversos sujeitos, sistematizadas ou compartilhadas. Este argumento é duplamente criticado por posicionamentos de membros de correntes da epidemiologia que não da “epidemiologia clínica”, como Almeida Filho (1992, 1993) e pelos defensores da introdução de ferramentas como os protocolos, em Eddy (1990). É para o primeiro, um conceito, para o segundo, uma proposta, tautológica sustentada a partir de fontes subjetivas, mas com pretensões de maior objetividade. Do ponto de vista dos estudos observacionais e/ou experimentais desenvolvidos pelo próprio hospital, o tratamento dos dados num contexto dos pesquisadores a partir de sua compilação num *Banco*, conferem um sentido diferente do originário – a clínica – como chama atenção Berg (1999) no transporte da informação.

A homogeneização dos casos acabaram, do ponto de vista da clínica, por se transformarem em casos exemplares. Para os iniciados – residentes – foi aberto o campo de aprendizado pela “percepção de semelhança” ou aprendizado por exemplos, enfatizado por Kuhn como uma estratégia de fundamental importância no treinamento da prática científica.

Com relação às escolhas intuitivas e pragmáticas reveladas no decorrer da observação, pode-se traçar um paralelo com o que Freidson denomina de “espírito clínico”. Contudo, Freidson (1970) referia-se ao *penamnet* médico geral e não a situações concretas. No trabalho de campo a preocupação do *staff* em seguir os protocolos e os estudos científicos realização de pesquisas assemelha-se mais a situações encontradas em outros estudos empíricos como (Schraiber, 1993) e (Camargo Jr., 2002) que não condizem com a afirmação confiança em si próprios sem submissão à autoridade geral da tradição científica.

Os médicos representaram os protocolos/estudos científicos como o guia mais adequado para conciliar interesses de afirmação institucional como centro

público de assistência, ensino e pesquisa e, ao mesmo tempo, ratificar a atividade médica como mais científica e mais objetiva desde que essa ratificação fosse submetida à racionalidade clínica. Não parece absurdo pensar numa submissão a uma dupla configuração de racionalidade científica: a clínica e a epidemiológica.

Nas interações entre médicos e as múltiplas situações do caso singular emergiram limitações, algumas semelhantes às encontradas por Cabala et al. (1991) e nas discussões dos periódicos: discordância em relação ao resultado esperado, às próprias evidências; a não alteração da prática anterior, não favorecimento da relação custo-benefício para o paciente; simplificação exagerada das decisões; demanda de custos adicionais; opiniões contrárias de “líderes” ou *experts*; entre outras.

A razão argumentativa se fez presente tanto quando buscava a adesão entre os diversos profissionais, em particular dos médicos e da enfermagem para execução dos procedimentos propostos nos protocolos e/ou as provas lógicas ou empíricas, quanto quando estas mostravam seus limites a decisões clínicas singulares.

Os *rounds* e as reuniões não foram só o cenário de socialização do exercício da clínica, mas também foram tentativas de internalização de normas, valores e habilidades específicas de ver certos fenômenos do estilo de pensamento epidemiológico que os médicos usualmente não dispunham, nem na prática clínica nem era significativo na formação médica.

Uma “topografia epistemológica” (Fleck, 1979) não muito fixa, um círculo, um “círculo esotérico” - *experts* das especialidades do domínio e/ou aplicação dos meios diagnósticos e terapêuticos da área de cardiologia e/ou cirurgia cardíaca, os chefes e coordenadores, alguns médicos da rotina, residentes - e um círculo exotérico ou leigos educados - outros médicos da rotina e plantonistas corresponderia a uma circulação diferenciada de literatura. Diferenciação que transparecia, no *round* e nas sessões, numa referência múltipla e imprecisa de literatura, estudos científicos, metanálise e medicina baseada em evidências. Os protocolos pareciam circular em ambos os círculos enquanto a literatura especializada no embasamento para a construção de evidências baseadas nas pesquisas científicas apenas no círculo esotérico, cujos componentes são em menor número mas com maior poder de decisão.

Para Camargo Jr. (2003, p. 152-153), na busca de comunicação e aproximação entre os dois estilos de pensamento, o clínico e epidemiológico, a epidemiologia apoiada pesadamente em ferramentas estatísticas funciona como filtro: fornece elementos de avaliação e validação para uma variedade de fontes teóricas e técnicas do conhecimento e da prática médica, que perpassam não só a física mecânica, mas até mesmo a mecânica quântica - base dos atuais métodos de imagem - e a biologia molecular. Contudo, “nenhuma destas áreas do conhecimento é província intelectual do médico praticante...”, e sim dos especialistas. Os “médicos praticantes” fariam parte do ciclo exotérico. Resta-lhes confiarem no que Giddens (1991, p. 87-88) coloca como comum aos leigos nas sociedades modernas: confiança nos especialistas, nos peritos, em sistemas abstratos através de seus “pontos de acesso”, os colóquios,

congressos e a literatura especializada, entre outros. O acesso não está bloqueado a nenhum médico. Mas a maioria pode “carecer das habilidades necessárias para interpretar o que é omitido e comprimido nestes artigos”.

Mesmo com poucas “ferramentas” de um raciocínio probabilístico/lógico-formal, os médicos mostraram-se especialmente céticos à expectativa em relação às propostas do embasamento em pesquisas epidemiológicas. Para os médicos do hospital estudado, o **seu paciente** não era uma unidade daquela média, era o **seu caso**. A vivência das evidências segue transformando a “normatividade dos modos de andar a vida”. Se não rompe com a “harmonia das ilusões”, a tensiona e inquieta.

As observações deste estudo levam a inquietações que necessitam, usando os termos de Fleck (1979), espriar-se no coletivo de pensamento **da saúde coletiva** para que possa ser aperfeiçoado, transformando, reforçando ou atenuando e, por sua vez, que siga influenciando outras descobertas e a formação de conceitos, opiniões e hábitos de pensamento. Ver como os médicos tomam suas decisões em relação à vida, ao sofrimento e à morte das pessoas é, essencialmente, uma questão de **política de saúde** que quase não tem sido incluída na agenda desta área, “campo” ou “arena transepistêmica”.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N. (1993). “A clínica, a epidemiologia e a epidemiologia clínica”. In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 35-54.
- AYRES, J. R. (1993). “O objeto da epidemiologia e nós”. In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 55-76.
- BATES, D. (2000). “Why not call modern medicine ‘alternative’?” In: *BPM*, 43, 4: 502-518.
- BACHELARD, G. (1968). *O novo espírito científico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- BECKER, Howard. (1994). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.
- BERG, M. (1997). *Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices*. Cambridge/Massachusetts: MIT Press.
- _____. (1998). Order(s) and disorder(s): of protocols and medical practice. In: BERG, M.; MOL (eds.). *Differences in Medicine: unraveling practices, techniques and bodies*. London: Duke University Press.
- BERG, M.; GOORMAN, E. (1999). “The contextual nature of medical information”. In: *International Journal of Medical Informatics*, v. 65, p. 51-60.
- BLANK, N. (1985). O raciocínio clínico e os equipamentos médicos. Rio de Janeiro, IMS/UERJ (Dissertação de Mestrado).
- CABANA, D. et alli. (1999). “Why don’t physicians follow Clinical Practice Guidelines?”. In: *Journal of the American Medical Association*, 282: 1458-1465.
- CAMARGO JR., K. R. (1992). “Racionalidade médica: os paradoxos da clínica”. In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 2, n. 1 - “Sexualidade e Aids”. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

- _____. (2002). "The thought style of physicians: strategies for keeping up with medical knowledge". In: *Social Studies of Science*, v. 32, n. 6, p. 827-855.
- CANGUILHEIM, G. (1990). *O normal e o patológico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Forense.
- CARRARA, S. (1998). "Debate sobre o artigo de Peterson, C.: 'Trambiclinicas, pilantrópicas and mulambatórios - medical slang in Rio de Janeiro'". In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14: 687-690.
- EDDY, D. M. (1990). "Resolving conflicts in practice polices. Clinical decision making: from theory to practice". In: *Journal of the American Medical Association*, v. 264: 389-391.
- FLECK, L. (1979)[1935]. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: Chicago Press.
- FLETCHER, P. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. (1982). *Clinical epidemiology - the essentials*. Baltimore: Williams & Williams.
- FOUCAULT, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FREIDSON, E. (1970). *Profession of Medicine: a study of Sociology of applied knowledge*. New York: Harper & How.
- GIDDENS, A. (1991). *As consequências da modernidade*. Tradução de Raul Filker. São Paulo: Unesp.
- HACKING, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge/Massachussets: Harvard University Press.
- _____. (1992). The self-vindication of the laboratory sciences. In: PICKERING, A. (ed.). *Science as practice and culture*. Chicago: The University of Chicago Press.
- _____. (1982). Language, truth and reason. In: HOLLIS, M. & LUKES, S. (eds.). *Rationality and relativism*. Cambridge/Massachussets: The MIT Press.
- KNORR-CETINA, K. (1981). *The manufacture of knowledge. An essay on the constructivist and contextual nature of science*. New York: Pergamon Press.
- KUHN, T. (1979). Foreward. In: FLECK, L. (ed.). *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press.
- _____. (1978). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- _____. (1977a). *The essential tension: selected studies in scientific tradition and change*. Chicago: Chicago University Press.
- _____. (1977b). Second thoughts on paradigms. In: SUPPE, F. (ed.). *The structure of scientific theories*. Chicago: University of Illinois Press.

- LUZ, M. T. (1995). "Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas". In: *Cadernos de Sociologia - Saúde Coletiva*. Porto Alegre, v. 7, p. 109-128.
- MARTINS, A. "Novos paradigmas e saúde". In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 83-112.
- MATTOS, R. A. (sd). Como articular o micro e o macro em ciências sociais: resenhando três autores - Collins, Knorr-Celina e Giddens. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. (mimeo)
- SCHRAIBER, L. B. (1993). *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec.
- UCHÔA, S. A. C. (1994). Erro médico: de Senhor da vida a Senhor da morte, um estudo sobre a representação do erro na prática médica. João Pessoa, Programa de Pós-Grauação em Sociologia da UFPB (Dissertação de Mestrado).
- UCHÔA, S. A. (2003). Os protocolos e a decisão médica: evidências ou viências? Rio de Janeiro: IMS/UERJ (Tese de Doutorado).

RESUMO

A argumentação e a evidência no dia a dia da prática médica tecnológica

O objetivo geral do trabalho é compreender as concepções e interesses sobre transmutar a fundamentação da prática cotidiana do conhecimento produzido pela experiência clínica para modelos probabilísticos da epidemiologia. O objeto de estudo foi a argumentação e as práticas em torno da possibilidade de consenso sobre critérios de conhecimento, válidos para as decisões diagnósticas e terapêuticas. Partimos das proposições de Fleck, nas quais os fatos não seriam objetivamente dados, mas coletiva e contingencialmente criados na sua adequação a um estilo de pensamento - internalização das normas, valores e habilidades que incluem uma certa maneira de ver o objeto: o estilo de pensamento. Utilizamos como estratégias de pesquisa a análise documental e a observação. A pesquisa etnográfica correspondeu à observação do *round* e das reuniões clínicas numa Unidade de Terapia Cardiointensiva Cirúrgica, no Rio de Janeiro. As referências de análise foram Knorr-Cetina, no campo de interesses científicos e não-científicos (arena transepistêmica) e a teoria da argumentação de Perelman. A pesquisa revelou a consolidação da tendência de incorporação de critérios explícitos de relação custo-benefício e interesses relativos a distintos agentes como categoria médica, governos, complexo médico-industrial na introdução dos clínicos. Chamou a atenção um certo ceticismo e inabilidade dos médicos a utilização das ferramentas de análise do estilo de pensamento epidemiológico.

Palavras-chave: antropologia médica; conhecimento médico; epistemologia; estilo de pensamento; protocolos

ABSTRACT

Argumentation and evidence in the daily technological medical practice

The main aim of this work is to understand the concepts and interests about transporting the practical daily knowledge produced by experience into probabilistic models of epistemology. The aim of study was the argumentation and practices that go around a consensus about knowledge criteria which are valid for diagnosis and therapeutic decisions. As a starting point we chose Fleck's propositions in which facts are not objectively given but collectively and created by chance in a way to adequate themselves to a style of thought - an internalization of certain norms, values and skills which include a certain way of perceiving the subject: a style of thought. We used as a strategy of research an analysis of data and observation. The ethnographic research corresponded to the *round* observation and the clinical meetings in an ICU cardio unit in Rio de Janeiro. The analysis for reference were Knorr-Cetina in the scientific and non-scientific fields (transepistemic arena) and Perelman's argumentation theory. The research revealed the consolidation of a tendency of incorporating explicit criteria of the cost-benefit axis and interests which contemplate different agents such as doctors, government and medical-industrial complex in the introduction of protocols. The observation demonstrated ambivalent use: protocols/scientific studies and clinical experience. Attention was called to a certain skepticism and doctor's inability in the usage of analysis tools of epistemological thought style.

Keywords: medical anthropology; medical knowledge; epistemology; style of thought, protocols

Recebido para apreciação: outubro de 2003

Aprovado para publicação: março de 2004

Comentário Crítico

SERÁ QUE ELAS SOFREM? ALGUMAS OBSERVAÇÕES SOBRE
DEATH WITHOUT WEeping DE NANCY SCHEPER-HUGHES*

Mónica Franch & Tânia Lago-Falcão

Introdução

Este ensaio busca discorrer sobre algumas interpretações antropológicas acerca da relação entre o sentimento materno e a morte infantil no Nordeste brasileiro. Interpretações essas que têm em comum o fato de terem sido elaboradas e divulgadas, principalmente, fora do país. O pontapé inicial a esse debate foi dado pela antropóloga norte-americana Nancy Scheper-Hughes, que apresentou a polêmica tese da negligência seletiva, segundo a qual as mães nordestinas exercem uma influência negativa para a sobrevivência das crianças, escolhendo aquelas que irão amar e cuidar. O livro em que Scheper-Hughes discute essas questões, *Death without weeping*¹, causou bastante impacto quando publicado (1992) e é hoje considerado leitura obrigatória para antropólogos estudiosos do Brasil em inúmeros centros internacionais.

A polêmica tese de Scheper-Hughes provocou diversas reações dentro e fora do Brasil. As principais críticas vieram de duas conterrâneas da autora, as antropólogas Marilyn Nations e Linda Rebhun que, com base em estudos junto a mulheres nordestinas que perderam seus filhos, chegaram a conclusões diametralmente opostas quanto ao sentimento materno em contextos de altas taxas de mortalidade infantil. No Brasil, uma resenha da antropóloga Lygia Sigaud (1995) mostrou de forma sintética porém contundente alguns dos principais problemas da interpretação de Scheper-Hughes. Outros trabalhos também questionam a tese da negligência seletiva². Entretanto, de um modo geral, pode-se dizer que a antropologia³ brasileira não tem tomado para si esse debate com a seriedade que merece, uma vez que *Death without weeping* está se convertendo no "cartão de visita" nacional em meios acadêmicos pelo mundo afora.

* Uma primeira versão deste trabalho foi apresentada no GT 'Sociologia das Emoções', no XI Encontro de Ciências Sociais do Norte-Nordeste, Aracaju, 2003. Queremos registrar nossos sinceros agradecimentos ao professor Russell Parry Scott, do PPGA-UFPE, que sempre nos estimulou na pesquisa sobre o tema, facilitando o acesso à bibliografia e enriquecendo nossas discussões com seus comentários sempre pertinentes.

¹ Estaremos utilizando a tradução ao espanhol, publicada pela Editora Ariel, em 1997.

² Franch, Lago-Falcão & Silva (1999), Franch & Lago-Falcão (1999, 2000a, 2000b). Questões sobre o trabalho de Scheper-Hughes também são abordadas em Scott (2004), embora o foco do trabalho não seja especificamente o sentimento materno nem a tese da negligência seletiva.

³ Questões sobre sentimentos e comportamentos das mães de crianças estão presentes em vários trabalhos sobre mortalidade infantil da área médica.

Pensamos que discorrer sobre esses assuntos é importante, entre outras coisas, porque nos permite refletir sobre como podem ser descritos e interpretados sentimentos e expressões comportamentais: de que forma a visão do antropólogo informa essa compreensão? Como são feitas as traduções culturais de fatos observáveis num terreno tão pantanoso como as emoções? Para isso, iremos primeiro apresentar alguns aspectos da argumentação de Scheper-Hughes com objetivo de situar o pensamento da autora. Em seguida, descreveremos as críticas tecidas por Nations e Rebhun para, por fim, levantar algumas questões que nos parecem relevantes nesse debate.

1. *Death without weeping* - discorrendo sobre morte, pobreza e sentimento materno

“Este livro trata sobre cultura e escassez, ambas em seu sentido material e psicológico, e sobre seus efeitos sobre o pensamento e a prática moral, particularmente sobre o ‘pensamento materno’”. Com essas palavras, Nancy Scheper-Hughes (1997, p.26) sintetiza o grande esforço da sua obra: descobrir de que maneira a pobreza afeta a capacidade das mães nordestinas amarem e cuidarem de seus filhos. Publicado pela primeira vez em 1992, o livro *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil* aborda reflexões advindas de dois períodos em que a antropóloga viveu no Nordeste brasileiro, desempenhando papéis diferentes.

Sua primeira experiência se deu nos anos de 1964 a 1966, quando, então contando vinte anos de idade, para aqui veio como membro dos *Peace Corps*, uma organização norte-americana, criada no governo de John F. Kennedy, que enviou centenas de jovens voluntários desse país a vários recantos do mundo, inclusive ao Nordeste brasileiro depois do golpe militar. Scheper-Hughes retornou 15 anos depois, como antropóloga disposta a estudar o sentimento materno e a morte infantil, questões que tinham emergido dessa primeira estadia. Desta feita, num total de catorze meses distribuídos entre os anos de 1982 e 1989, a autora levantou a história reprodutiva de cem mulheres e também entrevistou alguns homens moradores da mesma localidade na qual tinha vivido anteriormente: o Alto do Cruzeiro, situado na cidade de Bom Jesus da Mata (nome fictício), município da zona da mata de Pernambuco.

Em seus seis capítulos iniciais, o livro discorre sobre aspectos que Scheper-Hughes julga cruciais na compreensão da vida cotidiana no Nordeste: a economia do açúcar, o clientelismo, a sede (ligada à seca e à dificuldade de acesso à água de boa qualidade), a fome crônica, os “nervos” e a violência. Mas é nos três capítulos centrais⁴ onde a autora exprime a polêmica tese da negligência seletiva e discorre amplamente sobre o sentimento das mães perante a morte de seus filhos.

Scheper-Hughes entende que há uma multiplicidade de causas para a mortalidade infantil, dominada pelos fatores sócio-econômicos. Pobreza,

⁴ Cap. 7: Dois pés de profundidade e um caixão de cartão; cap. 8: Amor materno, amor alterno; cap. 9: Nossa Senhora das Dores.

descaso das autoridades, precariedade das condições de moradia e desigualdade entre as classes são, segundo a autora, responsáveis pelas altas taxas encontradas no Nordeste. Essa combinação de fatores se expressa, sobretudo, na fome crônica que Scheper-Hughes considera ser o principal flagelo dos nordestinos da zona da mata, afetando sobremaneira a criança no primeiro ano de vida⁵. Porém, as condições que produzem a morte de crianças nunca foram a principal preocupação da antropóloga:

Mas não eram as mortes o que me surpreendia. O que preocupava não era algum misterioso enigma epidemiológico [...] Antes, o que me deixava perplexa era a aparente 'indiferença' das mulheres do Alto diante da morte de seus bebês e a tendência a atribuir às próprias criaturas uma 'aversão' à vida que fazia com que suas mortes parecessem completamente previsíveis (Scheper-Hughes, 1997, p. 265).

A tese que Scheper-Hughes defende é que as populações empobrecidas desenvolvem mecanismos de defesa contra o açoitamento da morte das crianças. Mais concretamente, haveria uma série de critérios para a seleção ("triagem") de determinadas crianças que têm maior possibilidade de morrer ("crianças condenadas") e outras que têm maiores chances de sobreviver, determinando investimento desigual das mães em relação a cada categoria de crianças. Uma são amadas e cuidadas, as outras são negligenciadas tanto material como afetivamente. Desta forma, e apesar de repetir em diversas ocasiões que é preciso descrever sem culpabilizar, a tese da negligência seletiva termina tendo um caráter acusatório difícil de ignorar:

... na ausência de bases firmes que permitam gerar expectativas razoáveis de sobrevivência infantil, o pensamento e a prática materna se enraízam numa série de pressupostos (por exemplo, que crianças e bebês são facilmente substituíveis ou que algumas crianças nascem "querendo morrer") que contribuem, ainda mais, a um ambiente que é perigoso, ou mesmo antagônico, às novas vidas (Scheper-Hughes, 1997, p. 31).

No oitavo capítulo, Scheper-Hughes identifica algumas das situações nas quais se estabelece que uma criança foi "condenada". Em primeiro lugar, ela menciona os casos em que as mães atribuem ao seu rebento um desgosto pela vida, expresso pela recusa em comer, beber e, até, interagir com os outros – reação normal, segundo a antropóloga, entre crianças desnutridas. Em outras ocasiões, a escolha das crianças é feita no próprio momento em que nascem, quando a parteira recomenda tratamentos diferenciados para as crianças fortes e para as fracas: dar um chá às primeiras para limpar e fortificar, e apenas um

⁵ Sigaud (1995) dirige críticas contundentes à ênfase de Scheper-Hughes na fome como princípio explicativo dos comportamentos sociais, ignorando a regra básica de Durkheim de explicar um fato social a partir de outros fatos sociais: "Tudo se passa em seu livro como se os comportamentos sociais dos moradores do Alto do Cruzeiro fossem determinados pela 'fome', como se entre a experiência biológica da fome e os comportamentos não houvesse a mediação do social" (p. 170).

pouco de mingau às segundas, à espera de que Jesus disponha qual o destino das mesmas (1997, p. 354).

Por fim, a situação mais discutida é o estabelecimento do diagnóstico de “doença de criança” ou “ataque de menino” pela mãe e/ou pai da criança. Ambas as patologias são categorias êmicas (ou, nas palavras da autora, *folk*) que expressam um momento de perigo extremo para a criança, praticamente de irreversibilidade do quadro. A autora afirma que todos os sintomas de doenças infantis podem se encaixar numa ou outra definição – gasto, fraqueza, diarreia, vômitos, moleira funda, olhos fundos, palidez, convulsões etc. Ao longo do livro, há vários exemplos da “doutora Nanci” tentando convencer os pais de que eles estão (ou estiveram) errados no seu diagnóstico e se deparando com a “prematura” aceitação, por parte destes, da morte de um filho. Para uma antropóloga vinda de uma sociedade “medicalizada” como os Estados Unidos, não deve ter sido muito fácil compreender a convivência da população com outros avaliadores que não os médicos do estado de saúde das pessoas:

Como pode uma mãe ter certeza de que se trata de um caso sem remédio de gasto e não de uma simples diarreia infantil? Como pode uma mãe diferenciar entre a dentição comum e os sintomas mais temidos e potencialmente fatais dos ‘dentes presos’? Quando um susto deixa de ser somente um mau sobressalto, um simples reflexo do medo, e passa a esvaziar a alma do bebê? (p. 369)

Em alguns momentos, Scheper-Hughes entende que o estabelecimento de um desses diagnósticos terminais (“doença de criança” ou “ataque de menino”) não depende apenas da evolução da criança, mas de uma série de fatores que ela considera “externos (domésticos)” (p. 376) e que fazem parte do contexto em que as decisões sobre a vida e a morte das crianças são tomadas. Apesar disso, a antropóloga considera o diagnóstico êmico uma condenação prematura e desnecessária das crianças à morte. Uma criança diagnosticada com alguma dessas duas patologias passa a ser, segundo a autora, estigmatizada pelos seus. Nesse caso, a morte social desencadeia necessariamente a extinção física, sobretudo no caso dos bebês que dependem em tudo do cuidado alheio (p. 376).

Outro aspecto que recebe amplo tratamento na obra é a reação emocional das mães à perda de um filho – *locus* do choque cultural que a antropóloga experimentou quando da sua primeira experiência no Brasil. Segundo Scheper-Hughes, existe todo um treinamento emocional que força as mães a não desenvolverem laços afetivos fortes com todas as crianças logo que nascem. Tudo se passa como se o amor fosse sendo depositado na criança ao longo do tempo, quando a ameaça da morte vai se afastando (p. 328). Deste modo, as mortes de crianças “condenadas” são recebidas com indiferença: as mães, simplesmente, estariam anestesiadas culturalmente para não sentir dor. O embotamento das emoções aparece expresso na prescrição de “se conformar” com a morte dos filhos e na proibição de chorar essa perda. Bem diferente é a reação emocional quando morre uma criança forte, depositária desde cedo das esperanças dos pais. É apenas nessas últimas situações que Scheper-Hughes manifesta encontrar atitudes de dor e de luto.

A discussão a respeito do desaparego, da negligência seletiva e da ausência de luto entre as mães nordestinas não responde apenas a uma tentativa de compreender atitudes que surpreenderam a autora. Tais questões se inserem, também, num debate teórico em relação ao pensamento e às práticas maternas, no qual Nancy Scheper-Hughes serve-se do exemplo das mulheres do Alto do Cruzeiro para questionar

... as teorias do 'vínculo materno' e do apego psicológico maternal em relação às crianças, assim como do feminismo cultural, que defende a existência de uma concepção singular dos objetivos, interesses e concepções morais das mulheres (1997, p. 328).

Assim, a antropóloga constrói a tese da negligência seletiva como contraponto à compreensão de que existiria um *ethos* essencialmente feminino de devoção materna, defendida por autoras como Sara Ruddick.

Também se distancia de historiadores sociais como Philippe Ariès (1986) e de filósofos como Elizabeth Badinter (c1980), para os quais o amor materno seria uma invenção da modernidade. As teses desses autores pecariam, segundo Scheper-Hughes, de "excesso de diferença" (1997, p. 341), além de não atribuir às mães um papel efetivo na morte de seus filhos: "A maioria dos historiadores tende a rejeitar a hipótese da negligência mortal e identifica a indiferença materna não tanto como a causa mas como o efeito da alta mortalidade infantil" (p. 342).

Nations e Rehbun (1988) situam os trabalhos de Scheper-Hughes na continuidade de uma tradição antropológica que incide sobre o fatalismo, a cultura da pobreza e a negligência seletiva. Esta abordagem considera o fatalismo como sistema de valores que norteia a prática social entre grupos urbanos e, principalmente, camponeses, de baixa renda. O fatalismo, conceituado pelos antropólogos Robert Redfield e Oscar Lewis, entre outros, é a crença na impossibilidade humana de alterar o curso dos acontecimentos, determinados por desígnios divinos. Encontra-se ligado à imagem da escassez de bens, teoria desenvolvida por George Foster para descrever a crença de certas populações na existência de bens em quantidades limitadas, de forma que a prosperidade de um grupo acarreta a desgraça dos outros. Tal visão de mundo explicaria não apenas as crenças mágico-religiosas do *olhado* (como produto da inveja) mas, também, seria uma das causas que reproduziria a situação de miséria destas populações. Na teoria de Scheper-Hughes, a sobrevivência das crianças entre as classes populares é vista como um bem limitado e, como resposta, o amor das mães age seletivamente.

2. Sacrifícios e sofrimentos para salvar as crianças: o enfoque de Nations e Rehbun

Marilyn Nations e Linda Rehbun tiveram um contato diferente com os problemas de saúde das populações empobrecidas do Nordeste. Sua inserção se deu através de um projeto multidisciplinar onde estavam envolvidos médicos,

enfermeiros e cientistas sociais da Universidade da Virgínia (USA) e da Universidade Federal do Ceará. Novamente, faz-se presente a atuação de instituições norte-americanas em processos que dizem respeito à saúde das populações da região, só que desta vez de forma articulada com instituições governamentais locais⁶. O projeto perseguia uma dupla finalidade: pesquisar sobre a mortalidade infantil para, depois, intervir na redução das altas taxas no Estado do Ceará. Várias produções científicas e em educação para a saúde resultaram desse projeto⁷. Neste trabalho, estaremos trazendo para a discussão as reflexões contidas no artigo "*Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect*", de 1988, escrito em parte como resposta aos primeiros artigos de Nancy Scheper-Hughes sobre sua experiência no Alto do Cruzeiro, publicados em 1984 e 1985.

A partir de um trabalho de campo realizado nos anos de 1979 a 1986, em meio rural e urbano do Ceará, Nations e Rebhun fazem uma severa crítica à tese da negligência seletiva. Cabe salientar que as informações que alimentam as argumentações das duas antropólogas repousam sobre um período mais extenso de observação do que aquele da sua colega Nancy Scheper-Hughes. Inclusive, tanto Linda Rebhun como Marilyn Nations continuaram trabalhando no Nordeste brasileiro após esse primeiro período: Nations esteve vinculada à Universidade Federal do Ceará até, no mínimo, 1997; e Rebhun publicou vários trabalhos baseados em outros estudos na região, entre os anos 1993 e 1999.

Segundo as autoras:

... os freqüentes sacrifícios extremos que as famílias fazem para tratar das crianças doentes, o envolvimento dos curandeiros tradicionais nas decisões do tratamento, e as crenças religiosas dos nossos informantes acerca da morte e da vida após a morte requerem uma re-examinação das hipóteses do fatalismo e da negligência" (1988, p. 143).

As crenças e atitudes observadas por Scheper-Hughes seriam complexas explicações *a posteriori*, racionalizações para dar conta de um fenômeno que se percebe de forma dolorosa, não fazendo parte de uma estratégia seletiva da prole. As autoras justificam sua tese através de uma série de evidências etnográficas.

Em primeiro lugar, Rebhun e Nations descrevem minuciosamente os itinerários terapêuticos traçados pela população para assistir suas crianças

⁶ O projeto recebeu apoio das seguintes instituições: W.K. Kellogg Foundation, Rockefeller Foundation, PRICOR/USAID, Project HOPE, Berkeley Latin American Studies Foundation, Uva Division of Geographic Medicine, UC Berkeley Anthropology Department.

⁷ Marilyn Nations tem uma importante trajetória no estudo da mortalidade infantil no Brasil, com uma dissertação sobre doença de criança e várias apresentações em congressos e textos em coletâneas sobre a terapia de reidratação oral em periódicos americanos (ver Nations & Rebhun, 1988 e Rebhun, 1999). No Brasil, Nations *et al.* (1997) publicaram uma cartilha para trabalhar reidratação oral com a comunidade, baseada nos resultados das pesquisas.

quando adoecem. A partir do momento em que é identificada uma doença na criança, as mães procuram diversos sistemas de cura. Iniciando usualmente com o tratamento em casa, vários especialistas são consultados, que não se limitam àqueles responsáveis pela medicina oficial, mas também incluem rezadeiras, raizeiros, umbandistas, espíritas, farmacêuticos e médicos populares. A escolha por um determinado especialista é feita em virtude da etiologia atribuída à doença: o mau olhado ou quebranto serão encarregados às rezadeiras; a quentura precisará dos cuidados do raizeiro etc. Contrariando as explicações antropológicas sobre o fatalismo, e apesar das alusões constantes entre a população à vontade de Deus, as autoras afirmam não encontrarem entre as mães comportamentos generalizados de negligência e sim vontade de resolver o problema, aliando os métodos disponíveis da biomedicina àqueles dos sistemas de cura tradicionais, que lhes são tão familiares.

Uma segunda evidência etnográfica apresentada pelas autoras é a realização de esforços consideráveis pelas mães e pela comunidade para salvar as crianças, condensados na expressão “andar e esperar” (Nations and Rebhun, 1988, p. 156), freqüentemente usada pelas mulheres para descrever suas tentativas. Cenas de espera na fila do hospital, de venda dos escassos bens materiais para poder custear o tratamento de um filho, de intermináveis percursos por diversos sistemas de cura são exemplos disso. Os esforços são dobrados naqueles casos que Scheper-Hughes considerava negligenciados: as crianças *fracas*.

As autoras também discordam da afirmação de Scheper-Hughes sobre o fato das crianças serem, para as mães, simples “visitantes” “substituíveis”. Mortos ou vivos, os filhos continuam fazendo parte da família. A repetição dos nomes para vários irmãos manifesta a vontade de imortalizar ou reencarnar a criança morta, bem como o desejo da mãe de ter um filho com esse nome, jamais como a possibilidade de que os filhos possam ser substituídos.

Por outro lado, a identificação de “doença de criança” não é vista pelas autoras como uma “condenação”. Nations e Rebhun entendem essa categoria como a identificação do momento em que os pais, depois de muitas tentativas de cura, não vêem mais esperança para a criança. A decisão de pôr fim aos cuidados ao doente não recai unicamente na mãe, mas estão envolvidos outros atores da comunidade:

É devido ao consenso social, antes do que a uma “deficiência percebida na criança” (Scheper-Hughes 1984, p. 541, 1985, p. 305), que as mães não são castigadas pelos moradores quando ocorre a morte. O ponto de decisão é determinado pelos membros da comunidade de acordo com critérios e padrões específicos socialmente construídos. Pais empobrecidos e cuidadores tradicionais decidem pela suspensão do tratamento usando critérios como: 1) a severidade dos sintomas da criança e a probabilidade de sobrevivência; 2) as condições realmente disponíveis para um tratamento efetivo; 3) o peso do tratamento nos recursos familiares totais; e 4) a qualidade de vida da criança sobrevivente (Nations and Rebhun, 1988, p. 173).

A decisão de que uma criança “não tem jeito” é feita, relatam as autoras, em última instância, depois de esgotar todas as possibilidades de que se pode lançar mão. Essa decisão, portanto, não provoca a morte da criança, como quer a tese de Scheper-Hughes. Pelo contrário:

Como parte de um sistema ético, esses comportamentos normativos não são interpretados como causa da morte do paciente pelos moradores, porque eles derivam de julgamentos culturais partilhados sobre o ponto em que o tratamento e a esperança devem cessar (Nations e Rebhun, 1988, p. 172-173).

A identificação do momento da agonia tem um importante desdobramento: ela determina o início da preparação simbólica para o passamento da criança. Uma outra ordem de cuidados vai se estabelecer nesse momento, atingindo não o corpo em agonia da criança, mas a vida dela pós-morte.

Por fim, Rebhun e Nations tampouco encontraram evidências da “aparente indiferença” que tanto chocou Scheper-Hughes. Não chorar pela morte de um filho não corresponde, segundo as autoras, a uma pretendida fragilidade dos laços construída culturalmente. Esse comportamento de ocultação faz parte de uma norma cultural acerca da forma de expressar as emoções pela morte de uma criança (*conformação*), fortemente comandada pelas crenças místico-religiosas. A aparente indiferença perante a morte das crianças é interpretada pelas autoras como uma máscara para ocultar a dor.

A negativa a verter lágrimas após a morte de uma criança, para evitar que as asas do *anjinho* molhem e este não ascenda aos céus, é mantida, segundo as autoras, com grande esforço por parte das mães que “viram as costas [à criança morta], mordem os lábios e apertam seus olhos com os punhos para abster-se de chorar” (Nations & Rebhun, 1988, p. 162). As crenças em *anjinhos* não são mobilizadas até o falecimento (ou a inevitável morte) das crianças, sendo assim racionalizações *a posteriori*. Nos funerais, as autoras destacam também o rico simbolismo reinante, embora com recursos materiais simples. A crença na transformação dos filhos em *anjos*, longe de promover indiferença perante a possível morte das crianças, proporcionaria conforto às mães, que esperam reencontrar seus *anjinhos* após a própria morte.

3. Contrastando as interpretações

O debate apresentado até aqui acerca do sentimento das mães nordestinas em relação a seus filhos tem importantes conotações. As manifestações de dor pela morte de um filho, ou pelo contrário, a ausência dessas manifestações, não nos informam apenas da qualidade da afetividade entre mães e filhos. O que parece estar em jogo nesse debate é, sobretudo, a capacidade das mulheres de cuidarem de suas crianças. Um aspecto primeiro a pensar é, pois: como é possível que dados potencialmente tão semelhantes possam nos conduzir a interpretações tão diferentes acerca da relação mãe-filho no que diz respeito a cuidados e afeto? Nesta parte, estaremos levantando algumas questões que podem nos ajudar a compreender melhor essa diferença.

4. É possível checar fontes em antropologia?

Contrariamente ao que acontece em outros campos do conhecimento, a construção do saber, em antropologia, passa necessariamente pela interação do pesquisador com o objeto da sua pesquisa, fato que confere à nossa disciplina seu caráter intersubjetivo e extremamente dependente do olhar de quem a pratica:

... como o observador é parte integrante do processo do conhecimento e descoberta, pode-se dizer, como já se fez anteriormente, que na antropologia não existe fato social, mas 'fatos etnográficos', salientando que houve seleção no que foi observado e interpretado no relato (Peirano, 1995, p. 17).

O debate a respeito do amor materno e da morte infantil é um bom exemplo de como o olhar do pesquisador pode influir na escolha de fatos etnográficos, na compreensão de tais fatos e no peso dado às diversas observações no estabelecimento de teorias maiores a respeito do que é observado.

Nesse sentido, Lygia Sigaud (1995) chama a atenção para dois problemas importantes no que diz respeito às escolhas feitas por Scheper-Hughes e que serviriam de base à tese da negligência seletiva. Um desses problemas seria o da "administração da prova" (p.171) por parte da autora. Com efeito, podemos observar uma tendência a estabelecer generalizações com base em informações pontuais e não devidamente contextualizadas. Um exemplo disso é a utilização do depoimento de uma única parteira, dona Maria, como prova suficiente para a afirmação de que algumas crianças são condenadas desde o momento do nascimento (Scheper-Hughes, 1997, p. 354).

Outro dos problemas apontados por Sigaud é o dos critérios para a seleção dos fatos etnográficos por parte da antropóloga norte-americana: "O critério da escolha parece ter sido o fato de que esses comportamentos a chocaram" (1995, p. 171). Embora não sendo possível neste momento fazer uma análise completa a esse respeito, podemos perceber que grande parte dos exemplos etnográficos em *Death without weeping* provém do primeiro período de Scheper-Hughes no Brasil. Cabe lembrar que, nessa época, a jovem Nancy provavelmente não tinha concluído seus estudos em antropologia e, certamente, não veio realizar um trabalho antropológico no sentido de compreender, mas um trabalho sanitário voltado à intervenção e modificação de comportamentos.

O fato de vir de uma sociedade onde não morriam tantas crianças é ressaltado pela própria autora como ponto de partida básico para o estranhamento antropológico. Entretanto, essa questão, bem como as circunstâncias da vinda ao Brasil e a própria juventude da autora, não são devidamente incorporadas à análise. O estranhamento de Scheper-Hughes atua como o parâmetro da normalidade, espelho no qual os comportamentos das mães do Alto irão se refletir de forma distorcida. Fica muito evidente que o livro foi escrito para pessoas que partilham da mesma sociedade e parâmetros

de normalidade de Scheper-Hughes (ver também Sigaud, 1995, p. 171). Não por acaso, seu livro não tem ainda edição em língua portuguesa.

A escolha dos fatos etnográficos pelo critério da surpresa deve ter influenciado bastante na construção da teoria da negligência. Cabe perguntar se os exemplos que a autora esgrime como prova de descuido materno são vistos pela população, de fato, como uma norma comportamental aceita na relação mãe-filho. Nesse sentido, Nations e Rebhun (1988) trabalham com a noção de “mãe descuidada”, denominação dada pelos “cuidadores” populares no Ceará, para rotular aqueles casos em que as mulheres não tomam conta de suas crianças como seria esperado. Segundo as autoras, esses casos não são entendidos, em nenhum momento, como o padrão local de cuidado das mães pobres em relação a seus filhos. Antes, os cuidadores compreendem que, sob determinadas circunstâncias de muita pressão, as mães podem não cuidar dos filhos de maneira adequada (em termos de higiene, alimentação etc.), o que não implica numa fragilidade do vínculo com eles (Nations & Rebhun, 1988, p. 184-186). Sigaud (1995, p. 173), a partir da análise dos fatos etnográficos trazidos por Scheper-Hughes, também se expressa no mesmo sentido, apontando crises conjugais ou na relação da mãe da criança com os próprios pais como possíveis circunstâncias que afetam negativamente no cuidado das crianças.

Em resumo, percebemos que, apesar de terem realizado trabalho de campo em contextos de pobreza e de estarem discutindo a mesma temática, as autoras em debate escolheram, organizaram e interpretaram os dados de forma tão diversa que é possível ter acesso a dois retratos muito díspares das mulheres pobres nordestinas em relação a seus filhos. Acreditamos, pois, que, embora o próprio fazer etnográfico possibilite a diversidade de interpretações sobre um mesmo contexto, é preciso refletir e deixar claro sempre em quais circunstâncias as escolhas são feitas e de que maneira as fontes são trabalhadas. Tanto Sygaud como Nations e Rebhun apontam dificuldades na gestão das fontes em Scheper-Hughes, o que levaria a uma visão muito parcial da relação das mães com seus filhos (vivos e mortos). Em base a nossas análises, nós endossamos essas críticas.

5. Como *traduzir* sentimentos?

Diferença fundamental entre os trabalhos apresentados aqui é a percepção do que as mães nordestinas sentem em relação a seus filhos, principalmente a reação emocional que elas experimentam quando da morte de uma criança ainda nos primeiros anos de vida. Como vimos, tanto Scheper-Hughes como Nations e Rebhun coincidem quanto à causalidade social do problema da mortalidade infantil. Para a primeira, no entanto, as mães não expressam sentimentos de dor em relação às crianças mortas porque, de fato, não experimentam essa perda como algo doloroso. A única exceção a essa “*belle indifférence*” (Scheper-Hughes, 1997, p. 410) é nos casos em que as mães acreditam que uma determinada criança irá sobreviver e esta, contrariando

as expectativas, morre. Para Nations e Rebhun, diferentemente, as mães sentem profundamente a morte de todos os seus filhos. No entanto, são culturalmente informadas da inadequação de expressar seus sentimentos e, por isso, evitam chorar e manifestar dor. A ambigüidade entre o sentir e o expressar está, pois, no cerne da discordância nas interpretações.

Para tentar compreender melhor a diferença na forma em que as autoras encaram a expressão pública dos sentimentos das mães nordestinas, precisamos rastrear seu entendimento sobre a própria natureza das emoções. No capítulo oitavo do seu livro, Scheper-Hughes assim descreve sua orientação no estudo das emoções:

Minha análise situa-se no marco dos estudos sobre a construção cultural dos sentimentos e tenta superar as distinções entre o afeto 'natural' e o 'socializado', entre sentimentos privados 'profundos' e sentimentos públicos 'superficiais', entre expressões emocionais conscientes e inconscientes. Na medida em que tenta mostrar como o contexto econômico, político e cultural dá forma às emoções, esta análise pode ser entendida como uma 'economia política' das emoções (1997, p. 328).

Embora afirmando conhecer a obrigação cultural de se "conformar" perante a morte de um filho, Scheper-Hughes repete em inúmeras ocasiões que as mães nordestinas não lamentam seriamente a morte de suas crianças:

Mas era indiferença mais do que choque ou trauma o que eu observava com mais freqüência no Alto. Uma pessoa traumatizada não encolhe os ombros e diz alegremente 'melhor ele do que eu ou você' e em pouco tempo volta a engravidar porque as crianças são intercambiáveis e facilmente substituíveis (p. 341).

Sua insistência na falta de reação emocional precisa ser compreendida, como já sugerimos, em diálogo com as percepções do vínculo materno que a autora pretende atacar. Mas na sua defesa acirrada dessa idéia, Schper-Hughes chega a forçar os termos da tradução cultural de emoções, traçando um paralelo entre as mães nordestinas e Mersault, personagem principal do conhecido romance existencialista *O estrangeiro*, de Albert Camus, que acolheu com perturbadora frieza a notícia da morte da própria mãe (1997, p. 266).

Muito diferente é a visão de Nations e Rebhun acerca da ausência de lágrimas quando da morte de uma criança. Como já foi dito, as autoras enfatizam no seu texto a base religiosa que apóia o interdito entre as mães nordestinas, fazendo uma análise bastante detalhada das crenças da população, bem como descrevendo cuidadosamente os cuidados dispensados não apenas ao corpo mas à alma da criança no momento da agonia e após sua morte. Segundo a interpretação dessas autoras, as mães evitam chorar a morte de seus filhos como uma forma de garantir uma boa passagem destes para o além. Longe de significar indiferença, a "conformação" é um estado ideal a ser perseguido pelas mães profundamente abaladas pela perda de uma criança:

Nossas informantes foram unânimes: embora fiquem calmas externamente, as mães sentem profundamente a perda de seus bebês e crianças; suas lágrimas, embora escondidas 'dentro de nossos corações', como uma mãe colocou, não são menos dolorosas nem estão menos presentes (Nations and Rebhun, 1988, p. 160).

Parece existir, aqui, uma tentativa de separação entre a dor expressa e a dor sentida, separação esta que, de acordo com as autoras, é claramente verbalizada pelas informantes.

Outro aspecto importante na diferente compreensão dos sentimentos decorre das teorias que informam as três antropólogas em relação à cultura das chamadas classes populares. Entendemos, como Nations and Rebhun (1988), que a interpretação de Scheper-Hughes mostra-se fortemente identificada com as teorias do fatalismo. Mais precisamente, é possível ver, em várias passagens, uma significativa influência da teoria do "bem limitado" de George Foster, citado em Nations and Rebhun (1988, p. 144), segundo a qual os camponeses mexicanos entendem que todos os bens desejáveis, inclusive emoções e sentimentos, existem em quantidades limitadas. A escassez de bens parece estar implícita na própria concepção de Scheper-Hughes a respeito da natureza das emoções, como se depreende deste comentário sobre as instituições do compadrio e dos filhos de criação: "Ambas instituições pressionam recursos emocionais e materiais limitados, distribuindo-os em quantidades ainda menores entre uma rede mais ampla de pessoas" (Scheper-Hughes, 1997, p. 107). Como já dissemos, a associação entre a escassez material e a escassez de sentimentos é feita desde a própria explicitação da temática no seu livro: "O livro trata sobre cultura e escassez, ambas no seu sentido material e psicológico" (p. 26).

Bem diversa é a concepção de Nations and Rebhun. Para estas, as alusões à vontade de Deus que as mães com frequência fazem em relação à perda de seus filhos não são reveladoras da sua passividade, como quer Scheper-Hughes. Trata-se de justificativas *a posteriori*, racionalizações para explicar a perda mas não roteiros de atitudes. Nesse sentido, embora não haja maior desenvolvimento do tema no artigo, é possível rastejar uma visão dos sujeitos enquanto agentes, capazes de encontrar alternativas e de lidar criativamente com as estruturas ao seu redor.

Considerações finais

Neste ensaio, tentamos apontar alguns caminhos para uma melhor compreensão do debate sobre o sentimento materno e a mortalidade infantil. Nos limites deste trabalho, não foi possível ir além dessa leitura incipiente. Retomando nossa preocupação inicial, pensamos que uma aproximação antropológica "nativa" a essas temáticas é mais do que pertinente nos tempos atuais. Em primeiro lugar, como já dissemos, pelo forte impacto que a obra de Nancy Scheper-Hughes está produzindo fora do país. Apesar de sabermos da existência de duas importantes resenhas de autores brasileiros, publicadas em

periódicos internacionais⁸, ainda é discreta a contribuição nacional a esse debate.

Um dos aspectos polêmicos da interpretação de Scheper-Hughes é sua visão das mulheres pobres pelo viés da falta e do fatalismo. O quadro que ela apresenta corresponde à forma como os países do chamado Terceiro Mundo têm sido retratados nos chamados países desenvolvidos, e não apenas lá. Estereótipos sobre os pobres e a pobreza são também produzidos pelas classes dominantes no Brasil. Aqui, alguns autores, entretanto, têm se preocupado em questionar tais interpretações, mostrando o universo das classes populares por outro viés que não o da falta (ver Sartri, 1996; Fonseca, 2000; Duarte, 1986 e Heilborn, 1997). Acreditamos que a incorporação desses conceitos daria uma outra significação à problemática, traduzindo melhor a complexidade com que essas populações organizam seu cotidiano. Nesse sentido, o artigo de Nations and Rebhun, ao tentar se afastar das teses fatalistas e da negligência seletiva, consegue pincelar o *ethos* das classes populares de uma forma mais rica e menos estereotipada. Lamentamos que a obra dessas autoras não tenha alcançado a mesma dimensão da sua conterrânea.

Uma atualização do debate – realizada, desta vez, desde a nossa “periferia” – se faz necessária também face à mudança que vem ocorrendo nas taxas da mortalidade infantil e de fecundidade no país, nas últimas décadas. Contribuíram para a redução dessas taxas inúmeros processos desenvolvidos por organismos nacionais e internacionais, muitos deles localizados na área de saúde (Franch, Falcão & Silva, 1999). É interessante perceber que o *locus* desses processos é o comportamento das mães, e a estratégia principal é o incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses da vida da criança. Neste novo contexto, revisitar o debate sobre sentimento materno e mortalidade infantil ganha um renovado interesse. Como se deu a passagem de uma visão das mães enquanto causadoras até da morte dos seus filhos a uma percepção das mesmas como aliadas indispensáveis na luta contra as altas taxas de mortalidade? Foi o sentimento materno que mudou? Quais os pressupostos sobre os quais essas novas políticas se erguem? Quem são hoje os avaliadores da vida e da morte das crianças? Quais são os itinerários terapêuticos percorridos na atualidade e qual a relação entre os vários sistemas? Será que a crença em anjinhos tem, nos dias que correm, o mesmo peso que há vinte anos atrás? É possível se pensar esse debate em relação ao pai da criança, levando-se em consideração as significativas mudanças na atuação de homens e mulheres nos domínios público e privado?

Longe de encerrar o debate, nessas considerações pretendemos apenas chamar a atenção para um domínio no qual muito há ainda o que discutir.

⁸ Margolis, M. Resenha do livro de Nancy Scheper-Hughes, *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. In: *American Anthropologist*, 95:496, 1993; Santos, R. Resenha do livro de Nancy Scheper-Hughes, *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. In: *American Journal of Human Biology*, 7(1):100-101, 1995.

Referências bibliográficas

- ARIÈS, Philippe. (1986). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- BADINTER, Elisabeth. (1980). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel. XVIIe-Xxe siècle*. Paris: Flammarion.
- DUARTE, Luís Fernando. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zorge Zahar Editor/CNPq.
- FRANCH, Mónica; LAGO-FALCÃO, Tânia & SILVA, Vera da. (1999). *Mortalidade infantil: uma perspectiva antropológica*. Recife: PPGA-UFPE, (mimeo).
- FRANCH, Mónica & LAGO-FALCÃO, Tânia. (2000). Crianças que são anjos: o simbolismo da morte de crianças no Nordeste brasileiro. Trabalho apresentado na 22ª Reunião Brasileira de Antropologia, Brasília, mimeo.
- _____. (2000). Mulheres rezando lágrimas: o interdito do pranto entre as mães nordestinas. Trabalho apresentado no X Ciclo de Estudos sobre o Imaginário. Recife, mimeo.
- FONSECA, Cláudia. (2000). *Família, fofoca e honra. Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS.
- HEILBORN, Maria Luiza. (1997). O traçado da vida: gênero e idade em dois bairros populares do Rio de Janeiro. In: MADEIRA, Felícia Reicher. *Quem mandou nascer mulher: Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos.
- NATIONS, Marilyn K. & REBHUN, Linda A. (1988). "Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect". In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12: 141- 200.
- NATIONS, Marilyn K. et al. (1997). *Rezas e soro salvando crianças: como motivar passo a passo os curandeiros populares a curar a diarreia e desidratação na comunidade*. Fortaleza/Ceará: Fundação Instituto Conceitos Culturais & Medicina.
- PEIRANO, Mariza. (1995). *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- REBHUN, Linda. (1993). "Nerves and Emotional Play in Northeast Brazil". *Medical Anthropology Quarterly*, 7, nº2: 131-51.
- _____. (1994). "A Heart Too Full: The Weight of Love in Northeast Brazil". *Journal of American Folklore*, 104, nº423:167-80.
- _____. (1995). Contemporary Evil Eye in Northeast Brazil. In: BENDIX, R. and LÉVY ZUMWALT, R. (eds.). *Folklore Interpreted: Essays in Honor of Alan Dundes*. New York: Garland, pp. 213-233.
- _____. (1999). *The Heart is Unknown Country: Love in the Changing Economy of Northeast Brazil*. Stanford: Stanford University Press.
- SARTI, Cynthia Andersen. (1996). *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas, São Paulo: Autores Associados.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy. (1992). *Death without weeping - the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley, Los Angeles: Univ. of California Press.
- _____. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Editorial Ariel.

_____. (1984). "Infant mortality and infant care: cultural and economic constraints on nurturing in Northeast Brazil". *Social Science and Medicine*, 19, 5: 535-546.

SCOTT, Russell Parry. (2004). Antropologias nacionais e articulações internacionais: Brasil e Estados Unidos. In: OLIVEIRA, Marcos Guedes de (org.). *Brasil e EUA no novo milênio*. Recife: NEA/Ed. Universitária da UFPE, p. 101-126.

SIGAUD, Lygia. (1995). "Fome" e comportamentos sociais: problemas de explicação em antropologia. *Mana*, 1(1), 167-175.

RESUMO

Será que elas sofrem? Algumas observações sobre Death without weeping de Nancy Sheper-Hughes

Neste trabalho são discutidas diversas interpretações acerca do sentimento de mães de "anjinhos" no Nordeste, que têm em comum o fato de ter sido elaboradas e divulgadas (principalmente) fora do Brasil. Em 1992, a antropóloga Nancy Scheper-Hughes lançava nos Estados Unidos aquele que se tornou o renomado livro *Death without Weeping – the violence of everyday life in Brazil*, baseado em observações realizadas num município da mata pernambucana no período de 1964 a 1984. Um dos argumentos mais polêmicos da obra foi a tese da "negligência seletiva", segundo a qual, resumidamente, as mães realizariam um menor investimento afetivo e material naquelas crianças que percebem mais frágeis, como uma forma de lidar com as elevadas taxas de mortalidade infantil. Ainda sem tradução ao português, *Death without Weeping* é considerado leitura obrigatória para antropólogos e especialistas no Brasil e em inúmeros centros acadêmicos internacionais, afetando certamente sua visão sobre o país. Não é essa, entretanto, a única aproximação ao sentimento materno no debate antropológico além das fronteiras nacionais. Com base em observações em áreas rurais e urbanas do Nordeste, as também norte-americanas Linda Rebhun e Marilyn Nations publicaram vários artigos a respeito da relação mãe-filho, fazendo uma severa crítica à tese da negligência seletiva. Por que dados semelhantes conduzem a interpretações radicalmente diferentes sobre as emoções? É possível "checar fontes" em antropologia? Essas questões do debate serão postas em relevo, numa tentativa de dialogar com as interpretações "de fora" a partir de um olhar antropológico "de dentro".

Palavras-chave: sentimento materno; mortalidade infantil; antropologia

ABSTRACT

Do they suffer? Some observations about Death without weeping by Nancy Sheper-Hughes

This paper discusses several interpretations on what mothers feel when they lose their children in Northeast of Brazil. These interpretations have in common the fact of having been written and spread (mainly) outside of Brazil. In 1992, the anthropologist Nancy Scheper-Hughes published in United States her well-known book *Death without Weeping – the violence of*

everyday life in Brazil. It was based on observations conducted in a city in the area of sugar plantation, in Pernambuco, in several months between 1964 and 1984. One of her findings was the thesis of the “selective neglect”, meaning that mothers gave a weaker affective and material investment in their fragile children, as a way of dealing with high rates of infant mortality rates. The book has not been translated into Portuguese yet, but it is well consulted by other anthropologists, specialists in Brazil, from international academic centres. Other American anthropologists, however, have had a very different approach to the same matter. Based on observations on rural and urban areas in Northeast, Linda Rebhun and Marilyn Nations published several articles on mother-child relations, where they criticized the thesis of selective neglect. Why similar information lead to interpretations radically different about emotions? Is it possible to ‘check’ sources on anthropology?

Keywords: mother’s feelings; infant mortality; anthropology

Recebido para apreciação: janeiro de 2004

Aprovado para publicação: abril de 2004

Artigos

ORGANIZACIÓN DEL CICLO PRODUCTIVO Y EL NUEVO MUNDO DEL TRABAJO EN LA ACTUAL COMPETICIÓN GLOBAL

Luciano Vasapollo

1. Fase económica, organización del ciclo productivo y el nuevo mundo del trabajo

A través de un proceso objetivo y científico, que ha sido efectuado por el análisis-encuesta de CESTES-PROTEO, se ha podido realizar, en el mismo ámbito de estudio, el análisis económico internacional (EuroBang), y nacional (No/Made Italy, EuroBang2) para evaluar las modalidades de instalación del sistema económico sobretodo concentrado y especializado en un determinado sector o en determinadas probabilidades productivas, vinculándolo a una población socialmente y territorialmente caracterizada en forma coherente (La conciencia de Cipputi, EuroBang3).

Se han podido así individuar mejor las dinámicas evolutivas del desarrollo económico, los cambios en acto y los diversos modos en que se presentan las actividades productivas en la fase económica de la información. En particular, se han individuado las actividades de carácter terciario y las fases del ciclo productivo industrial exteriorizadas y deslocalizadas que evidencian su difusa presencia en todo el territorio nacional, convirtiéndose en factor no sólo característico del desarrollo de la economía de Italia en su generalidad y de los países centrales, sino también de aquellos periféricos, del mundo del capitalismo avanzado.

La redistribución territorial del dominio no se determina por una simple descentralización del capital y no se produce exclusivamente por la valorización de los recursos locales, sino es debida sobretodo por los intensos procesos de reestructuración del capitalismo que, en la búsqueda de la competitividad en el ámbito internacional, determina eficiencia a partir sobretodo de la organización de fuertes modalidades especiales y sectoriales de la fuerza trabajo y de la diversificación de los proyectos de flexibilidad del trabajo y del salario.

Los resultados generales del análisis-encuesta y de la investigación, que se basan en los trabajadores, conducen a algunas reflexiones que permiten comprender mejor las modalidades a través de las cuales se redefine la nueva fase económica y las características de la relación capital-trabajo. La progresiva mutación socio-económica de la sociedad capitalista, los cambios culturales y las necesidades creadas, las transformaciones generales vinculadas al proceso tecnológico, han llevado, durante el curso de este último siglo, a la afirmación de varios modelos de desarrollo en la producción industrial de masa.

Actualmente se habla de la así llamada "globalización de la economía" por el libre juego de las Leyes del mercado; por lo tanto, es necesario evaluar

este juego en toda su extensión, siguiendo todos los procesos evolutivos, para interpretar la actual fase del capitalismo, es decir de los capitalismos, con las diferentes formas de presentarse. Esto significa analizar los mecanismos de gestión de la crisis del modelo fordista y de las vinculadas modalidades a través de las cuales se presentan las actuales varias fases del desarrollo económico-social que, de toda forma, son finalizadas al objetivo de evitar una intensa desvalorización del capital, manteniendo al mismo tiempo un dominio mundial basado siempre en la misma organización del proceso de producción capitalista.

Así se comprende como en Estados Unidos se haya afirmado, al inicio del siglo veinte, el así llamado modelo taylorista-fordista, con la introducción de tecnologías mecánicas en la producción y en la subdivisión del proceso en singulares y numerosas operaciones para actuar en la mejor forma y en el menor tiempo posible. La partición del trabajo, la producción de masa de bienes en serie estandarizada, caracterizan este modelo que, dependiendo de la creciente demanda de bienes de consumo, ha tenido su crisis a comienzos de los años 70 con la saturación de la demanda y la disminución de la productividad.

Entre las principales características del fordismo, recordamos la presencia de mercados estables de masa, de la producción en serie, de un modelo organizado por realizaciones industriales, de la concentración y centralización de las empresas y el fundamental papel del Estado en la regularización económica.

Los métodos productivos fordistas fueron aplicados por primera vez en 1913 por la sociedad automovilística creada en Detroit por Henry Ford y luego se difundieron rápidamente en el ámbito de la industria manufacturera. Con el término fordismo, nos referimos entonces a un conjunto de reglas relacionadas no solamente con la organización de la producción (en particular el papel de la mano de obra), sino también a los objetivos de la actividad productiva y a la modalidad de resolución de los conflictos. Sin embargo, como la mayor parte de los compromisos, también aquello fordista encerraba en si los gérmenes de la propia destrucción. La intensificación del trabajo y la alienación de los trabajadores llevaron a formas esporádicas y carentes de resistencia y de coordinación, pero capaces de condicionar un sistema productivo vulnerable por el alto grado de automatización y de complejidad. El elevado volumen de capital invertido en los implantes volvía cada vez más penalizados los paros de los obreros y los calos de productividad, deprimiendo la tasa de beneficio. Hacia finales de los años sesenta, los presupuestos del fordismo se ponen en discusión por el creciente antagonismo de los partidos sociales, precisamente cuando el empeño de mantener la plena ocupación y los costos crecientes del Estado social creaban fuertes tensiones en el ámbito de Gobierno. Esta "crisis" del fordismo ha inducido a muchos observados a sostener que el capitalismo de mercado ha pasado a un sistema post-fordista de producción y de realización social. Es difundida la opinión que los métodos productivos, basados en las nuevas tecnologías, en particular en la microelectrónica y la informática, han determinado el vuelco de muchas

características del fordismo, asociadas al crecido nivel de automatización colectiva, creando un nuevo individualismo; el papel social desarrollado de los sindicatos se ha redimensionado y, al mismo tiempo, se ha verificado una sensible contradicción de la intervención del Estado en la economía, en particular en el sector industrial, como demuestra el difundido proceso de privatización en la economía de mercado desarrollado... La naturaleza de los efectos de las instituciones económicas, que caracterizan la época post-fordista (del predominio del terciario privado a la proliferación del trabajo autónomo y para-subordinado, de las privatizaciones al restablecimiento de una estructura no igualitaria de las retribuciones), por su heterogeneidad y consecuente divergencia de marchas y resultados, es todavía difícilmente determinable y continúa siendo objeto de grandes debates¹.

Hay que recordar que el sistema fordista ha dominado la escena económica por más de sesenta años (desde la primera década del siglo XX), pero ya a partir de los años 70 en adelante, se verificaron las primeras contradicciones que ya no hacían posible este modelo, entrando así en el ciclo del "post-fordismo".

En los últimos veinticinco años, el modelo consolidado de democracia capitalista, nacido en Estados Unidos con el fordismo, en todos sus diversos modos de presentación, se ha disuelto cancelando aquel concepto de sociedad civil y de civilización que había inaugurado el ingreso en la modernidad capitalista, causando el desmenuzamiento de toda la estructura productiva preexistente y destruyendo las mismas formas de convivencia determinadas por el modelo de mediación social de forma keynesiana.

Para comprender profundamente la actual fase de competencia global, es determinante vincularla al análisis de la organización del ciclo productivo, con las características del tejido productivo y social, con papel del estado, con las relaciones entre las áreas internacionales de su estructura económica, de los intereses generales de dominio y expansión que determinan además de las guerras financieras y económico-comerciales también las verdaderas guerras guerreadas; con todas las problemáticas fuertemente conexas, cada vez más determinantes y estratégicas en la época de pasaje de la era fordista a aquella así llamada post-fordista.

Se está actuando un intenso proceso de territorialidad de deslocalización de carácter nacional e internacional de la economía explicable no sólo con fenómenos de reestructuración y reconversión que afectan la industria, mutando el mismo modo de presentarse del modelo de desarrollo, es decir de crecimiento capitalista. Se afirma una lógica económico-productiva diferente, aquella de una nueva acumulación generalizada, cada vez más diversificada en los modelos de producción y en la organización del trabajo respecto a los procesos productivos anteriores, que convive con los modelos de tipo industrial y con al centro siempre el trabajo dependiente, asalariado, con lógicas cada vez más desenfrenadas de explotación, con extorsiones cada vez más macizas de plusvalor absoluto y relativo.

¹ <http://spazioinwind.liberto.it/rfiorib>

El derrumbe del modelo fordista ha provocado el nacimiento de los nuevos modelos de la así llamada acumulación flexible. El principio que guía esta fase se basa en el hecho que es la demanda a fijar la producción en relación con modelos de eficiencia productiva y desfrenada competencia, aunque a menudo imperfecta. Por lo tanto, la competencia se base cada vez más sobre la cualidad del producto, la calidad del trabajo, con un nuevo papel asignado al llamado capital humano, al capital intelectual, en un modelo cada vez más caracterizado por recursos inmateriales del capital intangible, del capital información puesto directamente en producción.

Los procesos productivos son afectados por los efectos de todos los progresos obtenidos en el campo de la información, de la comunicación y del conocimiento, en un contexto post-fordista de acumulación flexible, basado en los recursos financieros y en los recursos del capital intangible e intelectual, en un sistema informativo en red.

Se puede afirmar que el capital intelectual, humano y estructural, es constituido por todos los conocimientos, informaciones y experiencias capaces de crear nueva riqueza. Se trata, por lo tanto, de poner inmediatamente en producción también los elementos inmateriales del capital humano y de la abstracción; se trata de los nuevos recursos humanos y no tangibles que, en estos últimos decenios, tienen importancia siempre mayor en clave de estrategias de diferenciación para la competencia global.

Una estructura del capital que se acompaña al trabajo manual mal retribuido, deslocalizado y cada vez más no reglamentado, de flexibilidad impuesta y de precariedad del trabajo y de todo el vivir social. La misma es vinculada también a servicios externalizados y de escaso contenido de garantías, y no a las relaciones entre cantidad producida y precio (elementos típicos del fordismo).

Esto significa que no existen todavía elementos típicos de los procesos fordistas: además el así llamado modelo post-fordista, característico del área central de los países de capitalismo avanzado, convive con un típico modelo todavía fordista de la periferia y con métodos esclavistas de los países de la extrema periferia (donde por extrema periferia se entienden también algunas áreas marginadas del centro). Todo esto porque hoy conviven las diferentes caras de un mismo modo de producción capitalista basada en la extorsión del plusvalía y del plus/trabajo.

El auto-empresariado, la precariedad del trabajo, la flexibilidad del salario, la ocupación con contrato a tiempo determinado, el tele trabajo, el trabajo intermitente, multifuncionalidad del trabajo, la fábrica difundida e integrada, representan la verdadera participación de los trabajadores en el incremento de la productividad. A través de una flexibilidad empresarial generalizada en la parte social, se consigue la terminación de las nuevas modalidades de acumulación flexible del capital procedente de siempre mayores calidades de trabajo social general distribuido con modalidades tecnológicas y retribuciones diversas, a través también del papel decisivo tomado por el Profit State.

Todo esto ocurre también a través de la función específicamente productiva de los recursos de capital intangible basados en la información y comunicación y con su utilización como apoyo a los procesos de desreglamentación, por un ataque dirigido a los derechos y al derecho del trabajo, con la desaparición en el territorio y en la precariedad de todo ciclo del vivir social de la clase obrera y de toda la fuerza del trabajo. Todo esto es posible precisamente a partir de la discusión sobre el papel del Estado intervencionista, ocupador y regulador del conflicto social a través de las políticas keynesianas.

Del análisis-encuesta (de Eurobang a No/Made Italy hasta la actual investigación sobre la conciencia di Cipputi) se evidencia claramente que hay que considerar con un diverso punto de vista la relación entre Estado y mercado. En esta situación, se evidencia la presencia de una oferta que ya no crea la demanda sino, al contrario, es la demanda la que determina el tiempo de producción; es necesario entonces equilibrar en tiempo real la relación entre demanda y oferta (Just in time, por ejemplo) desde cuando el mercado ya no es capaz de absorber la oferta de productos y la producción de atenerse a sus reglas. El empresario tiene como objetivo principal aquello de maximizar el beneficio y en la producción fordista esto se realizaba sobretodo a través de un crecimiento del Estado social que permitiera también a las clases menos acaudaladas consumir y comprar (el salario presentaba entonces un costo y una renta). En la nueva situación, el salario se convirtió sólo en un costo que había que reducir lo más posible.

Por esta razón el Estado social, sea como redistribuidor de renta que como medio fiscal, sea como creador de rentas, representada por el capitalista post-fordista un factor de molestia para eliminar. De una parte se considera como la causa del costo excesivo del trabajo (gravámenes sociales y cobranza fiscal) y de la otra como causa del costo excesivo del dinero (aumento de las tasas de interés para atraer ahorro hacia la deuda pública)².

En dicho contexto hay que llamar la atención al papel asumido, y que todavía puede asumir, la economía de la participación, como accionariado del trabajo difundido y popular, las formas de cogestión, del auto-empresariado, de colaboración activa en los procesos de calidad total, de cooperación social y de auto-organización, o también las mismas propuestas de reducción del horario de trabajo que no consideren los incrementos de productividad a través del aumento de la intensidad de los ritmos y de la saturación de los tiempos muertos, también llamada condensación, y del mayor recurso al trabajo extraordinario para prolongar la jornada laboral. Se trata, en cada caso, de formas más o menos ocultas de destajo generalizado vinculado al chantaje de la movilidad y de la flexibilidad del trabajo y del salario, con una cooptación productivo-empresarial y social de los trabajadores funcionales para el nuevo ciclo de acumulación flexible que el capital está viviendo.

² Marazzi C., "El puesto de las medias", Bllati Boringhieri, Turín, 1999, Pág. 106-107.

Las varias nuevas formas de colaboración de filiación cooperativa y de concertación han llevado sólo a la compresión de los derechos sindicales adquiridos con largas estaciones de luchas obreras, agudizando por otra parte las desventajas sociales del desarrollo, realizando un bloque social de un verdadero modelo unificador centrado en las relaciones industriales exclusivamente dirigidas a la actuación de la empresa y a la ruptura de la solidaridad y unidad de la clase de los trabajadores.

Pero detrás de los incentivos, las horas extras, las primas de producción, las acciones de los trabajadores, el trabajo autónomo de última generación, el desencantado desarrollo del empresariado local, la explosión del “pueblo de los empresarios” el no profit, la cooperación social, existe un capitalismo salvaje que crea falsos mitos; la conclusión es aquella de esconder las propias contradicciones que provocan incrementos notables de desempleo patente y evidente, precariedad del trabajo, negación de las garantías sociales y de las reglas elementales del derecho al trabajo y del trabajo.

En dicho contexto también las mismas varias y nuevas formas de colaboración de filiación cooperativa y de concertación llevan solamente a la compresión de los derechos sindicales adquiridos con largas estaciones de luchas obreras agudizando, por otra parte, las desventajas sociales del desarrollo. Se realiza, así, un bloque social fundado sobre un modelo social centrado sobre las relaciones industriales exclusivamente dirigidas a la actuación de la empresa y a la ruptura de la solidaridad y de la unidad de los trabajadores. Un modelo social que se realiza a través de modelos comunicadores, condicionando los comportamientos de toda la estructura social.

2. Procesos de predominio financiero y nueva globalización polarizada

La nueva globalización polarizada, o mejor, la moderna competición global, pone en juego no sólo el papel de la empresa fordista y el proceso productivo relacionado con ella, sino también las disposiciones internacionales financiero-bancarias, verdadero elemento de innovación en el proceso económico mundial. No existe solamente el predominio de un nuevo sistema productivo no localizado, sino también un nuevo sistema financiero, una nueva acumulación de capital –la llamada “acumulación flexible” de la era post-fordista–, basada en los procesos de predominio financiero en la economía y en el uso masivo del capital intangible, de los recursos inmateriales como la conciencia, la información, la comunicación, etc.

Por esta razón, Europa de Maastricht fue pensada como una alternativa a la globalización salvaje practicada por EEUU, para contraponer otro polo geoeconómico internacional con la intención de presentar una impostación económica y social de un capitalismo más moderado.

Es cada vez más evidente que los Tratados de Maastricht y de Ámsterdam tienen un carácter geopolítico, sobretudo respecto a Alemania en el contexto de la Unión Europea. El Tratado de Maastricht presentaba en sí mismo muchas ambigüedades. La estructura de Maastricht tenía que basarse sobre tres elementos: la moneda única, la política exterior y de seguridad

común, y la lucha contra la criminalidad. La moneda única y la integración política tenían que apoyarse recíprocamente. En cambio, ¿qué ocurre? El vínculo de los criterios de convergencia impuesto en Maastricht tiene un significado político y geoeconómico: divide los países estables y fiables del área de los países mediterráneos, creando problemas a las mismas multinacionales europeas.

La redistribución territorial del dominio no está determinada por una simple descentralización del capital, o producida exclusivamente por la valorización de los recursos locales. Es debida sobretudo a los intensos procesos de reestructuración del capitalismo que, en la búsqueda de la competitividad en el ámbito internacional, persigue la eficiencia a partir fundamentalmente de la imposición de una fuerte movilidad espacial y sectorial de la fuerza de trabajo, de la diversificación de los proyectos de flexibilidad laboral y salarial y de la libre circulación de los capitales con características especulativas fuertes.

En primer lugar hay que evidenciar que las inversiones, o más exactamente los procesos de decisión de las inversiones, constituyen un objetivo fundamental y estratégico de acumulación para el sistema-empresa - y, por lo tanto, también para los sistemas-países de economía de mercado en su conjunto -, ya que el conjunto de dichas decisiones crea la planificación estratégica de los procesos de expansión y acumulación de capitales.

Hace pocos años, los modelos de decisión de las empresas se fundaban sobre procesos de acumulación de capital en inversiones materiales; por lo que obtenían ventajas competitivas frente a las pequeñas empresas. En cambio, hoy, uno de los objetivos estratégicos que destaca el management de la empresa tras-fordista es conocer y acrecentar el valor empresarial, utilizando procesos de acumulación flexible fundados sobre recursos inmateriales y capitales, que permitan construir vías para una administración eficaz a partir de los mayores condicionamientos que nacen de una competencia desenfrenada. La misma turbulencia de los mercados y la desintegración de los viejos modelos de inversión y acumulación llevan a las multinacionales tras-fordistas hacia un nuevo examen de las decisiones de connotación estratégica, influyendo cada vez más en los modelos relacionados a la creación y distribución del valor de las empresas que utilizan formas de acumulación de capital financiero e intangible.

Los eventos de estos últimos años han marcado muy profundamente la economía y el desarrollo de todos los países europeos. La firma del Tratado de Maastricht y el nacimiento del Euro han condicionado la política de todos los países miembros de la UE. La idea sigue siendo aquella de crear un polo nuevo, para contraponerlo a aquello de los Estados Unidos, y permitir así que Europa pueda influir en forma más decisiva en los organismos internacionales (el G-7, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, etc.) que actualmente tienen en su poder el futuro del planeta. De esta forma se impone artificialmente una confederación cuyas finalidades de control van más allá de Europa Occidental, para imponer su dominio sobre los países del Este (antiguos satélites de Moscú) superando así, en una lógica de polo imperial, los aspectos ambiguos y las incongruencias procedentes de una solución no querida de los

males sociales de Europa Occidental. Así se obtienen ventajas para todos los nuevos sujetos financieros europeos, inversores institucionales, y a favor también de los trabajadores, los ciudadanos, con un crecimiento social de calidad. Sin embargo, las premisas e instrumentos que la UE se dio en su constitución preveían formas de protección social general.

Más allá de estas premisas e instrumentos previstos para la ayuda al empleo y la protección social, hasta ahora la liberalización de los intercambios junto a la desregulación y el desmantelamiento de la legislación protectora de los salarios, han permitido que en la UE grupos de multinacionales hayan podido, más bien, explotar simultáneamente las ventajas de la libre circulación de mercancías y de las fuertes disparidades entre los países, regiones y lugares situados en el interior del propio mercado único europeo. El gran mercado continental garantiza en la actualidad a los grupos económicos-financieros de las multinacionales total libertad de elección de los distintos elementos que constituyen una producción integrada en el ámbito internacional, respondiendo también a las exigencias de las estrategias de diferenciación de la oferta y de la fidelidad de la clientela, exigencias propias de la competición oligopolista, en una situación en la que se ha determinado voluntariamente una fuerte precariedad y flexibilidad del mercado laboral.

El peso económico y comercial de Europa, gracias a este proceso de internacionalización económica, comercial y financiera, tendrá que enfrentarse con aquello de Estados Unidos y del polo asiático. Todo esto llevará a un gran cambio de carácter "multipolar" en las relaciones del mercado mundial con diferentes configuraciones geopolíticas y geoeconómicas para los nuevos bloques económicos subglobales.

Así que se constituyeron tres polos económicos, aunque la confrontación entre ellos es todavía difícil. El coloso norteamericano obtiene de su propia fuerza interna y de la propia hegemonía política una posición de primacía que le permite amortiguar con gran facilidad los efectos desestabilizadores que sus mismas políticas producen dentro y fuera del país, a través del papel que juegan los mercados financieros. El polo asiático ha perdido el papel de guía de Japón y sufre, reciente, una fuerte debilidad provocada por la crisis asiática, aunque sí puede contar con una trama de intereses que incluye el eje ruso-chino-indio, con extensiones estratégicas también al Japón. Esto puede llevar a una política exterior y a una política económica centralizada. En cambio, para Europa es necesario poner en marcha un proceso que la lleve a adquirir, a través de profundas transformaciones, las características de una verdadera y propia "economía continental", con un proyecto político unívoco.

3. Competición global e inversión directa extranjera (IDE)

La situación económica y las disposiciones monetarias en las que se encuentra Europa desde la constitución de la UE, han determinado que el mismo proyecto de una reconversión de tipo "keynesiano" haya fallado, a través de una gran gama de proyectos e infraestructuras capaces de sustituir las políticas restrictivas, de re-equilibrio y de convergencia, que funcionan en cada país y que son dirigidas a la permanencia en la Unión Monetaria Europea.

En efecto, se ha aplicado un tipo de política económica monetarista restrictiva que ha conducido a la desastrosa situación ocupacional y social que hoy se está viviendo en Europa, sea en la fase anterior de crecimiento económico como en la actual de crisis y recesión, y que sin embargo no es acompañada por un desarrollo social global.

El aspecto que más se evidencia es la precariedad del trabajo³ como elemento constitutivo de la nueva división del trabajo. Son un ejemplo el contrato de préstamo de la fuerza de trabajo, la competencia mundial entre los trabajadores, y la devaluación y desvalorización del trabajo dependiente asalariado⁴.

A este proceso se une un ataque al salario directo, indirecto, diferido y social; se pone en discusión el servicio sanitario nacional con violentos procesos de privatización, la Seguridad Social, la salud, la escuela, las jubilaciones en general; en definitiva, el conjunto del Estado social que había sido una conquista de las luchas del movimiento obrero hasta los años 70⁵.

Todo esto ocurre en una fase en la que Europa experimenta un incremento de la productividad entre los más altos de los últimos años. Sin embargo, el desempleo y la precariedad del trabajo y de la vida no se han visto alterados sustancialmente; es más, han empeorado, y en el sur de Italia o de España, así como en otras muchas áreas de Europa, alcanza niveles altísimos.

Además, a la debilidad política se suma una impresionante debilidad social impuesta por los vínculos monetaristas de la Europa de Maastricht y de Ámsterdam. Europa, en el modo que se está construyendo en este momento, contribuye a debilitar la acción político-social y el gasto social en dos formas distintas.

En primer lugar, por medio del compromiso del poder en acción desde hace más de 20 años, los países se ponen de acuerdo para establecer una moneda única pero rechazan una acción pública eficaz que sirva a las opciones y a las necesidades reales de la sociedad. Se elige la vía de la privatización, que es mucho más fácil que la regularización y las reformas, para realizar un sistema público eficiente capaz de mejorar también las formas de democracia representativa.

Una consideración muy clara que emerge de la observación de los procesos de privatización se refiere al hecho que, donde las empresas públicas han sido privatizadas no sólo se han producido fenómenos de flexibilidad, de precariedad y de expulsión de mano de obra, sino se afirma también que ya se puede hablar de la defensa de sectores estratégicos de una nación en un mercado global. Esta lógica ha generado la destrucción de capital humano fuertemente especializado, ya que donde se genera desempleo, afecta a aquellos

³ Es decir trabajo precario, trabajo en negro, trabajo oculto como fenómeno que ya no es marginal.

⁴ Piénsese en la pérdida del salario real también cuando aumenta la inflación, cosa que antes no existía por a la escala móvil.

⁵ Cfr. R. Martufi, L. Vasapollo, *Le pensioni a fondo*, Mediaprint, Roma, 2000.

obreros y empleados que, por sus experiencias de años, han obtenido un mayor nivel en la investigación y en la especialización.

Otro aspecto evidenciado en el análisis del proceso de privatización que se está realizando, tiene que ver con la introducción de capitales extranjeros. La introducción de estos capitales extranjeros se anexa al hecho que, a través de pequeñas posesiones de acciones, se puede poseer todo el capital de empresas que han construido la historia económica, provocando la desaparición de un desarrollo empresarial nacional sano.

Hay que pensar al capital-inversión como una unidad diferenciada y jerarquizada, que incluye el capital productivo (también la IDE), el capital comercial y el capital-dinero (o inversión financiera). Al mismo tiempo hay que resaltar además que el fenómeno de la internacionalización se realiza con el comercio internacional y con la inversión directa productiva en el extranjero (IDE), a través de los cuales una empresa adopta las características de multinacional construyendo o adquiriendo sucursales de producción en distintos países. Esta forma de inversión se enfrenta con distintas exigencias, como:

- * Imposibilidad de producir cantidades suficientes en el país de origen, en particular por lo que atañe al sector primario, causadas por la escasez de recursos naturales;

- * Imposibilidad de vender cantidades suficientes en los países de destino tanto por los mismos productos como por las barreras de protección;

- * Posibilidad de sacar beneficios de las ventajas comparativas macroeconómicas en los países en que se instalan, en particular en los Países Subdesarrollados, que generalmente tienen un nivel salarial bajo. (Véase G. Lafay, *Capire la globalizzazione, il Mulino, Bologna 1996*, pp. 40-41).

Un aspecto que merece particular atención en el contexto actual de competencia global, y al mismo tiempo de creciente integración de las estructuras industriales, atañe a la internacionalización de las unidades que se ocupan de la investigación y el desarrollo.

Desde siempre, por su contenido sumamente estratégico, estas actividades se concentraron cerca de las casas matrices de las empresas multinacionales de los tres polos (EE.UU., UE, Japón), realizando la introducción y el desarrollo de sistemas de producción más flexibles y tecnológicamente avanzados. En los últimos años, junto a los procesos de internacionalización productiva, se están afirmando mayormente unos procesos de deslocalización de las actividades de investigación y desarrollo (I&D) por parte de las grandes multinacionales, junto a la construcción en el exterior de unidades y laboratorios organizados para mejorar la eficacia global de la producción, excluyendo duplicaciones de actividades que ya existen en otros países.

Las principales razones que promueven esta descentralización de las unidades de investigación y desarrollo, se encuentran en la necesidad de alcanzar los mercados exteriores con una competitividad cada vez mejor, acercándose a los clientes clave, llegando a contactar con las nuevas tecnologías

siempre en evolución y que se puedan encontrar en los centros que alcanzan un nivel sobresaliente en enseñanzas científicas específicas. A menudo se realiza una creciente dispersión geográfica de las actividades de desarrollo tecnológico, razón por la cual las multinacionales realizan unos procesos de coordinación e integración entre ellas. Del adelanto de la gestión, llegamos a considerar un modelo de empresa multinacional "integrada en forma de red".

Son dos los factores determinantes de este proceso de desarrollo: la deslocalización de las actividades cercanas a las fuentes y áreas de recursos inmateriales (por ejemplo, patentes de inventos, know-how, y en particular el proceso de engendrar conocimientos), y la aptitud para integrar estos procesos optimizando los resultados. La ventaja principal es la de disfrutar mejor del progreso tecnológico, rebajando los costes de administración, sobretodo gracias al derribo de barreras para alcanzar un nivel sobresaliente en el capital intangible.

Actualmente, el efecto conjunto de los mercados solventes en el ámbito internacional, de la tecnología contemporánea y la internacionalización de las unidades de investigación y desarrollo, y del nuevo régimen judicial de los intercambios internacionales y de los movimientos de los capitales, determina los intereses de los réditos, y con ello la elección de la localización de las inversiones. Éstas adoptan por tanto la forma de inversión productiva, es decir de inversiones dirigidas al extranjero, utilizadas en la práctica por aquellas empresas que quieren establecerse en otros países a través de la creación de nuevos establecimientos productivos o adquiriendo cuotas de participación de sociedades que ya existen (es decir: "esta forma de inversión se lleva a cabo adquiriendo el poder de decisión en una empresa extranjera. Esta incluye nuevos establecimientos, fusiones, adquisiciones corrientes entre la empresa matriz y sus sucursales en el exterior; además, una porción de estas inversiones puede asumir la forma de adquisición de cuotas del capital de la sociedad." (Véase Eurostat, L'Europa in cifre, terza edizione, p. 241).

De esta manera, se pueden utilizar los recursos disponibles para inversión financiera, para ganancias más fáciles y rápidamente disponibles como dinero potencial, pero a la vez capaces de generar procesos desestabilizadores de la economía.

Este mecanismo se afirma por fin a fines de los ochenta, cuando se pudo entrever un sistema central más largo e interdependiente respecto a aquello del capitalismo de los sesenta y setenta, cuya primera función era la de dejar progresar la estrategia de competencia. Este modelo consigue su objetivo a través de la organización de la producción interior en los países con capitalismo avanzado y a través de las más eficaces estrategias tecnológicas de producción y capitalización, sobretodo gracias a la naturaleza y las formas de los acuerdos logrados con otras zonas de medio o bajo nivel de progreso.

La relación entre capital transnacional, áreas de diferentes influencias y cada país, se determina por la nueva división internacional del trabajo y además por la colocación de cada una de las economías nacionales frente a la expansión y redefinición de los polos geo-económicos. En efecto, los fenómenos de interconexión entre específicas economías nacionales, que operan a través de la exportación de capitales, son una realidad hace ya un siglo. Lo que es nuevo

es el papel de las inversiones financieras, en particular las de naturaleza comercial, así como el extremado acrecentamiento de la IDE, favorecidos ambos por una fuerte liberalización y circulación en el mercado mundial y por la fuerte relación con el capital internacional, todo bajo un solo proyecto de planteamiento estratégico centralizado. Este realiza una especie de proceso aparente de determinación monopolística del capital que, si de alguna manera puede ser útil a las grandes instituciones del capitalismo financiero, también empuja hacia una fuerte competitividad entre los grandes dominios oligopolistas, sobretodo del capital industrial.

En los últimos años, cuando se ha vivido una época de fuerte aumento económico internacional, ha sido posible que las empresas italianas cubrieran, por lo menos en parte, el gap que en los años ochenta habían acumulado respecto a las empresas que procedían de las demás potencias económicas mundiales, tanto de Estados Unidos y Japón como de los demás países europeos, respectivamente. Italia participa así en la competencia entre Europa y EE.UU., una competición dura que se lleva a cabo sobre todo por el dominio de Eurasia, con características geopolíticas y geoeconómicas cumplidas con la entrega de los IDE (inversiones directas exteriores).

A partir de las consideraciones anteriores, resulta que hay que estudiar la competición global en el contexto de la mundialización con instrumentos analíticos que nos permitan hacer un análisis en muchos niveles interconectados, pero analíticamente diferentes. El primer nivel atañe al orden de los capitales, es decir de las inversiones, porque son determinados y determinan la acumulación como proceso-entidad dirigido a la autovalorización del capital.

La integración aparentemente creciente de la economía mundial, junto a formas de competencia internacional cada vez más escrupulosas —es decir, de competición global: fenómeno conocido ya con el nombre “globalización”— se explica, como ya hemos visto, por diferentes motivos: el comercio exterior, la producción transnacional, la circulación de los capitales. En éstos últimos, la IDE vuelve a tener un peso notable, porque se trata de inversiones de carácter productivo y constituyen la principal manifestación de las actividades de las empresas fuera de sus propios países, por lo que expresan los procesos dinámicos de acumulación efectiva de los grandes polos geoeconómicos internacionales.

Entonces es más claro porque la dinamicidad geográfica de los flujos de IDE representó, en los años 90, el instrumento principal del dogma de la “estabilidad político-económica global”, poniendo en el centro de la iniciativa capitalista, por lo menos en parte, la inversión productiva, que no puede estar totalmente sujeta a las dinámicas financieras.

4. La actividad de inversión directa en Europa

En Europa en particular, la actividad de inversión directa ha experimentado una fortísima subida desde la mitad de los años ochenta, junto al empuje del proceso de integración económica que ha supuesto el mercado único, con fuertes intentos de competitividad con EE.UU.

En 1995 Alemania, Gran Bretaña y los Países Bajos están entre los países más activos en el terreno de las inversiones en el exterior; nuestro país se sitúa en la graduación de los principales inversionistas a nivel medio-bajo, y está entre los últimos países que pueden atraer la circulación de los capitales.

En 1996 las inversiones en entrada descienden ligeramente frente a 1995; crecen las inversiones no equity, mientras disminuyen todas las demás.

Cinco países concentran más del 60% del total de las inversiones (Bélgica, Francia, Países Bajos, Gran Bretaña y Alemania en términos de inversiones pasivas), mientras que el 40% restante se reparte entre los otros diez países (entre los que destacan Italia, España y Suiza, tanto en entradas como en salidas).

En 1997 el fenómeno está todavía en expansión, mostrando valores más elevados que en el año anterior, con excepción de los beneficios reinvertidos del exterior, que muestran una disminución de algunas unidades.

El total de las inversiones de salida pasa de 70.920 millones de dólares en 1996 a 96.420 en 1997, subiendo un 36% en un solo año. Las inversiones de entrada crecen de manera muy escasa, alcanzando el valor de 63.958 millones de dólares en 1997. En 1997 la IDE que sale supera los 420 millones de dólares, llegando al 11% del PIB.

Es interesante también analizar su distribución por actividades económicas. Entre las categorías más dinámicas, observamos el sector manufacturero, donde Europa invierte en el exterior el 32,8% del total europeo, y recibe del exterior el 28,5%; en cambio la categoría de la agricultura resulta aproximadamente "ausente", marcando un porcentaje cercano a cero tanto en entradas como en salidas.

En los últimos años, el sector de los servicios está adquiriendo mucha importancia en el ámbito de la internacionalización productiva; en efecto, en 1996 el peso de las inversiones directas de este sector alcanza el 47% (salidas hacia el exterior) y el 48,9% (entradas del exterior). Entre ellos, tienen mucha importancia las actividades financieras que, en los años que estamos examinando, alcanzan en términos de actividad el 29,2% del total y el 61,4% del total de las inversiones de los servicios; en términos de pasividad los movimientos de capitales en las actividades financieras alcanzan el 19,4% del total y el 40% del total del sector.

En la redefinición de los territorios de expansión, Europa no experimenta la tradicional dependencia respecto a EE.UU. y la nueva frontera de los mercados euroasiáticos y del Mediterráneo deben ser utilizados también por Italia y por los demás países europeos, es decir por el polo UE con sus contrastes interiores.

Para ello se pueden considerar unos datos sobre la presencia multinacional en Italia⁶. Los datos más exactos se refieren al 1 de enero de 1998, día en que 1031 grupos multinacionales existían en nuestro país, con participación en las actividades productivas de 1769 empresas industriales participadas por ellos, que sumaban un total de 560.438 empleados. Las

⁶ Estos datos proceden del Banco de datos REPRINT (Politécnico de Milán), en el ámbito de las investigaciones sobre la internacionalización de la industria italiana, promovidas por el CNEL.

empresas industriales italianas bajo el control de empresas multinacionales extranjeras eran 1532, con 2381 empresas productivas y 458.691 empleados, mientras las empresas que en nuestro país controlaban por lo menos una empresa industrial eran 861.

Por lo que atañe a los datos de los últimos diez años, hay que subrayar que en este período el número de empresas multinacionales presentes en nuestro país se ha acrecentado de un 29%, el número de empresas participadas desde el exterior ha subido un 37%, y los empleados, un 23%.

La dinámica a largo plazo de la IDE italiana por áreas geográficas marca un cambio en los últimos años en la composición geográfica, confirmando el fuerte interés hacia América Latina, Europa Oriental y ciertas áreas asiáticas. En efecto, todas las incertidumbres de la política diplomática y económica exterior de Italia que revelaron los primeros años '90 con la guerra civil en Yugoslavia –incertidumbres aún mayores por la evidente sumisión a la hegemonía alemana y americana en esas áreas–, se han convertido ahora, en los últimos años, en un firme camino económico italiano, con mayor activismo diplomático y presencia militar.

Esta evolución describe bien el cambio en la estrategia que las multinacionales italianas han puesto en práctica en la competición global. En efecto los años noventa se han caracterizado, en la competencia global, por una fuerte tendencia a la ampliación de la llamada "Italia multinacional", que se refleja también en la dinámica de las agregaciones del comercio exterior.

Por el lado sectorial y de la producción, la inversión directa al exterior ha sido una vía muy importante para proporcionar a las producciones italianas un continuo desarrollo tecnológico. La IDE ha favorecido mucho los conocimientos y la utilización de los nuevos métodos de producción, convirtiéndose en el medio principal para transferir a Italia nuevas tecnologías que no se encontraban allí, favoreciendo así el papel italiano en la competencia y en la competición internacional.

Los años ochenta han sido testigo de una primera fase de aumento en los sectores con elevado contenido tecnológico, en particular los sectores de las telecomunicaciones, la electrónica e informática. Este proceso se ha desarrollado en los años noventa, y al final de este periodo se ha reforzado junto a la afirmación de todas las empresas que están empleadas en el sector de la Information and Communication Technology, más conocido como ICT. En cualquier caso, este fenómeno implica a todos los sectores productivos nacionales y ha concurrido a la modernización de las secciones más tradicionales del sector terciario, secciones y situaciones ofrecidas por parte de las empresas nacionales en las que nuestro país se encuentra todavía atrasado, por ejemplo el turismo, los transportes y la gran distribución.

Es en dicho contexto de transformación global y de reestructuración general capitalista que también el Estado social se transforma en Estado-Empresa, en Profit-State que asume como central la lógica de mercado, el salvoconducto y el incremento del beneficio, transforma los derechos sociales en oferta generosa de beneficencia, efectúa comunicación social que hace asumir el beneficio, la flexibilidad, la productividad como nuevas formas de "divinidad social", como filosofía inspiradora del único modelo de desarrollo

posible. Y todo esto es fuertemente percibido por los trabajadores, como demuestran claramente las respuestas al cuestionario de la investigación sobre los temas más políticos y relacionados con el papel del Estado en el mercado.

Se desarrollan y se refuerzan así fuertes procesos asociativos y de comprensión del conflicto funcional a la sociedad del sistema, flexibilización y precariedad del trabajo, de terciarización de las empresas públicas, de los servicios, demoliendo el Welfare, de las deslocalizaciones y externalizaciones productivas y encogimiento de las entidades espacio-temporal en el mundo capitalista. Todo esto afecta el contexto social que cada vez más es puesto directamente en producción empresarial. Es el conjunto de toda esta situación que caracteriza en práctica el fuerte mejoramiento de posiciones, y por esto de poder, del capital respecto al trabajo.

El proceso del desarrollo industrial de los últimos veinticinco años en los países de capitalismo maduro, y entre estos seguramente Italia, ha sido, así, caracterizado por un fuerte aumento de la productividad del trabajo al cual ha correspondido un ahorro de trabajo que excede decisivamente la creación de nuevas oportunidades ocupacionales. En efectos los incrementos macizos de productividad, debida a intensos procesos de innovación tecnológica y a una consecuente redefinición del mercado del trabajo, han hecho que tales incrementos se tradujeran exclusivamente en aumentos vertiginosos de los beneficios de las varias formas de remuneración del factor productivo capital. El factor trabajo no ha tenido ningún tipo de beneficio en términos de redistribución real de dichos incrementos de productividad. De hecho, no se ha habido incremento ocupacional ni correspondientes incrementos en la marcha de los salarios reales, ni mucho menos relativas disminuciones del horario de trabajo y para finalizar, ni siquiera el mantenimiento de los precedentes niveles de salario directo cuantificable a través del gasto social general, ni significativos incrementos en las inversiones de la actual fase de la acumulación flexible; este es el verdadero rostro de aquélla que con razón puede llamarse la "New Economy" del crecimiento destructivo sin alguna forma de desarrollo social y de civilización.

Son todas estas dinámicas que identifican el así llamado ciclo del post-fordismo, basado cada vez más en la acumulación flexible realizada a través de los recursos del capital inmaterial de la abstracción. Un paradigma de la acumulación capaz de imponer el pasaje de organizaciones sociales y empresariales fuertemente jerárquicas y otras basadas en la progresiva descentralización de las funciones y sobre nuevas formas de sociedad, de trabajo precario, flexible, de escaso contenido de garantías. Es el mundo computarizado y matemático, es la información de los procesos productivos y de las formas del vivir y volverse social.

En la tercera fase de la modernización capitalista es la idea de un tiempo y de un lugar de trabajo a ser puesta en discusión, se pone atención a la misma mensurabilidad, en términos de duración, de la actividad laboral, así como a su localización. Por ejemplo en el trabajo con contrato a tiempo determinado, ya no se desarrolla una prestación exclusivamente para un sujeto del cual se dependa, sino para una pluralidad de individuos por los cuales se trabaja solo

por el tiempo estrechamente necesario; al contrario, un trabajador es formalmente contratado por un empleador que tiene la tarea de arrendar a sus propios dependientes. Ya no hay entonces, en un estricto sentido, un lugar de trabajo y el periodo de trabajo se bifurca entre el tiempo de la espera y aquello de la efectiva prestación.

Es según dicha directriz que a partir de la organización de un nuevo modelo de explotación del trabajo, aunque con modos y tiempos diversificados, se está realizando la nueva fase de acumulación flexible capitalista, centralizada en la nueva tecnología de la información con fuertes connotaciones de redefinición sobre largo plazo.

Este nuestro análisis-encuesta, y en particular las respuestas al cuestionario en tema de innovación tecnológica, de reestructuración y de trabajo no estable, pone en evidencia que la nueva tecnología influencia de cualquier modo los arreglos de la sociedad que se estructuran en una óptica de control electrónico. Sociedad en la cual serán presentados en modo cada vez más macizo el comercio generalizado, el tele trabajo, la telemedicina, etc., seguramente elemento que condicionarán no sólo el mercado del trabajo y de los consumos, sino el mismo vivir social general, el mismo modo de ser del sujeto en el territorio. Es la flexibilidad capitalista que modela toda la sociedad y que encuentra en la flexibilidad del trabajo un elemento central de toda la actuación de la acumulación flexible.

De toda forma, hay que especificar que el concepto de flexibilidad puede ser entendido sea en sentido cuantitativo sea en sentido cualitativo; con el primero, nos referimos a aquella flexibilidad numérica con la cual el empresario modifica según las exigencias productivas el número de sus trabajadores (a través de varias formas de contratos de trabajo que van de los trabajos con contrato a tiempo determinado a contratos de formación, etc.): con la flexibilidad cualitativa en cambio el emprendedor diversifica los salarios percibidos por los trabajadores con base en la productividad, etc. y diferentes condiciones de horario y trabajo. De esta manera el trabajador se encuentra siendo sometido a variaciones jornaleras sin algún tipo de programa; este sabe que será llamado para trabajar pero no sabe cuando, por cuanto tiempo o en que condiciones.

Los trabajos flexibles comportan relevantes pesos personales y sociales, a cargo del individuo, de la familia, de la comunidad. Dichos trabajos no son solamente un modo diferente de trabajar, coherente con las exigencias de la nueva economía, sino son un modo de trabajar que, respecto al trabajo <normal> que seguramente tenía y tiene sus costos para las personas, impone pesos de naturaleza insólita, en gran parte todavía inexplorada⁷.

La flexibilidad es el nuevo paradigma para realizar seguramente los diversos objetivos del moderno proyecto de la sociedad del capital: el primero de todos es un ataque deliberado a los derechos adquiridos de los trabajadores (si se piensa a los horarios de trabajo, a las condiciones del trabajo y a los

⁷ L.Gallino "El costo humano de la flexibilidad", Edito. Laterza, Bari, 2002 pag. 22.

niveles de renta). A través de la flexibilidad se efectúa una fragmentación de la clase obrera y de consecuencia de su posibilidad de asociación (es claro que si en una empresa los trabajadores cambian continuamente para someterse a los principios de flexibilidad es mucho más difícil que se organicen).

Esta situación ha llevado al nacimiento de una forma de trabajo nuevo, alternativo llamado también "trabajo atípico o informal". Este término comprende el llamado trabajo sumergido, secundario, ilegal, negro, gris, intermitente, oculto, temporal que se realiza dentro y fuera del mercado oficial, mal retribuido sin las reglas de los contratos nacionales y no sigue los procesos legales y reglamentarios. La falta de protección legislativa y sindical hace que así estos trabajadores no sean garantizados en ningún modo y se encuentren, entonces, a operar en condiciones de trabajo inaceptables.

La crisis del sistema, debida al proceso de transformación del trabajo en la sociedad post-fordista, puede también ser explicada por un concepto de desarrollo del trabajo de predominante contenido inmaterial pero siempre de carácter salariado y subordinado.

De hecho, también las nuevas figuras del mercado del trabajo se caracterizan extensivamente mediante la forma de cooptación social que va más allá de la fábrica y del trabajo productivo clásicamente entendido, e intensamente a través de la comunicación y de la información, recursos del capital de la abstracción puesto inmediatamente en producción. El trabajo inmaterial se entiende como un trabajo que produce el "contenido informativo y cultural de la mercancía", que modifica el trabajo obrero en la industria y en terciario, donde las tareas son subordinadas a las capacidades de tratamiento de la información, de la comunicación, horizontal y vertical. ¡De toda forma se trata siempre de trabajo asalariado!

Es más, parece paradójico: aunque se necesite cada vez menos tiempo para desarrollar un trabajo, los trabajadores viven en situaciones de absoluta tiranía en las cuales las horas extras se consideran horas de trabajo normal. El trabajador, entonces, no tiene ningún horario, es cada vez menos tutelado y soporta a menudo pasivamente su situación, porque el mercado del trabajo está cerrado, y conciente que volver entrar en este mercado es casi imposible, entonces trata de soportar esta situación por el miedo de volver a ser parte de la masa de desempleados. Se crea una especie de servilismo del trabajo, en el sentido que aquellos que tienen la "suerte" de tener un trabajo estable deben estar dispuestos a abandonar el concepto de "derechos de los trabajadores" y deben someterse a las leyes del mercado.

Esto incluye obediencia y fidelidad a la empresa con una especie de <feudalismo industrial>. Mientras la fábrica, el hospital, la oficina se convierten en lugar de fidelidad, el mercado del trabajo se convierte en el lugar de la precariedad, de la fragmentación, de las diferenciaciones de clase social, de raza, de sexo, de la ausencia de los derechos universales (Marazzi, 1999, p. 36).

La edad y el sexo de los trabajadores, el tipo de formación, las aspiraciones, los modelos de vida, las modalidades y voluntad de organizar el tiempo libre, las experiencias laborales precedentes y culturales de referencia,

juegan un papel importante en la aceptación y en la adaptación de los cambios del trabajo. Cambios que en la mayor parte de los casos empeoran las condiciones salariales, normativas y de trabajo, porque impuestas por las nuevas caracterizaciones del mercado y de la organización del trabajo, los cambios determinados de la introducción de un principio de flexibilidad organizativa y social general que involucra cada vez más y no siempre fácilmente la relación entre hombre y maquina. No se trata, entonces, de un simple proceso de desindustrialización, sino de una transformación capitalista que crea nuevos sujetos del trabajo, del no trabajo, del trabajo negado, el nacimiento de nuevas actividades, la mayor parte de las cuales tiene carácter terciario y precario, que generan y fuerzan al mismo tiempo, nuevos mecanismos de crecimiento, de organizaciones de la sociedad y de acumulación del capital en la así llamada era de la globalización, o mejor de la competición global.

Se entiende así que el modelo de la acumulación flexible tiene necesidad de la reestructuración y de un lanzamiento capitalista, centrado todavía con base en la explotación del trabajo, con formas diversificadas en el ámbito internacional que explican la competición global como conflicto abierto entre polos geoeconómicos, y el cual ya Italia tiene un papel de principal importancia.

Consideraciones generales

Hay por tanto mucha verdad en la tesis europeísta-monetarista de la "restricción externa", que ya desde el tratado de Maastricht ha impuesto la única vía de la privatización, de las políticas monetaristas y de las reformas estructurales del Welfare State. Se sigue pidiendo a los ciudadanos fuertes sacrificios para una "restricción externa", no en nombre de sus intereses ni para satisfacer mejor sus necesidades de trabajo, renta o protección social. La restricción externa amenaza la legitimidad y la autoridad política y económica de cada país, porque, si la sede de las decisiones está en un lugar a menudo incontrolable y no elegido democráticamente (véase, varios organismos internacionales), no se entiende cuál puede ser la función del gobierno y del Parlamento Europeo en el proceso de unidad europea.

Detrás del proceso de privatización se vislumbra solamente una razón de orden político: la redefinición de los modelos capitalistas, que lleva consigo, en un momento en el cual existe una gran debilidad por parte de las organizaciones sindicales históricas, un ataque frontal a las conquistas del movimiento obrero y de los trabajadores.

En Europa y en el resto del mundo existe un conflicto muy fuerte entre las áreas de influencia capitalista. Conflicto que aparentemente no es armado, pero que quizás sea más fuerte que un conflicto bélico, porque es una guerra económico-financiera que se ha desencadenado entre el área de influencia del yen, o más bien asiática, la ex área de influencia del marco alemán - hoy euro - y la del dólar. En el interior de este conflicto se redefinen tanto los roles y modelos del capitalismo como los roles y modelos de las empresas. Se ve en particular que en Europa se ha realizado solamente una aparente unidad de carácter financiero, pero no existe absolutamente una unidad política, ni mucho

menos una de tipo económico estructural. El Euro se inscribe, en realidad, en una lógica financiera primero, y después en parte económica. Pero en la lógica del polo económico, aquella que tendría que ser la univocidad del modelo capitalista europeo, en realidad se enfrenta en su interior con modelos de capitalismo completamente diferentes.

En efecto, el contexto de las semanas inmediatamente sucesivas al atentado del 11 de septiembre, permite ver cómo EE.UU. hayan asumido nuevamente un papel prioritario en el ámbito político-militar, tanto autónomamente como en el interior de la OTAN (véanse la apelación al artículo 5 del reglamento de la OTAN, la vía libre obtenida por la comunidad internacional occidental a los bombardeos y a la “guerra permanente” por lo tanto difundida y por un largo plazo). En el ámbito estrictamente financiero, se está asistiendo a fuertes oscilaciones de los índices bolsísticos estadounidenses y europeos, y aún más fuertes en Italia (han aumentado significativamente, en cambio, los títulos de las sociedades vinculadas directa o indirectamente a la industria bélica y a la economía de guerra).

Se llega así, más allá de las diferencias de aplicación entre los polos, a un nuevo modo de relanzar los mecanismos de acumulación, hoy basados ciertamente en connotaciones financieras y en inversiones en inmovilizados inmateriales, pero también en la búsqueda de nuevas vías para las inversiones productivas que sean funcionales al paradigma de la acumulación flexible y de la producción ágil. Todo esto, en un contexto de Welfare que destruye los espacios residuales del Welfare, con la guerra post-global permanente como único escenario actualmente posible para relanzar los procesos de acumulación.

En efecto, las tendencias que se ven desde hace años deben interpretarse como un indicio de la maduración de un gran sistema de acumulación mundial nuevo, de carácter flexible, cuyo funcionamiento está sometido a las exigencias y a las prioridades del capital financiero privado, altamente concentrado. Este régimen de acumulación que está siempre vinculado a la búsqueda de la “estabilidad” político-económica y de nuevas áreas de intervención, tiene necesidad de regenerar inversiones productivas que sean funcionales y tengan su salida y su fuerza en el imperialismo, con connotaciones fuertemente militares en la economía de guerra estructural. Una economía de guerra lanzada por EE.UU., y seguida también por Italia, que intentará por tanto sostener la demanda a través de gastos militares, haciendo crecer la producción de las empresas bélicas y de todo el soporte productivo vinculado a la Defensa, la Inteligencia, la Seguridad, y relanzando fuertemente los procesos de acumulación a partir de un contexto de guerra permanente, de carácter económico-estructural.

Pero esto ciertamente no significa la ruptura de la política de conflictos entre polos geoeconómicos, que cada vez se realizará más con actos continuos de guerra económica, que asumen y asumirán cada vez más, la forma de guerras militares de afirmación de las jerarquías. En efecto, la solución de la economía de guerra será la que aceptará y llevará adelante también la UE, y también nuestro país, porque la situación estadounidense ha tenido y tendrá

repercusiones recesivas en Europa. Pero esto significa, al menos por el momento, colocar en segundo plano a los europeos, con la voluntad por parte norteamericana de retrasar el crecimiento y la afirmación europea y, por lo tanto, tratar de reducir los objetivos hegemónicos y expansionistas por parte de la UE para intentar relanzar las estrategias de globalización de un único gran imperio guiado por EE.UU.

Es este el contexto en el cual se afirma la nueva estructura de la sociedad del capital. Esto ocurre a partir de algunas caracterizaciones que han asumido la modalidad de las dinámicas del crecimiento capitalista, conectadas, en el ámbito de una relación capital-trabajo que tiene como finalidad: el control social interno de cada país capitalista y la competición externa por la determinación del dominio global, a través ensanchamiento de las áreas de influencia geoeconómica de los tres grandes bloques EE.UU., UE, y Japón-Asia y es ahora claro porque:

Esprecisamente la capacidad del sistema de evitar una crisis financiera de dimensiones planetarias que permite explicar el recurso de la guerra. Para producir capital como medio de vida, se necesita recordar cuanto vale poco la vida ajena.

Referencias bibliograficas

- ACOCELLA N. (a cura di). (1999). *Globalizzazione e Stato sociale*, il Mulino, Bologna.
- ALBERT M. (1993). *Capitalismo contro capitalismo*, Il Mulino/Contemporanea, Bologna.
- AMORELLI G. (1992), *Le privatizzazioni nella prospettiva del Trattato istitutivo della Comunità Economica Europea*, CEDAM, Padova.
- AA.VV. (1995). *La mondializzazione capitalistica nell'epoca presente*. Ed. Punto Rosso.
- CARARO, S.; CASADIO, M.; MARTUFI, R.; VASAPOLLO, L.; VIOLA F. (2001). *No/Made Italy. EuroBang/2: "La multinazionale Italia e i lavoratori nella competizione globale"*, Mediaprint, Roma.
- CARARO, S.; CASADIO, M.; MARTUFI, R.; VASAPOLLO, L.; VIOLA F. (2002), *La coscienza di Cippiuti. EuroBang/3: Inchiesta sul lavoro: soggetti e progetti*, Mediaprint, Roma.
- DE NARDIS, S. (a cura di). (2000). *Le privatizzazioni italiane*, il Mulino, Bologna.
- FORESTI, G.; MALGARINI, M. (2001). *Privatizzazioni e liberalizzazioni dei mercati: un confronto tra l'esperienza italiana e quella dei principali paesi europei*, in "Quaderni Agens", Roma, Maggio.
- IRI (2001). *Le privatizzazioni in Italia 1992-2000*, Edindustria, Roma novembre
- MARTUFI, R.; VASAPOLLO L. (1999). *Profit State, redistribuzione dell'accumulazione e reddito sociale minimo*, La città del Sole, Napoli.
- MARTUFI, R.; VASAPOLLO, L. (2000). *Le Pensioni a Fondo*, Mediaprint, Roma.
- MARTUFI, R.; VASAPOLLO, L. (2000). *EuroBang La sfida del polo europeo nella competizione globale: inchiesta su lavoro e capitale*, Mediaprint, Roma.

- MARTUFI, R.; VASAPOLLO, L. (2003). *Vizi privat senza pubbliche virtù. Lo Stato delle privatizzazioni e il Reddito Sociale Minimo*, Mediaprint, Roma.
- OCSE-UNCTAD-BANCA D'ITALIA-ISTAT, Annuari e vari rapporti annuali, diversi anni.
- PARRIS, H. et al., (1988). *L'impresa pubblica nell'Europa occidentale*, Franco Angeli, Milano.
- PENNACCHI, L. (1997). *Lo Stato sociale del futuro*, Donzelli editore, Roma.
- PETRAS, J; HOWARD, B. (1985). *The Tyranny of Globalism*, IDS Working paper n. 85, Halifax, Saint Mary's University.
- PETRAS, J.; VELTMEYER, H. (2002). *La globalizzazione smascherata. L'imperialismo nel XXI secolo*, Jaca Book, Milano.
- PROTEO, rivista quadrimestrale a cura del Centro Studi Trasformazioni Economico Sociali CESTES-PROTEO, annate 1998, 1999, 2000, 2001.
- Rapp, L. (1995). *La politique de libéralisation des services en Europe, entre service public et service universel*, in "Rev. du Marché Commun et de l'Union Européenne".
- REGINI, M. (2000). *Modelli di capitalismo*, Ed. Laterza.
- SINISCALCO D., BORTOLOTTI B., FANTINI M., VITALINI S. (1999), *Privatizzazioni difficili*, Il Mulino Contemporanea, Bologna.
- STARK, D. (1992). *Le strategie di privatizzazione nell'Europa Orientale*, in "Stato e mercato", n. 34, aprile.
- VASAPOLLO, L. (1995). *Sulla localizzazione dell'imprenditorialità in Italia*, Temi di Attualità, n. 2, Dipart. di Contabilità Nazionale APS, Università degli Studi "La Sapienza", Roma.
- VASAPOLLO, L. (2001). *The grouping of the EU countries in basic of similarities in labour and social policies come to the social typology typical of the Anglo-Saxon model or the Rhenish model*, Seminario Internazionale Università di Greenwich, Londra, Luglio.
- VASAPOLLO, L. (2002). *La integración europea y los procesos de privatización en la competición global*, IV Encuentro Internacional de Economistas, Globalización y Problemas del Desarrollo, La Habana, Cuba, Febrero.
- VASAPOLLO, L.(a cura di). (2003). "Il piano inclinato del capitale. Crisi, competizione globale e guerra", edit. JACABOOK, Ottobre.
- VASAPOLLO, L. (2002). *Nueva globalización polarizada y Europa financiera*, Revista Desafío, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, mai.-jun.
- VASAPOLLO, L. (2003). "Paradoxos do presente e Lições de Marx". In: *Revista do Instituto de Estudos Socialistas*, n.8, out.
- VASAPOLLO, L. (2002), *Richiami all'idea economica di Josè Martí nell'analisi degli assetti geoeconomici attuali*, Nuestra America, Bollettino di informazione sull'America Latina, 3.
- VASAPOLLO, L. (2000). *La Unión Europea: entre polo geoeconómico y desarrollo desigual, ponencia a la VIII Conferencia Internacional de Estudios Europeos* (en Ciudad de la Habana,) Cuba del 3 al 6 de octubre.
- VASAPOLLO, L. (edited by). (2003). *Eurobang 1,2,3 . An Inquiry into Labour and Capital*, Mediaprint ediz., Roma, Aprile.

VASAPOLLO, L., (editor). (2003). *Eurobang 1,2,3. Encuesta sobre el Trabajo y el Capital*, Mediaprint ediz., Roma, Aprile 2003

VELTMEYER, H. (1999). *Labour and the World Economy*, Canadian Journal of Development Studies 20, numero speciale.

RESUMO

Organização do ciclo produtivo e o novo mundo do trabalho na atual competição global

Este artigo discute os dados obtidos pela pesquisa EuroBang 1 e 2 (CESTES-PROTEO-Itália) na avaliação das modalidades de implantação de um sistema econômico concentrado e especializado em um determinado setor ou em determinadas probabilidades produtivas, na Europa e Itália mais especificamente. Destaca a multiplicação difusa de atividades terciárias e sua redistribuição espacial a partir da organização de modalidades especiais e setoriais da força de trabalho e da diversificação dos projetos de flexibilidade do trabalho e do salário.

Palavras-chave: flexibilização; competitividade global; mundo do trabalho

ABSTRACT

Global competition, the organization of the productive cycle and the new world of work

This article discusses data obtained through EuroBang research 1 and 2 (CESTES-PROTEO-Italy) on the evaluation of modes of implantation of an economic system concentrated and specialized in a specific sector or in specific productive possibilities in Europe and more specifically in Italy. It highlights a diffuse multiplication of tertiary activities and their spatial redistribution based on the organization of spatial and sectoral modalities of the workforce and the diversity of work and salary flexibilization projects.

Keywords: flexibilization; global competitiveness; world of work

Recebido para apreciação: julho de 2003

Aprovado para publicação: janeiro de 2004

A NORMALIDADE ESTÉTICA: OS MODELOS LEGITIMADOS DE CORPO*

Maria Yara Campos Matos

Cada sociedade tem suas exigências em matéria de modelos corporais e utiliza diversos mecanismos para difundir suas imagens. Os grupos sociais construíram e constroem ao longo de sua história *um modelo estético de corpo*, estabelecendo uma *normalidade estética* a ser observada por seus membros. É nosso corpo que garante nossa relação com a natureza e com os outros homens e nos permite sobreviver.

Neste texto, pretende-se enfatizar a importância dos modelos corporais – *os modelos legitimados de corpo* – como elementos de ligação ou de ruptura nas relações sociais e como *os julgamentos estéticos* dos indivíduos – as aparências estéticas – atuam nesse processo, estabelecendo-se uma relação entre *normalidade estética* e *aceitabilidade social*. Nessa perspectiva, apresenta-se uma rápida análise do brasileiro como um corpo mestiço carregado de uma potencialidade simbólica muito forte, como um objeto estético que emite mensagens sociais e suscita julgamentos de valor positivos e negativos.

Os modelos legitimados de corpo

O homem é o único animal que se preocupa com seu corpo, com a imagem de seu corpo, com sua aparência:

Antes de sair, os animais não dirigem um último olhar ao espelho de seu armário para verificar sua aparência. O homem, sim. O armário com espelho é então próprio do homem. Se o homem se olha no espelho, é porque ele vai ser olhado por seu turno, e ele se prepara para esta prova. Sobretudo se esse homem é uma mulher (Caviglioli, 1994, p. 12)

Os corpos dos indígenas, pintados com as cores as mais variadas da flora e da fauna brasileiras, os lábios traspassados por pedaços de madeira ou de ossos de animais, demonstram uma preocupação estética, um cuidado com a aparência. Eles encantaram os primeiros portugueses vindos ao Brasil em 1500 e encantam ainda brasileiros deste século. Os corpos tatuados dos africanos e transfigurados durante suas cerimônias religiosas conseguiram surpreender os europeus e os brasileiros naquela época e os surpreendem ainda hoje.

* Texto traduzido da tese de doutorado em Sociologia: *Ni noir, ni blanc: métis, mais beau. Une étude sur les jugements esthétiques du visage dans le Nord-est du Brésil*, apresentada à Universidade de Picardie, França, 1999.

Os corpos tatuados de jovens rebeldes, os corpos modelados de artistas ou de *top models*, os corpos bem cuidados e bem vestidos de executivos são alguns dos sinais que remetem à plástica moderna dos corpos e de seus ritos.

Em todas as sociedades, o homem faz do seu corpo um objeto de cuidados e de regras. Segundo Marcel Mauss, o corpo

... é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou mais exatamente, sem falar de instrumento, o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico do homem, é seu corpo (Mauss, 1950, p. 372).

É nosso corpo que garante nossa relação com a natureza e com os outros homens e nos permite sobreviver. Ele serve para veicular as diversas informações sobre cada um de nós e constitui um conjunto de sinais que se referem ao grupo de pertinência, à idade, ao sexo, ao *status*, e ao papel social, assim como à personalidade. É nesse sentido que Mauss analisou a tecnologia dos cuidados com o corpo como mensagem que faz do corpo uma linguagem.

A idade, o porte, a cor da pele, os rostos, assim como os gestos, o olhar, as posturas, as vestimentas, as aparências estéticas transmitem mensagens diferentes em cada grupo, estabelecendo relações sociais convenientes e em consonância com os modelos do grupo.

Através do corpo, cada um reconhece aqueles que pertencem a seu grupo – *os semelhantes* – e identifica *os estranhos, os outros*; aqueles que são *aceitos* por serem *semelhantes* e aqueles que são *excluídos* por serem *diferentes*.

São bem definidos e identificáveis, por exemplo, os corpos de mulheres, de jovens, de trabalhadoras, de manequins, de executivas, de religiosas, ou de homens, de rapazes, de trabalhadores, de atletas, de executivos, de artistas, de padres. Podem-se identificar, também, os corpos ocidentais, os orientais, aqueles dos índios da Amazônia ou dos aborígenes do Pacífico, dos esquimós, dos brasileiros, entre outros. Cada um desses grupos tem suas características próprias, definidas por suas culturas e níveis sociais, e identificáveis por seus pares e contemporâneos.

Nesse sentido, pode-se dizer que os indivíduos e os povos têm um corpo, a história pode mudar de corpo, mas jamais o pode ignorar. Como bem diz Michel de Certeau:

Como o direito ou a medicina, mas à sua maneira própria, a história produziu modelos de corpos que tiveram simultaneamente um valor representativo e um valor normativo. Esses simulacros corporais exorcizam o inquietante desconhecido do corpo substituindo-o por imagens, uma objetivação fictícia, ao mesmo tempo que, pela seleção da qual resultam, pela fascinação que eles exercem, pela autoridade ‘científica’ pela qual eles são afetados, eles adquirem uma eficácia canônica. Essas produções da história teriam funções reguladoras (Certeau, 1982, p. 152).

Assim, cada sociedade tem seu modelo de corpo, e este modelo supõe uma referência a uma norma, a uma concepção de proporções, de gestos, de posturas. Esses modelos se situam na fronteira do imaginário e de estereótipos socioculturais e tornam-se acessíveis pela mediação dos discursos sociais, dos

imaginários coletivos e dos sistemas simbólicos. O corpo é, então, *a trama de toda experiência cultural, o mediador de todas as relações sociais* (Brohm, 1987, p. 10).

É preciso remarcar, como o faz muito bem J.M. Brohm, que o corpo

... é primeiro um 'corpo real', situado no *tempo* e no *espaço* como objeto *espaço-temporal* submetido a certas leis físicas (gravidade, aero-dinâmica, balística, cinética, etc.). É o *corpo-objeto*, caro aos anato-fisiologistas. É um *corpo-substância* que se pode dividir, abrir, manipular, um pouco como uma coisa. Esse corpo real tem fronteiras, capacidades mensuráveis, funções identificáveis, uma identidade sexual mais ou menos pronunciada e uma idade. O limite do corpo real é evidentemente o cadáver como coisa destinada à podridão (Brohm, 1987, p. 12).

Esse corpo pode ser negro, amarelo ou branco...

Por outro lado, prossegue Brohm, o corpo é um significante simbólico, e é este aspecto que interessa ressaltar aqui:

O corpo engloba além disso um imenso planeta de representações simbólicas da corporeidade humana. O corpo é um significante que se irradia em todas as esferas da cultura - imagens, signos, gráficos, pinturas, estátuas, fotos, publicidades, símbolos, ícones, figurinos (...). O acesso do corpo à cultura é neste caso aquele de sua figuração como objeto simbólico ou estético (Brohm, 1987, p. 12).

As condições concretas de vida - alimentação, higiene, cuidados médicos, habitação, hábitos de vida e de trabalho - se inscrevem nos corpos físicos e caracterizam esses corpos simbólicos. Nesses corpos, a saúde e a doença, a força e a fraqueza, o porte, as proporções anatômicas, a cor da pele ou dos olhos, o tipo de cabelo ou de nariz, ou dos lábios são a marca de mensagens sociais e culturais. Esses significantes simbólicos constituem um *corpo público* e esse *corpo público*, então destinado ao olhar do outro, é muito provavelmente um indicador de sentimentos que o indivíduo prova *vis-à-vis* de seu corpo e dele mesmo, e de sentimentos e percepções que ele deseja suscitar nos outros (Maisonneuve, 1981).

Por tudo isso, diz Pierre Bourdieu, o corpo percebido é essencialmente um produto sociocultural, e a relação com o próprio corpo ultrapassa a imagem que cada um elabora sobre si mesmo a partir dos contatos interindividuais. A relação com o próprio corpo tem como referência os modelos do *corpo legítimo* (definido por cada grupo) que regula a imagem do corpo individual em função da posição do indivíduo na estrutura social (Bourdieu, 1977). Cada sociedade possui um conjunto de hábitos e normas relacionado ao sexo, à idade, à posição social que permite aos indivíduos modelar suas relações com o seu corpo através de técnicas que representam *um sistema de montagens simbólicas*. Essas atenções dirigidas ao corpo se revelam desde os ritos os mais sagrados ou místicos até os cuidados de beleza e as transformações denominadas *ritos modernos de construção do corpo*.

Segundo Maisonneuve e Brouchon-Schweitzer, as transformações sobre o corpo podem ser *aloplásticas* - aquelas que são incorporadas ao corpo como

máscaras, vestimentas, ornamentos, maquilagens, penteados, perucas, pinturas corporais – e *auto-plásticas* – aquelas que afetam diretamente o corpo (perfurações, deformações, mutilações, freqüentes nas tribos africanas, por exemplo), hoje representadas de forma generalizada em todas as sociedades pela cirurgia estética.

Atualmente, pode-se dizer que nas sociedades modernas as intervenções sobre o corpo têm uma finalidade de ordem estética: o embelezamento. Hoje, mais do que nunca, é preciso ter uma aparência atraente, como condição para uma boa aceitação:

O que distingue nossa época das precedentes não é muito mais a diversidade de intervenções sobre o corpo, mas sua finalidade quase essencialmente estética: uma (re)apresentação de si atraente e agradável é muito recompensada hoje, uma aparência desgraciosa é tão penalizada socialmente que as metamorfoses corporais de hoje são consagradas quase que exclusivamente ao embelezamento (Maisonneuve, 1981, p. 47).

Essas metamorfoses podem provocar prazer ou desprazer, funcionando como um jogo que permite triunfar além dos limites corporais e, ao mesmo tempo, controlar os traços, as situações que poderiam ser ameaçadores. Assim, a aparência pode ser considerada como uma forma de comunicação não-verbal:

... a informação estética é não-verbal, ela circula à velocidade dos olhares cruzados, e ela coloca cada um no devido lugar, malgrado um limite mais ou menos variável do jogo possível que implica o mínimo de escolha individual (Maisonneuve, 1981, p. 47).

E a modificação voluntária da aparência pode ser entendida como uma forma de corresponder às expectativas do(s) outro(s).

Normalidade estética e aceitabilidade social

Nesse sentido, pode-se afirmar que em cada grupo existe uma *normalidade estética* estabelecida e que deve ser respeitada, devendo cada indivíduo empreender todos os esforços para garanti-la. Isso porque as relações sociais se fundamentam também sobre a definição dessa *normalidade estética* que garante, de uma certa maneira, um tipo de *coesão social* desde que ela estabelece um sentimento estético partilhado e valorizado pelo grupo (Ostrowetsky, 1987).

Dito de outra forma, a aparência estética é também um elemento fundamental para o estabelecimento da ligação social ou das rupturas. Os corpos emitem mensagens estéticas, e estas mensagens atuam como elementos que garantem as pertinências ou as exclusões. Assim, pode-se supor uma relação entre *normalidade estética* e *aceitabilidade social*.

As respostas à aparência do outro obedecem a modelos (no sentido normativo) relativamente estereotipados em cada cultura e a tipos de interação quase ritualizados que passam a definir as aceitações e as exclusões. Como bem diz Bourdieu:

... a intolerância estética pode desencadear violências terríveis. A aversão por estilos de vida diferentes é sem dúvida uma das mais fortes barreiras entre as classes – a homogenia está lá para testemunhar (Bourdieu, 1977).

É assim que se observa nas sociedades desiguais a *naturalização das desigualdades*: as referências físicas aos diferentes podem constituir uma projeção sobre o corpo para justificar as desigualdades sociais e as exclusões. Atribuem-se características negativas (em relação aos modelos dominantes) a grupos determinados para os menosprezar, para justificar as desigualdades e discriminações. Fala-se de odores, de cor de pele, de tamanho de nariz, de tipos de cabelo, de comprimento das mãos, como de tantas outras marcas de corpos como *handicaps*, como estigmas.

Uma aparência que se afasta das normas coletivas pode provocar uma rejeição brutal e global do desviante. Basta lembrar as reações pequeno-burguesas aos *hippies* nos anos 70, ou dos brancos contra os negros americanos durante os anos de forte segregação, ou ainda as reações às mulheres mulçumanas emancipadas em seus países de origem por não usarem a burca, por exemplo, como também os casos concretos de exclusão de imigrantes nos países de acolhida, por causa de seus hábitos e de suas aparências diferentes são inumeráveis. Desde a *limpeza étnica* na Iugoslávia, passando pelos bandos de punks, ou rejeição aos *negros feios*, os exemplos de intolerância ou - podem dizer alguns - de *auto-proteção* se multiplicam.

Vale ainda ressaltar que as atitudes ou os comportamentos se apresentam diferentemente no que se refere à *normalidade estética*. Se a distância em relação às normas estéticas constitui um *handicap* muito visível, o indivíduo pode ser *estigmatizado*, no sentido goffmaniano. Segundo Goffman, para sobreviver a essa exclusão, o desviante tem duas opções: ou bem ele tenta minimizar ou negar sua *diferença*, o *estigma*, a fim de *se normalizar* e de compensar uma perda dramática de identidade construindo correlativamente uma imagem aceitável de si (os negros brasileiros se branqueiam...), ou bem ele reconhece a realidade de sua diferença e tenta aceitá-la progressivamente. Nesse último caso, o indivíduo se fecha sobre si mesmo e reconstrói uma identidade nova – a pertinência ao grupo dos estigmatizados (Goffman, 1975).

Observa-se, assim, que nas relações sociais as aparências constituem uma preocupação e podem favorecer as inclusões ou exclusões. Para ser aceito, é preciso garantir ao menos *uma normalidade estética de si*, coerente com as normas do grupo dominante, com os modelos de corpos legitimados.

À guisa de conclusão: os mestiços brasileiros

É, então, uma *imagem normatizada* que regula as aceitações e as exclusões. Todo um sistema simbólico é colocado pelos grupos para proteger os semelhantes e afastar *os outros*. Aqueles que não têm a possibilidade concreta de ter uma imagem publicamente reconhecida, por falta de recursos culturais e simbólicos que a garantam, são excluídos. No panorama internacional, seriam, por exemplo, os imigrantes, os africanos entre os europeus, os europeus entre os africanos.

No Brasil, o processo de mestiçagem revela que o povo brasileiro é o resultado de uma multiplicidade de corpos e de culturas. O **brasileiro** é ao mesmo tempo um **corpo indígena** – um pouco *acobreado*, são, ingênuo, guerreiro, por vezes idealizado –, é um **corpo branco** – conquistador, são, dominador, forte e vencedor – e um **corpo negro** – escravo, submisso, feito mercadoria, profanado, revoltado e vencido, mas fiel, forte e resistente. O brasileiro é esse mestiço de corpos e de culturas e é essa pluralidade que lhe dá singularidade.

Ao longo do tempo, o processo de mestiçagem e de eliminação ou de afastamento geográfico e social dos indígenas constituiu uma sociedade caracterizada por uma **polarização em branco e preto**. Essa dicotomia socio-cromática, apoiada por relações sociais escravagistas e justificada pela ideologia do branqueamento, destaca-se como um elemento fundamental na história do país, regulou as relações sociais durante quase quatro séculos e se revela ainda forte atualmente. A divisão do Brasil em **branco e preto**, ou de uma forma mais moderna em **claro e escuro**, define ainda as diferenças e desigualdades. E as *peças de cor*, que, historicamente, não se beneficiaram dos recursos socioculturais necessários para garantir o reconhecimento de sua imagem pública, são os mais excluídos.

Ser brasileiro significa assim ter um corpo mestiço situado em um *continuum* de cor que vai do negro ao branco e saber que são essas diferenças de tons que definem os lugares na sociedade. Assim, a cor das pessoas, um elemento biológico, associada a outros traços morfológicos como a forma do nariz, dos lábios ou o tipo de cabelo, é vista também como um elemento de julgamento social e utilizado para definir e classificar as pessoas na escala social.

Os fenótipos resultantes da mestiçagem no Brasil revelam sua origem social e a hierarquia social se confunde com a hierarquia morfológica. Existe uma socialização dos traços físicos e, ao inverso, uma biologização das relações sociais. A valorização dos constituintes biológicos se apresenta como um reflexo das desigualdades – os mais claros são os mais valorizados e são os mais bem sucedidos; os menos claros são os mais rejeitados e os menos bem sucedidos. Assim, no corpo do brasileiro está inscrita sua origem biológica, mas também sua origem social e cultural.

O brasileiro tem um corpo mestiço que é carregado de uma potencialidade simbólica muito forte. Esse corpo é, com efeito, como bem diz Jean-Marie Brohm, um

... caleidoscópio de relações sociais, de poderes, de instituições, de mitos, de símbolos, de práticas, de ritos, de tradições, de normas, de fantasmas, de modelos, de sonhos, de discursos, até de utopias (Brohm, 1987, p. 10).

Nesse sentido, o corpo do brasileiro é verdadeiramente um *charnier de signes* (conforme Baudrillard): ele emite mensagens sociais e suscita julgamentos de valor positivos e negativos. Ele é assim um objeto estético utilizado também para regular as relações sociais: as inclusões e as exclusões. Demonstrar essas afirmativas constituiu e constitui tema de nossas reflexões

Referências bibliográficas

- CAVIGLIOLI, François. (1994). La dictature de la beauté. *Le Nouvel Observateur*. Paris, Collections n. 21, Hors série (Le triomphe du corps), 1994.
- CERTEAU, Michel. (1982). Histoire de corps. *Esprit (Le corps entre illusions et savoirs)*, Paris, n.62, fev.
- BOURDIEU, Pierre. (1977). Présentation et représentation du corps. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, n. 14.
- BROHM, Jean-Marie. (1987). Les matrices du corps. *Sociétés : Revue des Sciences Humaines et Sociales*, Paris, n. 15, sept., pp. 10-15.
- GOFFMAN, Erving. (1975). Stigmate: les usages sociaux des handicaps. Paris, Les Editions de Minuit.
- MAISONNEUVE, Jean et BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. (1981). *Modèles du corps et psychologie esthétique*. Paris, PUF/Psychologie d'aujourd'hui.
- MAUSS, Marcel. 1960. *Sociologie et Anthropologie*. Paris, PUF.
- OSTROWESTSKY, Sylvia. (1987). *La laideur : stigmate ou banalité*. Aix-en-Provence, Université de Provence: EDRESS, juin.

RESUMO

A normalidade estética: os modelos legitimados de corpo

Este trabalho apresenta algumas reflexões sobre a importância dos modelos corporais – modelos legitimados de corpo – como elementos de ligação ou de ruptura nas relações sociais e como os julgamentos estéticos dos indivíduos atuam nesse processo, destacando-se a valorização diferenciada dada aos mestiços brasileiros, como exemplo. São reflexões que fazem parte do trabalho de tese da autora.

Palavras-chave: modelos corporais; normalidade estética

RÉSUMÉ

Le normalité esthétique: les modèles légitimés de corp

Ce travail présente quelques réflexions sur l'importance des modèles de corps – modèles légitimés de corps – comme éléments de lien ou de rupture dans les rapports sociaux et comme les jugements esthétiques des individus ont une influence dans ce processus; on fait un destaque à la valorisation différenciée donnée aux métis brésiliens, comme exemple. Ces réflexions font partie du travail de thèse de l'auteur.

Mots-clé: modèles de corps; normalité esthétique

Recebido para apreciação: fevereiro de 2004

Aceito para publicação: março de 2004

NOTAS SOBRE O CONFLITO E A
AUTO-IMAGEM EM NORBERT ELIAS

Teresa Cristina Furtado Matos

Introdução

O conflito é uma das formas possíveis de realização das interações humanas. Assim sendo, parece pertinente considerá-lo como um problema sociológico legítimo. Alguns autores recusam a classificação de dado patológico para essas interações e permitem-se perceber como elas acontecem em novos ambientes e circunstâncias sociais. Norbert Elias é um destes autores. Nele o *processo civilizador* constitui-se num itinerário pacificador, perspectiva que não exclui o conflito, considerado por Elias, tal qual o faz Simmel¹, um vetor de ação social. Nestes termos, criaria o processo civilizador uma outra ambiência para os conflitos? A interiorização de controles antes apenas externos estabeleceria um outro patamar para as disputas? Elas podem ocorrer no plano das *auto-imagens*?

Este texto tem por objetivo discutir o papel da *auto-imagem* dos grupos sociais como forma de participação em situações de disputa de poder e conflito. Esta noção é trabalhada por Elias em *O Processo Civilizador* (1993,1994a), *Os Estabelecidos e os Outsiders* (2000), *A Sociedade dos Indivíduos* (1994b) e ainda em *Os Alemães* (1997). Estão presentes nestes trabalhos desenvolvimentos sobre a importância da formação da *auto-imagem* que um grupo faz de si e, baseando-se nesta, constrói sobre os outros.

O termo *auto-imagem* é usado por Elias para definir, de acordo com o que parece ser um de seus princípios teóricos, a idéia de processualidade², a autoconsciência dos grupos, formada nas configurações sociais e que serve, simultaneamente, como parâmetro de avaliação de si e dos outros, balizadora das ações sociais constituídas por uma série de interdependências.

No *Processo Civilizador* (1994a), a própria noção de civilização é tratada em termos da *auto-imagem* dos grupos, sendo possível verificar as dissonâncias em torno de idéias e noções como *kultur* e *civilização*, fundamentais para a construção do sentido de nacionalidade de alemães, ingleses e franceses. Lido como a *imagem de si*, feita pelo Ocidente, o termo civilização reflete a percepção das relações sociais e das posições nestas de indivíduos e grupos. Nesse emaranhado de relações sociais, apreensíveis também através da noção de figuração, a *auto-imagem* constitui-se e instaura uma economia dos sentidos e

¹Esta aproximação é trabalhada por Leopoldo Waizbord (2001).

² Deste modo, a auto-imagem não se cristaliza, estando exposta no processo de socialização a contínuas mudanças, ainda que Elias identifique, como veremos adiante, situações em que a imagem que um grupo faz de si torna-se refratária a modificações.

aspirações de um povo e de uma época, no caso do processo civilizador, e cujo movimento Elias pretende apreender através de sua sociologia de longo curso.

Assim, a sociologia de Elias, processual e relacional, transforma a *auto-imagem* em um conceito não estático, marcado pela dinâmica das disputas pelo poder, como os processos conflituosos que tomam a imagem de si e do outro como armas pela legitimação de posições. Dessa forma é que, partindo da idéia de seletividade do processo civilizador, Jessé Souza (2000, p. 43) define os termos usados por Elias para expressar a *auto-imagem* que o Ocidente tem de si mesmo:

A noção de civilização para Elias é, antes de tudo, uma generalização que serve a uma função principal: expressar a autoconsciência do Ocidente e legitimar sua superioridade em relação a outras culturas.

Em *Os estabelecidos e os outsiders* (2000), Elias intenta a construção de um modelo operacional de leitura dos conflitos, a figuração *estabelecidos e outsiders*, tendo como matéria-prima um trabalho etnográfico. Na base de tais conflitos está a construção de uma imagem de superioridade por parte de um dos grupos, que se impõe como modelo de leitura daquele universo de socialização, a pequena cidade de *Winston Parva*. Podemos nos perguntar por que Elias atribui às crenças que alicerçam a imagem de superioridade um papel tão intenso, capaz de tornar uma perspectiva de apreensão da realidade um padrão de manutenção de um *status* diferencial por parte de um dos grupos, para além inclusive das relações econômicas e de classe, como ocorre em *Winston Parva*?

Ocorre que para este autor, como analisa em *A Sociedade dos Indivíduos*, a relação entre indivíduo e sociedade é tão imbricada que produz uma estreita vinculação entre os sentimentos individuais e a forma de realização das relações sociais em dado momento. É exatamente esta vinculação que produz a *auto-imagem* eu-nós³. A *auto-imagem* deixa de ser, em Elias, um apêndice da análise para se tornar um dos núcleos, de forma latente ou manifesta, das transformações objetivas e subjetivas do processo de socialização ocorrido em um longo curso no Ocidente. Assim sendo, somente a consideração desse pressuposto permite a compreensão do surto de incivilidade vivenciado pela Europa durante a Segunda Guerra Mundial, ou o papel da dinâmica de estigmatização em determinado grupo. Em ambos os casos, o que o autor traz para o primeiro plano são as crenças, cujo porto para a ancoragem é fornecido pela *auto-imagem* dos grupos. Já que, de acordo com Elias (2000, p. 37):

O ideal da racionalidade na condução das questões humanas continua a barrar o acesso à estrutura e à dinâmica das figurações estabelecidos-outsidereis, bem como às fantasias grupais de grandeza que elas suscitam, e que são dados *sociais sui generis*, nem racionais nem irracionais.

³ A noção de *habitus*, que será trabalhada a seguir, parece ser o instrumento teórico de compreensão de tais vínculos.

1. Indivíduo e sociedade

Em um dos ensaios constante de a *Sociedade dos indivíduos* (1994b), *Mudanças na Balança Eu-Nós*, Elias propõe uma análise dos conceitos de indivíduo e de sociedade (eu, nós) a partir da imagem de uma balança, cujo movimento pendular, na história da humanidade, oscila de um a outro oposto. Sua análise se filia ao que denomina de sociologia dos processos, que se recusa a substanciar os conceitos, tornado-os mais fluidos e, por isso mesmo, mais precisos.

Elias trabalha com a idéia de que os conceitos são produzidos pelo processo de desenvolvimento de cada sociedade, pelos arranjos sociais que as configurações sociais efetuam. A atual acepção do termo indivíduo, utilizado para designar o ser humano como *entidade autônoma* e singularmente diferente dos demais aparece como um engodo teórico, na medida em que esses conceitos são pares de uma mesma perspectiva de compreensão: uma determinada configuração. Assim é que, na Antiguidade, segundo Elias (1994, p. 130):

a identidade-nós mal era separável da imagem que as classes formadoras da língua tinham da pessoa individual: a idéia de um indivíduo sem grupo (...) estava em boa medida abaixo da linha do horizonte na práxis social do mundo antigo⁴.

A análise dos conceitos tem importância na medida em que descobre a ordem da mudança no correr do tempo. Assim, o exame dos conceitos *indivíduo* e *sociedade*, corresponde a um balanço das mudanças e das transformações da realidade que Elias assiste em seu final de vida⁵. A superação dos estados-nação e a conformação de blocos transnacionais como *unidades básicas de sobrevivência* situa as identidades eu e nós em um outro patamar. Ao analisar os conceitos, Elias trata simultaneamente de uma sociologia do conhecimento, e também de uma sociologia das identidades.

Neste texto a idéia de configuração social aparece não apenas, creio, como uma forma isenta de interpretar as questões sociais para além das oposições dicotômicas, sendo possível perceber o processo pelo qual tais oposições nascem e se fortalecem. Mas acima de tudo, a análise de Elias parece

⁴ Na Antiguidade não houve nenhum movimento que se opusesse ao Estado, e foi exatamente essa oposição, segundo Elias, que construiu historicamente a oposição entre os conceitos de indivíduo e sociedade. Somente no século XIX é que a necessidade social de equivalentes lingüísticos para movimentos sociais antitéticos forneceu as bases para o fortalecimento da oposição entre esses termos. Assim, o processo pelo qual os conceitos ganharam complexidade foi o mesmo pelo qual, também, se tornaram complexas as formações sociais.

⁵ O artigo foi escrito em 1987, alguns anos antes de sua morte. O livro, composto de dois outros artigos, redigidos em momentos distintos da produção de Elias, representa uma panorâmica das considerações do autor sobre o tema, influenciado, principalmente em *Mudanças na Balança Eu-Nós*, por eventos que pareciam lhe acenar com novas circunstâncias e problemas, como, por exemplo, a constituição de blocos transnacionais e a recomposição das identidades e auto-imagens eu-nós nesse cenário.

tentar romper com as fronteiras que separariam os conhecimentos, impedindo que eles fossem vistos em conjunto. Deste modo, é que aspectos divorciados como aspectos biológicos, sociais e individuais passam a ser vistos em conjunto⁶.

A categoria *habitus*, que substitui neste texto a idéia de *caráter nacional*, utilizada pelo autor em *O processo civilizador*, dá conta do estreito relacionamento dos conceitos *indivíduo* e *sociedade*. Parece não haver possibilidade, para Elias, de se construir uma visão binária destes. Noções complementares dão conta de tal imbricamento. *Composição e figuração* são termos usados para a compreensão daquilo que define essas esferas: *a relação entre*. Assim, afirma Elias (1994b, p. 25):

Esses e muitos outros fenômenos têm uma coisa em comum, por mais que sejam diferentes em muitos outros aspectos: para compreendê-los, é necessário desistir de pensar em termos de substâncias isoladas únicas e começar a pensar em termos de relações e de funções. E nosso pensamento só fica plenamente instrumentado para compreender nossa experiência social depois de fazermos essa troca.

O *habitus* é simultaneamente uma composição social e uma composição individual. O amálgama social é o terreno de onde emergem as individualidades. *A composição social dos indivíduos como que constitui o solo de que brotam as características pessoais mediante as quais um indivíduo difere dos outros membros de sua sociedade* (Elias, 1994b, p. 150). Deste modo, o que permite a existência das singularidades individuais é o mesmo elemento que faz nascer a sociedade, as relações. E nas sociedades complexas essa composição é formada por muitas camadas de um mesmo *habitus*, já que *é do número de grupos de sua sociedade que depende o número de camadas entrelaçadas no habitus social de uma pessoa* (1994b, p. 151).

1.1. O jogo das identidades

Como dissemos, ao analisar os conceitos Elias trata simultaneamente de uma sociologia do conhecimento, e também de uma sociologia das identidades. Nas sociedades complexas, a identidade eu-nós está aberta à individualização. A sociedade situa-se entre o eu e nós. *Não há identidade-eu sem identidade-nós. Tudo o que varia é a ponderação dos termos na balança eu-nós, o padrão da relação eu-nós* (Elias, 1994b, p. 152). Disso deriva o fato de o conceito de identidade ser visto como um processo e de apresentar aspectos multifacetados. Nas sociedades modernas nacionais, as relações não são permanentes, mas

⁶ A discussão que efetua sobre a formação da 'identidade-eu' é um exemplo dessa perspectiva de compreensão do humano, que considera entrelaçados aspectos biológicos e sociais: *A 'identidade-eu' das pessoas depende, em imensa medida, de elas estarem cientes de si mesmas como organismo ou, em outras palavras, como unidades biológicas altamente organizadas (...) É a peculiaridade da organização corporal, a capacidade de se distanciar de si como organização física ao se observarem e pensarem a seu respeito que permite aos homens construir uma autoimagem dividida, e que torna possível um autoconfronto. Essa possibilidade se expressa pelos termos 'meu corpo', 'minha pessoa' e 'minha mente'* (Elias, 1994b, p. 154).

potencialmente mutáveis e, neste cenário, a maior importância da relação nós acaba por colocar em relevo o eu: único fator permanente, *única pessoa que se tem para viver*.

As observações de Elias neste texto correspondem à percepção das mudanças ocorridas em relação às identidades eu-nós. O *efeito de trava* evidencia a importância da *auto-imagem* frente às configurações sociais e ao *habitus*. O núcleo de resistência à mudança se aloja na *auto-imagem* que um grupo faz de si, a partir de sua unidade de sobrevivência, ancorada numa forte identificação afetiva e cuja possibilidade de mudança se afigura a estes como perda do sentido do que fizeram as gerações passadas e da própria continuidade de suas existências. No centro das resistências, que podem derivar para o conflito latente, como veremos em *Os Alemães*, reside uma consciência de si e de um lugar social. O *Processo civilizador* nos esclarece porque e como essa autoconsciência se cristaliza.

2. O processo civilizador

Em *O processo civilizador: uma história dos costumes* (1994a), Norbert Elias traz para o primeiro plano da análise um tema aparentemente sem importância, talvez objeto de uma *sociologia menor*, os costumes. Os manuais de etiqueta são alçados à categoria de literatura séria e fonte ímpar de dados. Se assim o são é porque Elias puxa, através dessas *trivialidades*, o fio que une em um só termo, *civilização*, o comportamento individual e as estruturas sociais e, nestas, toda uma educação dos sentidos e das emoções. O conceito de civilização passa a ser esquadrinhado e sua gênese mapeada junto às transformações sociais, dos costumes, das emoções, da economia e da política européia.

Elias quer entender o próprio processo de construção daquilo que se habituou a conhecer como civilização. Nesse percurso de quase dez séculos, a história social da Europa vai sendo contada e a sociologia *redescobre* conceitos e traça o mapa de nascimento de alguns problemas considerados caros apenas à modernidade. A desnaturalização das idéias é um dos elementos singulares da análise. Intimidade e tato são frutos, por exemplo, de um lento curso de transformações num processo de diferenciação social na estrutura das emoções.

Ao olhar em retrospecto para o processo de formação do conceito de civilização, Elias flagra simultaneamente uma sociedade que se modifica, e cujo curso da mudança, além de ser longo, indica uma determinada direção: uma transformação do comportamento humano. A violência explícita cede lugar à pacificação, o refinamento dos gestos é paulatinamente regulado, exigido como forma de acesso aos contatos sociais e finalmente interiorizado. Um crescente controle social é exercido a partir de um código de ação que a sociedade européia construiu para si.

Esse código e o *habitus* que ele conforma cristaliza uma imagem da Europa que irá, ao longo do tempo, diferenciá-la e qualificá-la positivamente, na medida em que esta sociedade constrói para si a imagem de um padrão a ser seguido. Cortês, civilizado e civilização são exemplos desse processo, conceitos que respondem por uma exigência social de época e que espelham a imagem de

superioridade que a Europa construiu para si. Assim, segundo Elias (1994a, p. 24), a noção de civilização expressaria:

A consciência que o Ocidente tem de si mesmo. Poderíamos até dizer a consciência nacional. Ele resume tudo em que a sociedade ocidental dos últimos dois ou três séculos se julga superior a sociedades mais antigas ou às sociedades contemporâneas 'mais primitivas'.

A crescente pacificação e a interiorização de controles antes externos são exigências de uma outra forma de organização social que se gesta, ligada à interdependência de funções construída pela intensificação da divisão social do trabalho. O indivíduo é inserido em uma rede de relacionamentos e de interdependências. Assim:

À medida que mais pessoas sintonizavam sua conduta com a de outras, a teia de ações teria que se organizar de forma cada vez mais rigorosa e precisa, a fim de que cada ação individual desempenhasse uma função social. O indivíduo era compelido a regular a conduta de mais diferenciada, uniforme e estável. (...) A teia de ações tornou-se tão complexa e extensa, o esforço necessário para comportar-se corretamente dentro dela ficou tão grande que, além do autocontrole consciente do indivíduo, um cego aparelho automático de auto-controle foi firmemente estabelecido (Elias, 1993, p. 195).

Embora hoje expresse uma razoável homogeneidade em relação à imagem que a Europa faz de si, a sociogênese do conceito aponta para uma diversa compreensão da idéia de civilização, fruto das diferentes figurações encontradas entre ingleses, franceses e alemães. Para os primeiros, *o conceito resume em uma única palavra seu orgulho pela importância de suas nações e para o progresso do Ocidente e da humanidade* (Elias, 1993, p. 24).

Para os alemães:

Significa algo útil, mas, apesar disso, apenas um valor de segunda classe, compreendendo apenas a aparência externa de seres humanos, a superfície da existência humana. A palavra pela qual os alemães se interpretam, que mais do que qualquer outra expressa-lhes o orgulho em suas próprias realizações e no próprio ser é *kultur* (1994a, p. 24).

A noção de civilização vai-se, então, construindo em torno da *auto-imagem* e do orgulho refletido por todo um processo de diferenciação. Os alemães, e mais precisamente a *intelligentsia* alemã, tendeu a rejeitar a noção de civilização como algo que se aproximaria apenas das aparências e da utilidade de tal aparência no jogo das distinções na Corte, elegendo o termo *kultur* como expressão do orgulho pelas realizações humanas, realizações possíveis no universo acadêmico, ambiente social que os abrigava, e consideradas distantes do universo da Corte, o que efetivamente ultrapassaria os limites da superficialidade das aparências e responderia por aquilo que os legitimaria como grupo, sua produção intelectual.

Deste modo, ambos os conceitos estão ligados à história e trajetória dos povos que os utilizam, de acordo com as configurações sociais que os gestaram. Assim,

Enquanto o conceito de civilização inclui a função de dar expressão a uma tendência continuamente expansionista de grupos colonizadores, o conceito de *kultur* reflete a consciência de si mesma de uma nação que teve de buscar e constituir incessante e novamente suas fronteiras, tanto no sentido político como espiritual (...) (1994a, p. 25).

Podemos nos perguntar: onde nasce a distinção que se expressa nos termos *kultur* e *zivilization* na Alemanha? Ela é baseada na configuração da nobreza cortesã e dos estratos médios no século XVIII. Seguir o curso do conceito de civilização torna mais evidente o duplo processo – no interior da construção do sentimento de nacionalidade e da estrutura social que o comporta – pelo qual a *auto-imagem* e a auto-legitimação de estratos sociais se confrontam. Desta forma, para Elias (1994a, p. 50):

(...) a antítese entre *zivilisation* e *kultur* não se sustenta sozinha: é parte de um contexto mais amplo. É, em suma, a expressão da auto-imagem alemã. E aponta para as diferenças em autolegitimação, em caráter e comportamento total que, no início, existiam preponderantemente, embora não exclusivamente, entre determinadas classes e, em seguida, entre a nação alemã e outras nações.

Na França, um quadro social distinto faz com que os estratos médios e a nobreza cortesã façam direcionar a noção de civilização para algo próximo dos seus interesses políticos e reformistas. A intelectualidade francesa tem como base social não a academia, mas a própria Corte, assim os assuntos que interessam à corte são também de interesse da *intelligentsia*. As idéias reformistas dos fisiocratas não se propõem, deste modo, a varrer o *ancien regime*, mas preservar as suas instituições através do aperfeiçoamento pelo conhecimento de universos considerados auto-regulados, como a economia, e a intervenção a partir de uma burocracia sábia e esclarecida, cujas ações são racionalmente refletidas. O termo civilização é cunhado na França em meio a essas idéias. Neste processo, o conhecimento é um dado imprescindível, o que reforça o papel da *intelligentsia* nos assuntos da vida política nacional.

O aspecto da processualidade está presente nas idéias reformistas, o termo civilização incorpora, além do aspecto de construção de um caminho, a necessidade de ampliação desse horizonte favorecendo toda a sociedade⁷.

A Civilização cria uma estrutura particular de relações humanas a que correspondem certas formas de comportamento. Assim os novos códigos de

⁷ Nas palavras de Elias (1994a, p. 62): *A civilização não é apenas um estado, mas um processo que deve prosseguir. Este é o novo elemento manifesto do termo civilization. Ele absorve muito do que sempre fez a corte acreditar ser (...) um tipo mais elevado de sociedade: a idéia de um padrão de moral e de costumes, isto é, tato social, consideração pelo próximo, e numerosos complexos semelhantes. Nas mãos da classe média em ascensão, na boca dos membros do movimento reformista,*

comportamento revelam um lugar na sociedade que se modifica. É claro que tal processo não se completou sem um certo mal estar diante de uma diferente estrutura de emoções, de uma diferente estrutura de sentimentos. Diante do desenvolvimento da intimidade, por exemplo:

A observância mais exata no comportamento das diferenças em oposição torna-se daí em diante a essência da cortesia, o requisito básico da *civilité*, pelo menos na França. (Elias, 1994a, p. 86).

Podemos nos perguntar: para que fim e em que sentido era necessário um novo conceito que exprimisse aquilo que se desejava como uma nova sociedade? Dito de outra forma, qual ambiente exigia um comportamento de refinamento e distinção? Naquele momento, os velhos laços sociais estão, se não quebrados, pelo menos muito frouxos e em processo de transformação. Indivíduos de diferentes origens sociais são reunidos indistintamente. Acelera-se a circulação social de grupos e indivíduos que sobem e descem na sociedade⁸.

Ao reconstruir o caminho que leva ao elaborado nível de síntese do conceito de civilização, Elias percorre a trilha que permite enxergar as mudanças que se processam na estrutura da sociedade e também *no limite da transformabilidade da personalidade humana*. É uma noção representativa das mudanças aspiradas por uma parcela da sociedade, principalmente na França, caminhando para ser a noção por excelência de auto-interpretação da sociedade européia. A análise de longo curso é o instrumento que permitiria o acesso a tal trilha, onde o par - subjetividade/objetividade - deixa de ser antitético e se acomoda como parte de uma mesma realidade, já que existe um *padrão de hábitos e comportamento a que a sociedade, em uma dada época, procurou acostumar o indivíduo* (Elias, 1994a, p. 95).

Ao longo desse curso, em que termos como *kultur*, *civilité* e *cortês* se encaminham, num processo de síntese dos conceitos para o termo civilização, que vai se tornar o espelho de reconhecimento dos europeus, o comportamento se modifica, o controle social se torna mais intenso, externa e internamente. A partir do monopólio da força pelo Estado a pacificação se horizontaliza. Todas

é ampliada a idéia sobre o que é necessário para tornar civilizada uma sociedade. O processo de civilização do Estado, a constituição, a educação e, por conseguinte, os seguimentos mais numerosos da população, a eliminação de tudo que é bárbaro e irracional nas condições vigentes, fossem as penalidades legais, as restrições de classe à burguesia ou as barreiras que impediam o desenvolvimento do comércio – este processo civilizador devia seguir-se ao refinamento das maneiras e a pacificação interna do país pelos reis.

⁸ *Em seguida, lentamente, durante o século XVI, mais cedo aqui, mais tarde ali e em quase toda a parte com numerosos reveses até bem dentro do século XVII, uma hierarquia social mais rígida começa a se firmar mais uma vez mais candente, especialmente porque a estrutura alterada da nova classe alta expõe cada indivíduo de seus membros, em uma extensão sem precedentes, às pressões dos demais e do controle social (...) Forçados a viver de uma nova maneira em sociedade, as pessoas tornam-se mais sensíveis às pressões das outras. (...) O senso do que fazer e do que não fazer para não chocar os outros torna-se mais sutil e, em conjunto com as novas relações de poder, o imperativo social de não ofender os semelhantes torna-se mais estrito, em comparação com fase precedente (Elias, 1994a, p. 92).*

essas mudanças transformam as maneiras pelas quais as pessoas vivem juntas na estrutura da sociedade:

Nos diversos países formam-se sociedades pacificadas. O velho código de comportamento é transformado, mas apenas de maneira muito gradual. O controle social, no entanto, torna-se mais imperativo. E, acima de tudo, lentamente muda a natureza e o mecanismo do controle das emoções. (...) O código social só conseguiu consolidar hábitos duradouro numa quantidade limitada de pessoas. Nesse momento, com a transformação estrutural da sociedade, com o novo modelo de relações humanas, ocorre, devagar, uma mudança: aumenta a compulsão de policiar o próprio comportamento. Em conjunto com isso é posto em movimento o modelo de comportamento (Elias, 1994a, p. 93).

No centro dessa reformulação social emerge uma diferenciação ao mesmo tempo excludente e homogeneizante, inicialmente de frações de classe e depois de todo um continente. Como um dos núcleos desse processo, está a formação de uma auto-imagem que se reconhece como idéia de civilização e com a qual se define em situações de conflito.

3. Os estabelecidos e os *outsiders*

Em um livro etnográfico como *Os estabelecidos e os outsiders*, a questão do conflito é retomada através da distinção de *status* construída por uma *auto-imagem* dos grupos em processo conflituoso. A marca da distinção se situa num plano análogo àquele que constrói a imagem da civilização: a crença na superioridade de um dos grupos. As características que alicerçam a distinção são as mesmas que amparam o processo civilizador: a preservação de si pelo autocontrole e a construção de esferas íntimas e privadas através desse processo. Assim, como regra da figuração "*estabelecidos e outsiders*", Elias (2000, p. 19) afirma que

... vez por outra, podemos observar que os membros dos grupos mais poderosos que outros grupos interdependentes se pensam a si mesmos (se auto-representam) como humanamente superiores.

No estudo realizado por Elias e Scotson, *Winston Parva* aparece como *paradigma empírico* da configuração estabelecidos-*outsiders*, refletindo o que parece ser, aos olhos dos autores, uma constante universal ou uma constante estrutural de tal relação:

Assim, nessa pequena comunidade, deparava-se com o que parece ser uma constante universal em qualquer figuração de estabelecidos-*outsiders*: o grupo estabelecido atribuía a seus membros características humanas superiores; excluía todos os membros do outro grupo do contato social não profissional com seus próprios membros; e o tabu em torno desses contatos era mantido através de controle social como fofoca elogiosa, no caso dos que o observam, e a ameaça de fofocas depreciativas, contra os suspeitos de transgressão (Elias, 2000, p. 20).

No centro dessa constante está a auto-imagem, terreno sobre o qual as disputas irão se dar, e cujos instrumentos de luta pretendem acessar. Assim, parte do processo, posto em movimento pela figuração estabelecidos e 'outsiders', é o que Elias chama de sociodinâmica da estigmatização.

O ato de estigmatizar é eficaz na medida em que manipula representações positivas e negativas de ambos os grupos. Essa manipulação tem como alvo a auto-imagem do grupo a ser atingido, cuja crença na própria inferioridade pode ser decisiva na aceitação de um diferencial de poder negativo. Segundo Elias, um grupo só pode estigmatizar outro com eficácia quando está bem instalado em posições de poder das quais o grupo estigmatizado é excluído. Enquanto isso acontece, o estigma de desonra coletiva imputado aos *outsiders* pode fazer-se prevalecer (Elias, 2000, p. 23).

Tal qual Lévi-Strauss (1967) se refere à eficácia simbólica, Elias destaca aqui a eficiência do processo de estigmatizar, onde o valor das crenças passa ao primeiro plano. É a crença uma das armas do processo de estigmatização:

Afixar o rótulo de "valor humano inferior" a outro grupo é uma das armas usadas pelos grupos superiores nas disputas de poder, como meio de manter sua superioridade social. Nessa situação, o estigma social imposto pelo grupo mais poderoso ao menos poderoso costuma penetrar na auto-imagem deste último e, com isso, enriquecê-lo e desarmá-lo (Elias, 2000, p. 24).

O estigma e a auto-imagem caminham juntos no processo de efetivação de diferenciais de poder. A imagem que um grupo forma de si e dos outros é mediada pelo estigma que orienta as ações e toda uma economia emocional. A construção de barreiras afetivas, por exemplo, tem um papel decisivo nas figurações estabelecidos e 'outsiders'⁹.

Assim sendo, a lógica dos afetos é rígida. A superioridade de forças é equiparada ao mérito humano e este a uma graça especial da natureza ou dos deuses (p. 26). A inferioridade de poder é lida como inferioridade humana. Essa dinâmica de estigmatização exige um esforço constante de distinção e de justificação desta distinção através do reforço da crença de que existe de fato uma distinção natural entre os grupos.

Desta forma, distinção, exclusão e coesão são momentos de um mesmo processo, presentes nas figurações estabelecidos e outsiders. Elias retoma, neste trabalho, uma idéia desenvolvida à exaustão em *A sociedade dos indivíduos*: a realidade individual e a realidade social não são distintas e esses termos não

⁹ Não é fácil entender a mecânica da estigmatização sem exame mais rigoroso do papel desempenhado pela imagem que cada pessoa faz da posição de seu grupo entre outros e, por conseguinte, de seu próprio status como membro desse grupo. Já afirmei que os grupos dominantes com uma elevada superioridade de forças atribuem a si mesmos, como coletividades, e também àqueles que os integram, como as famílias e os indivíduos, um carisma grupal característico. Todos os que estão neles inseridos participam desse carisma. Porém têm que pagar um preço. A participação na superioridade de um grupo e em seu carisma grupal singular é, por assim dizer, a recompensa pela submissão às normas específicas do grupo (Elias, 2000, p. 26).

refletem pares antitéticos. Noções como figuração, *habitus* ou ainda auto-imagem servem para romper com um modelo dual de análise. Neste caso, ao desenvolver uma teoria do poder (Neiburg, 2001), torna claro que a solidária relação entre estigmatização e imposição de um *status* diferencial só é eficaz na medida em que é capaz de manipular a auto-imagem eu-nós, dado o imbrincamento de ambas:

A auto-imagem e a auto-estima de um indivíduo estão ligadas ao que os outros membros do grupo pensam dele. Apesar de variável e elástica, a ligação entre, de um lado, a autoregulação e sua conduta e seus sentimentos – o funcionamento das camadas mais conscientes e até de algumas menos conscientes da consciência – e, de outro, a opinião normativa interna deste ou daquele de seu “nós” [we group] só se rompe com a perda da sanidade mental (Elias, 2000, p. 40).

Assim é que a ordem estabelecida produz uma hierarquia de *status*. Há gratificação pela participação na economia dos afetos que reconhece como naturalmente privilegiado o seu grupo, o grupo estabelecido. Essa imagem, uma *auto-imagem* de superioridade, regula o trânsito social e produz um modelo de coesão que obedece a crença nessa superioridade como padrão para se agir. O que explicaria que outros fatores como distinções econômicas ou de classe não sejam consideradas válidas neste caso.

Ela [ordem estabelecida] pode ser mantida através da participação gratificante no valor humano superior do grupo e da correspondente acentuação do amor-próprio e auto-respeito dos indivíduos, reforçados pela aprovação contínua da opinião interna do grupo e, ao mesmo tempo, pelas restrições impostas por cada membro a si mesmo, de acordo com as normas e os padrões grupais (Elias, 2000, p. 41).

A *auto-imagem* condensa a um só tempo e, potencialmente, a pacificação e o conflito. Se o processo de estigmatização é eficiente, produz como resultado não apenas a crença na superioridade de seu valor por parte dos estabelecidos, mas também a crença na inferioridade por parte dos *outsiders*. Essa figuração irá traduzir-se em uma *auto-imagem* do nós e do nós ideal adequado a uma situação de poder diferenciada e desigual. Ancorada na imagem do nós os indivíduos tendem a adequar sua posição social a essa imagem¹⁰.

Aqui, o que se destaca de maneira mais acentuada é a maneira como a auto-regulação dos membros de um grupo estabelecido muito coeso está ligada à opinião interna que esse grupo faz de si. Nesse caso, a suscetibilidade desses indivíduos à pressão do “nós” [we group] é particularmente grande, pois pertencer a tal grupo instila em seus membros um intenso sentimento de maior valor humano em relação aos *outsiders* (Elias, 2000, p. 41).

¹⁰ A imagem do nós e o ideal do nós de uma pessoa fazem parte de sua auto-imagem e seu ideal do eu tanto quanto a imagem e o ideal do eu da pessoa singular a quem ela se refere como “eu” (Elias, 2000, p. 42).

Em todo o processo de estigmatização as crenças são os móveis da disputa de poder. As fantasias emotivas e ao mesmo tempo realistas instauram uma certa dinâmica de socialização, dando suporte inclusive aos conflitos realizados em fronteiras pacíficas ou não, como veremos em *Os Alemães*. Elas se constituem como a matéria-prima da composição da *auto-imagem* dos grupos que, de modo processual, tal qual as identidades, reelaboram-se constantemente.

Em *Winston Parva* a fofoca, elogiosa ou depreciativa, era uma das armas mais eficientes de controle dos grupos e de manutenção do *status* dos grupos. Esse instrumento de disputa de poder, cujo grau de latência na pequena cidade inglesa não desaguou no aniquilamento, tem como núcleo uma série de fantasias e a própria realidade, que se fundem na dinâmica da estigmatização. No entanto, nem sempre o grau de pacificação conquistado pelo processo civilizador é mantido quando as auto-imagens correm risco. Essa parece ser a questão fundamental para Elias em *Os Alemães: a luta pelo poder e a evolução do habitus nos séculos XIX e XX*.

4. Os Alemães

Sem dúvida alguma o nazismo representou uma das experiências mais difíceis para a imagem que o Ocidente construiu de si e que Elias explora em *O processo civilizador*. De acordo com isso, a questão número um, posta pelo autor, é a seguinte: a civilização não é um dado inato do comportamento humano ou um processo social acabado, tal como se havia cristalizado na autoconsciência ocidental, exige um contínuo processo de aprimoramento. A fratura exposta nesta *auto-imagem* tornou necessária a pergunta sobre o que permitiu a ocorrência do surto de incivilidade vivido na Alemanha de Hitler.

Os Alemães tenta responder a essa questão. É um texto cuja lógica parece condensar a de dois outros trabalhos de Elias, *Os estabelecidos e os outsiders* e *O processo civilizador*. Na tentativa de compreender o assassinato em massa de judeus, Elias simultaneamente trabalha com uma figuração “estabelecidos e outsiders” e com um processo de longo curso, a própria biografia alemã. No cruzamento dessas questões está o problema da *auto-imagem* e das crenças. Essas noções se transformam em chave de leitura da ascensão de Hitler e do padrão de avaliação e de conduta adotado pelos alemães naquele momento.

Qual a ambiência das ações sociais? Acreditando em que, e inserido em que estrutura social de interdependências um indivíduo constrói suas ações? Ainda que essas ações pareçam contradizer aquilo que se apresenta como socialmente sensato?

Em *Os Alemães*, a noção de *habitus* tem importância fundamental: ela conforma uma *auto-imagem* em cuja base estão sentimentos, crenças e ideais que podem funcionar como móveis de ação. Um *habitus* pode ser lido como um código, um padrão nacional. Assim, Elias constrói um quadro onde o nazismo é compreendido como realidade que se tornou possível a partir de um determinado *habitus*, não como desenvolvimento necessário, mas como

um dos caminhos possíveis que se realizou. Os elementos, mobilizados por Hitler, ganham sentido dentro desse quadro.

Como parte de um processo, a *auto-imagem* é passível de mudança, ao mesmo tempo em que influencia o curso do desenvolvimento. Durante os séculos XV e XVI, talvez o principal ingrediente da *auto-imagem* alemã tenha sido a impossibilidade de realização, por um longo período, de sua unificação. Uma série de representações está associada a esse fato: fraqueza, inferioridade, incapacidade de construir unidade. Há uma oscilação na forma como os alemães se vêem, entre depreciação e sobreestimação, cujo conteúdo é fantasioso. A imagem de um império como modelo de realização de sua unidade e de um destino glorioso ampara a imagem de sobreestimação. Ao passo que a trajetória dos outros países europeus desempenha papel importante na formação de uma imagem depreciativa, já que os parâmetros de comparação são as outras nações e suas conquistas.

O período compreendido entre os séculos XIX e XX é marcado por duas grandes guerras e o retorno à idéia de um império. Existe uma ambiência de valorização do esforço de realização dos ideais e de ênfase no extraordinário. Assim, como nos momentos de crise, valorização da obediência absoluta, como parte do dever nacional. Vitória e derrota aparecem como duplo da imagem alemã.

Ainda durante os séculos XIX e XX os países europeus vivenciam mudanças tanto do aspecto político como cultural, sobretudo mudanças na balança de poder, em que alguns países ascendem e outros descendem, como é o caso da Inglaterra. Essa oscilação supõe mudanças na *auto-imagem* de um povo, nem sempre facilmente assimiláveis. Tal qual analisa em *A sociedade dos indivíduos*, o *efeito de trava* se verifica entre os alemães, e a Alemanha se mostrará refratária a essas mudanças. Em grande parte em face de sua *auto-imagem* e de seu nós-ideal. No século das repúblicas, a República de *Weimar* é rechaçada e vista como uma ameaça à idéia de unidade - o grande fantasma e o grande ideal alemão.

Na trajetória alemã a idéia de um *nós-unidade* absorveu a noção de um poder autocrático. Os interesses de classe foram adaptados e sufocados por essa percepção¹¹. Subproduto disso é a subordinação como hábito incorporado, imagem da autocracia que se integra no código nacional.

Unidade nacional com funções de compulsão, amor pela unidade social e identidade com o opressor são características de todos os Estados-nação, construtoras da polaridade indivíduo-sociedade. No entanto, afirma Elias, o que fez que essas características ganhassem um conteúdo perverso no caso Alemão, foram o caráter excepcional e rigoroso do ideal nacional alemão e características opressivas da tradição nacional, intimamente relacionadas ao conteúdo de fantasia do ideal nacional. Tal percepção paralisou o julgamento crítico e a capacidade de perceber fatos contraditórios entre os alemães.

¹¹ A ascensão da classe média às esferas políticas, ocorrida em outros países, foi barrada na Alemanha, e seu sonho nacional foi realizado por governos autocráticos.

Toda a leitura efetuada por Elias da ascensão de Hitler centra-se na aceitação de que as crenças e as fantasias tiveram um papel fundamental na adesão e no consentimento que deram ao nacional-socialismo controle de vida e morte sobre os judeus. O trajeto da ascensão só ganha sentido se a análise não divorcia subjetividades e objetividades, racionalidades e irracionalidades, consideradas por Elias dualidades esvaziadas de suas verdadeiras possibilidades de compreensão. A auto-imagem parece ser o lugar de inscrição dessas dualidades, não divorciadas, o que possibilita que se leia a realidade a partir de fatores antes desprezados pela sociologia, como os sentimentos e emoções.

O fracasso na Primeira Guerra significou, para os alemães, perda de poder e valor. Acenou também com a necessidade de reconstrução da *auto-imagem* nacional, tarefa mais difícil para os alemães cuja *auto-imagem* nunca havia correspondido à realidade, quase sempre ancorada num conteúdo fantasioso e sobreestimado.

Como visto em *A sociedade dos Indivíduos*, as situações de perda de poder são percebidas como perda de significado e valor. As respostas para os eventos na Alemanha, durante a Segunda Grande Guerra, devem ser buscadas, segundo Elias, com menos ênfase no caráter econômico da perda e com mais ênfase nas perturbações da *auto-imagem*. A ameaça àquilo que os grupos consideram como significativo impede a percepção da situação como ela é. Quanto mais ameaçadas se sentem as pessoas, mais estúpidos os meios de luta pela manutenção do poder.

Isto porque, segundo Elias, é a sociedade, e sua representação mais direta, o Estado-Nação, que empresta significado à vida individual. Se aquilo que as pessoas vivem como significativo se dá por oposição, exclusão e restrição a outros grupos, há uma situação de inimizade latente que se traduz em um grau de barbarismo possível. Sendo a nação a guardiã de tudo aquilo que é significativo para o eu, em momentos de crise a *auto-imagem nós* passa para o primeiro plano¹².

Essas situações de perda de poder e de acomodação da *auto-imagem* - e o caso alemão foi exemplar - tem implicações para o processo civilizador. A perda de poder em nações poderosas pode levar, na defesa de suas posições, à utilização de meios bárbaros. A adaptação a uma nova posição é um processo longo, doloroso e delicado. No caso alemão, o lento processo de declínio impregnou o *habitus* nacional. Assim, a aceitação do extermínio tem acento na biografia deste povo, tornando-se parte da história de realização dos impulsos imperiais. Afirma-se como uma tentativa desesperada de realização

¹² Em *A Sociedade dos Indivíduos*, ao discutir o efeito de trava, que, como dissemos, torna a auto-imagem cristalizada e hostil a qualquer mudança que pareça acenar com a perda de poder e prestígio do grupo, afetando simultaneamente o eu e o nós, Elias nos ensina que o Estado-Nação se consolida como unidade de sobrevivência, na qual o indivíduo identifica a proteção e a partir da qual significa sua vida. Quando essa unidade é ameaçada, a identidade-nós passa ao primeiro plano e o indivíduo tende a responder com a própria vida.

do ideal nacional, fazendo parte da mobilização de um *nós-ideal* que sujeitou o presente e o futuro a uma imagem onírica do passado. A noção de raça é usada como idéia unificadora, inspiradora de um credo social capaz de incluir classes distintas, superando conflitos e integrada ao ideal nacional de grandeza, representado pela construção de um império.

Todas as variáveis levantadas por Elias para responder a pergunta: "Por que os alemães aderiram e participaram da *solução final*?" são tomadas da trajetória de longo curso da biografia alemã e estão diretamente ligadas à formação da *auto-imagem* e *nós-ideal* dessa nação. A *Real Polític*, a crença na guerra e na violência, a tendência para absolutos, a disposição para subestimar os limites ao uso da força constituem-se como elementos de uma autoconsciência.

Hitler aparece a Elias como um *xamã político*, cuja eficácia é atribuída a uma ação capaz de conciliar o povo com seu ideal nacional, já que *um líder deve ser capaz de desempenhar um papel na imagem ideal que uma nação ou outro agrupamento tem de si mesmo*. Ou seja, sua *auto-imagem* e seu duplo, o *nós-ideal*.

Considerações finais

Entendendo o conflito como algo imanente à história da humanidade, Elias afirma em *Os Alemães* que,

As desigualdades entre grupos e indivíduos estão entre as marcas distintivas recorrentes das sociedades humanas. (...) Em função da extrema brutalidade da lenda nazista, talvez se perca a percepção de que relações dessa espécie são uma realidade universal. Ao que parece, quase todos os grupos humanos tendem a perceber determinados outros grupos como pessoas de menor valor do que eles mesmo (Elias, 1997, p. 199).

Recentemente uma série de eventos tornou problemáticas e fecundas as questões postas por este autor. Talvez a mais emblemática e aguda das questões gire em torno das relações conflituosas entre Oriente e Ocidente, cujo momento mais dramático foi marcado pelos eventos de 11 de setembro de 2001. Naquele episódio, o grau de civilidade e a imagem construída em torno desta foram postas à prova, ainda que, paradoxalmente reforçadas, na medida em que a idéia da civilização tenha servido como argumento de distinção e qualificação de uma das partes envolvidas.

O que me parece mais interessante neste episódio é a possibilidade de se discutir a importância e a relação do duplo - pacificação-conflito - ou civilização e incivilização. E nestes duplos o papel das *auto-imagens*, cujo processo de constituição ou de acomodação às mudanças pode pôr em risco, ou negar, em alguns casos, a própria trajetória que as instituiu e sobre a qual assenta o orgulho que a define.

Entender os processos de formulação de uma valoração positiva e do orgulho que ela mantém pode ser uma estratégia importante de leitura dos conflitos, com a qual Norbert Elias nos acena.

Referências bibliográficas

- ELIAS, Norbert. (1994). *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1997). *Os alemães: a luta pelo poder e a evolução do habitus nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1994). *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. v 1
- _____. (1993). *O processo civilizador: formação do Estado e Civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. v 2
- ELIAS, Norbert & SCOTSON, John. (2000). *Os estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. (1967). A eficácia simbólica. In: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. p. 215-236.
- NEIBURG, Frederico. (2001). "O naciocentrismo das ciências sociais e as formas de conceituar a violência política e os processos de politização da vida social", In: WAIZBORT, Leopoldo (org.). *Dossiê Norbert Elias*, 2ª ed. São Paulo: Edusp.
- SOUZA, Jessé. (2000). Norbert Elias e a seletividade do processo civilizatório ocidental, In: *A modernização seletiva: uma reinterpretação do dilema brasileiro*. Brasília: Editora da UnB.
- WAIZBORT, Leopoldo (org.). (2001). *Dossiê Norbert Elias*. 2ª ed. São Paulo: Edusp.
- _____. (2001). "Elias e Simmel". In: *Dossiê Norbert Elias*. 2ª ed. São Paulo: EDUSP. p. 89-111.

RESUMO

Notas sobre o conflito e a auto-imagem em Norbert Elias

O objetivo deste artigo é estabelecer uma discussão sobre processos conflituosos a partir das considerações de Norbert Elias sobre a construção da *auto-imagem* dos grupos e o papel desempenhado por esta na dinâmica das disputas. Esta noção é trabalhada pelo autor, de modo direto ou indireto, em *O Processo Civilizador* (1993, 1994a), *Os Estabelecidos e os Outsiders* (2000), *A Sociedade dos Indivíduos* (1994b) e ainda em *Os Alemães* (1997). Estão presentes nestes textos desenvolvimentos sobre a importância da formação da *auto-imagem* que um grupo faz de si e, baseando-se nesta, constrói sobre os outros.

Palavras-chave: Conflito; auto-imagem; relações sociais

ABSTRACT

On conflict and self-image in Norbert Elias

This article aims at establishing a discussion about the processes that lead to conflict according to Norbert Elias' ideas on the building of group *self-image* and the role played by this within the dynamics of dispute. This notion is worked out by the author, in a direct or indirect way, in *The Civilizing Process* (1993, 1994a), *The Established and the Outsiders* (2000), *The Society of Individuals* (1994b) and in *The German* (1997). Developments on the importance of self-image building by a group are found in these texts, and how the group, based on this, builds up the image of the other.

Keywords: Conflict; *self-image*; social relations

Recebido para apreciação: novembro de 2003

Aprovado para publicação: março de 2004

Resenhas

LYRA, Rubens Pinto (ORG.). *Autônomas x obedientes: a Ouvidoria Pública em debate*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2004. 172p.

Ítalo Gurgel

O Brasil atravessou longo período de aprendizado democrático, pontilhado de avanços, retrocessos e sobressaltos. Embora, nos dias atuais, pareça exaurido o ciclo histórico em que se alternaram curtos períodos de normalidade institucional e prolongados regimes autoritários, temos o direito de acreditar que apenas metade do caminho foi percorrido. Ainda há muito que se avançar até amadurecermos um sistema que se caracterize pela existência de instituições consolidadas, autônomas, confiáveis.

A experiência política que vivenciamos nesses últimos anos deixou na boca, por vezes, o travo da insatisfação, o ranço da incompletude e, não raro, o amargo sabor da decepção. Ademais, o atual modelo de democracia representativa herdou pesados vícios, tendendo hoje a se constituir numa espécie de “oligarquia eletiva”, que oferece ao cidadão o direito de voto, mas que, uma vez encerrado o processo eleitoral, reserva a um pequeno grupo toda a responsabilidade pelo exercício do Poder Público.

É nesse contexto que se abre a discussão em torno da democracia participativa, uma proposta inovadora, que pode, sem constrangimentos, coexistir com o modelo representativo de democracia, complementá-lo e aperfeiçoá-lo, na medida em que abre espaço para uma participação efetiva da sociedade civil na gestão pública.

O tema da democracia participativa, com seus paradigmas e instrumentos específicos, inspira o primeiro dos quatro ensaios reunidos pelo Prof. Rubens Pinto Lyra para compor a coletânea *Autônomas x Obedientes – A ouvidoria pública em debate* (Editora UFPB, 2004). Ao discutir sobre “O público não estatal”, Gustavo Barbosa de Mesquita Batista, professor de Direito Penal da Universidade Federal da Paraíba, repassa, com minúcia e clareza, o elenco de institutos de participação política do cidadão que coexistem, em nosso país, com o modelo de democracia representativa. O autor observa que esses espaços de exercício da cidadania “estão fora das instituições estatais, incorporados por instâncias da sociedade civil organizada e exigindo uma experiência democrática cada vez mais abrangente e diversificada, distante do clássico modelo de representação política”.

Previstos na própria Constituição Federal de 1988 e perpassando todos os Poderes, tais mecanismos auxiliam na consecução do objetivo de ampliar a participação da sociedade no controle do Estado, lançando as bases de uma democracia participativa, na qual as Ouvidorias e os Conselhos de Gestão e Fiscalização têm papel primordial a cumprir.

Na seqüência dos textos selecionados pelo Prof. Rubens Lyra para compor a coletânea, aparece reproduzido antológico ensaio de Manoel Eduardo Alves Camargo e Gomes - "Do instituto do Ombudsman à construção das ouvidorias públicas no Brasil". Aqui, primeiramente, examina-se a evolução histórica desses institutos e suas características fundamentais. Em seguida, percorrem-se os diferentes modelos que as Ouvidorias e a figura do Ombudsman assumiram, desde seu surgimento, na Suécia, no Século XVIII.

Manoel Eduardo, que vivenciou, em Curitiba, a experiência de ser o primeiro Ouvidor do Brasil (na moderna concepção dessa função), traça um perfil, o mais objetivo possível, da figura do Ouvidor/Ombudsman, resgatando inclusive uma definição delineada no V Congresso Brasileiro do Direito Administrativo e que se tornou clássica:

O ombudsman é, basicamente, um instituto do direito administrativo de natureza unipessoal e não contenciosa, funcionalmente autônomo e formalmente vinculado ao Legislativo, destinado ao controle da administração e, nessa condição, voltado para a defesa dos direitos fundamentais do cidadão¹.

Com a mesma limpidez são delineados seus papéis:

... proteger o povo das violações dos direitos, abusos do poder, erros, negligência, decisões injustas e má administração, a fim de aprimorar a administração pública e fazer com que os atos do Governo se tornem mais abertos e que o Governo e os funcionários sejam mais transparentes...²

O texto, transcrito inicialmente em *A Ouvidoria na esfera pública brasileira* (Editora UFPB/Editora UFPR, 2000), reaparece na nova coletânea como um capítulo imprescindível, que repassa aspectos conceituais e históricos, contribuindo assim para se compreender melhor como a Ouvidoria pública desembarcou no Brasil e que feições vem assumindo, paulatinamente, nessas latitudes tropicais.

Rubens Lyra insere, ainda, dois ensaios de sua autoria, que voltam a lançar luzes sobre os instrumentos de participação popular na gestão do Estado. No primeiro - "Ouvidor: o defensor dos direitos na administração pública brasileira" - o autor, que inscreve em seu currículo o fato de ser um dos fundadores da Associação Brasileira de Ouvidores (ABO) e de ter sido o primeiro Ouvidor-Geral da UFPB (época em que também criou o Fórum Nacional dos Ouvidores Universitários), detém-se em historiar as marchas e contramarchas que marcaram, entre nós, o avanço de propostas inovadoras como as consultas

¹ GOMES, Manoel Eduardo Alves Camargo e Gomes. O ouvidor geral - uma experiência municipal. Tese apresentada no V Congresso Brasileiro de Direito Administrativo (1986). Revista de Direito Público. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, n. 83, p. 250-259, jul./set. de 1987, p. 253.

² International Ombudsman Institute, www.law.ualberta.ca/centres/ioi/. Tradução do comentarista.

populares, o orçamento participativo, os Conselhos Gestores e de Fiscalização de Políticas Públicas e as Ouvidorias. Lembra o debate suscitado, nos anos oitenta, pela idéia da criação do cargo de Defensor do Povo e examina o processo que vem configurando as bases estruturais das Ouvidorias brasileiras.

Lyra identifica, a seguir, os requisitos capazes de garantir a autonomia do Ouvidor e, num crucial exercício de sistematização, extremamente pedagógico, expõe os “Elementos para a caracterização do instituto da Ouvidoria” – a unipessoalidade, a magistratura da persuasão, a desvinculação do poder institucional, a desvinculação político-partidária e a existência de mandato e atribuições específicas.

Após perquirir o papel da Ouvidoria como instrumento de defesa e promoção de direitos, o pesquisador reitera o papel político desse instituto, lembrando que sua atuação enfraquece o corporativismo e abre espaço para a participação direta do cidadão na gestão pública. Defende, ainda, a criação da Associação Brasileira de Ouvidorias Públicas, como espaço capaz de estimular “a criação de múltiplas redes associativas e a construção de um ambiente adequado à discussão e ao encaminhamento das questões” relacionadas a essas Ouvidorias. O que não impediria a colaboração entre ouvidorias públicas e privadas, diálogo fundamentado no reconhecimento de que se constituem em “dois tipos completamente distintos de ouvidoria, com objetivos e *locus* de atuação específicos”.

No quarto e último texto de *Autônomas x obedientes – a Ouvidoria Pública em debate*, Rubens Pinto Lyra, que fundou e dirigiu, na Paraíba, o Conselho Estadual de Direitos do Homem e do Cidadão, se lança a uma apreciação crítica da atuação das Ouvidorias e dos Conselhos, instâncias surgidas num Brasil recém-(re)democratizado e que têm atuado, como porta-vozes da cidadania, na prevenção e mediação de conflitos.

O ensaio intitulado “Formato e papel dos Conselhos e Ouvidorias na área de segurança e justiça” tece considerações, inicialmente, sobre a importância da democracia participativa e as perspectivas futuras de seu incremento. Analisa, igualmente, o formato e o papel dos conselhos gestores ou fiscalizadores de políticas públicas, com atribuições nas áreas da segurança e da justiça. Em seguida, examina o formato e o papel das Ouvidorias de Polícia e da Ouvidoria Agrária Nacional, enfocando a atuação das Ouvidorias e Conselhos como órgãos educativos, normativos, propositivos e de fiscalização e como mediadores na solução de conflitos. Por fim, identifica a emergência de um novo campo ético-político na *práxis* desenvolvida pelos citados Conselhos.

Além de pesquisar a legislação concernente, além de servir-se de relatórios, jornais e obras especializadas, buscando embasar e enriquecer sua análise, Rubens Lyra recolheu depoimentos orais dados por atuais e ex-dirigentes dos órgãos estudados – riquíssimo subsídio. Atento à dimensão do debate que se trava, em nosso país, a partir das Ouvidorias e dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, que se distribuem por todo o território nacional, o autor observa que, nos dias atuais, o Brasil se constitui “no palco de uma experiência que o coloca na vanguarda mundial da participação cidadã na gestão pública”.

Com a mesma visão otimista, ele enxerga o nascimento de um novo campo ético-político, onde vem ocorrendo transformação histórica. A “tribo dos direitos humanos” e a da segurança pública já não se atritam compulsoriamente – como ocorria até algum tempo atrás – e a questão dos direitos humanos deixou de ser tratada como caso de polícia. Vislumbra-se, já, a possibilidade de criação de “controles internos”, mediante a participação da sociedade civil na elaboração de políticas de segurança e na formação de policiais. Fala-se em “segurança pública democrática”, um conceito inédito.

São mudanças que se operam graças a uma estabilidade política duramente conquistada pelo povo brasileiro. A democracia parece, enfim, consolidar-se, embora careça ser lapidada, de modo a perder suas arestas de autoritarismo e centralismo, que favorecem a corrupção, desperdício, inércia, inépcia e falta de transparência. Os novos instrumentos de participação da sociedade no controle da coisa pública, extremamente criativos e eficientes, como que reinventaram a democracia, dando maior consistência e abrangência à sua concepção. Através das Ouvidorias e dos Conselhos Gestores e de Fiscalização, o espaço público tornou-se permeável à participação dos cidadãos.

O retrato desses novos atores da construção da democracia brasileira aparece estampado nas páginas de *Autônomas x obedientes – a Ouvidoria Pública em debate*. A coletânea que o Prof. Rubens Pinto Lyra e seus pares entregam ao público tem o condão de revelar, com clareza e discernimento, a forma como se gerou e se vem ampliando a esfera da democracia real em nosso País. Os quatro textos se combinam e se complementam, como saídos da pena de um mesmo autor, produzindo orquestrada sinfonia de idéias em torno daquele mote central: de uma forma autônoma (e não obediente), os novos espaços conquistados pela cidadania podem constituir-se na base de uma democracia participativa que conduziria o Brasil, finalmente, à maturidade político-institucional.

TAVOLARO, Sérgio B. de F. *Movimento ambientalista e modernidade: sociabilidade, risco e moral*. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2001. (Selo Universitário - Ciências Sociais 144)

André Gondim do Rego

Este livro, fruto de uma dissertação de mestrado em sociologia pela Universidade de Campinas, tem como um dos principais méritos a densidade teórica com que seu autor, Sérgio Tavolaro, perseguiu os objetivos propostos. Como principal meta, ele procura fazer uma caracterização da emergência de organizações ambientalistas na modernidade avançada e dos sentidos de distanciamento e reaproximação da natureza aí performados pela racionalização dos processos de produção e reprodução social. Para identificar o significado da atual crise ambiental para tais movimentos, suas formas de associação e o lugar que a natureza ocupa agora na normatividade, as idéias de risco, sociabilidade e moral, bem como a ampliação da idéia de racionalidade instrumental para uma também discursiva, foram premissas teóricas fundamentais.

No primeiro capítulo, o autor aborda de maneira tão coerente quanto sintética perfis teóricos sobre a relação homem-natureza. A tentativa aqui é a de especificar aspectos estruturais desta relação, ao mesmo tempo que superar a dicotomia pela qual sociedades de organização simples teriam uma relação harmônica e passiva com a natureza, enquanto que as de organização complexa estariam marcadas pela dominação e o distanciamento em relação à mesma. Segundo Antônio Diegues, hoje a sociedade apresentaria o desejo de recuperar um "mundo natural puro", porém, neste autor, não encontramos o porquê deste desejo na modernidade. Procurando dar uma explicação parcial para essa popularização do ambientalismo contemporâneo, Tavolaro começa por traçar aqueles perfis anteriormente mencionados. Sua hipótese é a de que numa e noutra sociedades estão presentes o desejo de dominar o entorno, entretanto, enquanto nas simples seria o mito com seu caráter interpretativo totalizante e local o sistema de idéias que orientaria tal ação, nas complexas este seria marcado pela ciência, cujo caráter da ação é individualizante, mas de pretensão universal. Lévi-Strauss já apontava que entre "magia" e "ciência" a diferença seria a aproximação e o afastamento que ambas teriam, respectivamente, com a intuição sensível; já para os membros da Escola de Frankfurt (aqui compreendidos Adorno, Marcuse e Horkheimer) em todas as épocas o homem procuraria emancipar-se da natureza para garantir sua autopreservação e isto através de um comportamento sinónimo que se iniciou pela imitação instintiva da natureza, passando por sua apropriação ritual e culminando na autonomização destes processos rituais pela sua fundação em conceitos e não mais sobre a realidade diversa, o que caracterizaria o pensamento técnico. O autor admite a importância da dimensão estratégico-

instrumental apontada por estas teorias, mas a considera limitada. Elas desconsiderariam o que Hannah Arendt, por exemplo, chamou, em contraposição ao *labor* e ao *trabalho*, de *ação*, a relação social ligada ao entendimento linguisticamente mediado. Com esta dimensão sendo também considerada, o duplo reducionismo antes mencionado necessariamente precisaria ser refutado, pois, na modernidade, ao lado dos elementos de reprodução material e administração da sociedade, existem também as diversas mediações, relativamente autônomas, promovidas pelos setores de reprodução cultural, bem como um conjunto de possibilidades reflexivas advindas da racionalização das concepções de mundo e da normatividade, que inviabilizam pensar a sociedade de uma maneira unidimensional. Como exemplo, Tavolaro cita o trabalho de Keith Thomas sobre o comportamento do homem inglês em relação à natureza no início do processo de industrialização, onde, ao contrário do que aquele reducionismo indicaria, houve uma crescente valorização da natureza ao mesmo tempo em que aquele processo avançava.

Apontar como o processo de racionalização vai constituindo novas sociabilidades, além de uma nova compreensão sobre a emancipação, é o assunto do segundo capítulo do livro. A razão iluminista nasce como o novo “ser supremo” que guia os homens para o entendimento. A transformação das ações racionais-com-respeito-a-valores para as racionais-com-respeito-a-fins, o que termina por suprimir os fins em nome dos meios, leva, segundo Max Weber, a sociedade a coisificar as relações humanas, à crescente valorização dos objetos e a uma crescente burocratização da sociedade que terminaria por levá-la àquilo que denominou “gaiola de ferro”. Ainda assim, aqui a razão científica é a única instância capaz de pensar satisfatoriamente a sociedade. Para os frankfurtianos essa crise da razão chega ao seu máximo uma vez que passa a ser ela também regulada pelo mercado, o que impossibilita toda sua promessa emancipatória. O processo de maquinação parcializa o homem e fragmenta sua consciência até o ponto em que aquilo que lhe permitia autonomia frente à natureza, um processo de sublimação, agora o coloniza segundo as “leis” do sistema racionalizador. A própria crítica teórica agora estaria sendo funcionalizada por este. Tavolaro, entretanto, levanta a hipótese de que tal processo de reificação da sociedade seria apenas uma das facetas da modernidade. Esses teóricos deixaram de apreciar que o processo de racionalização ultrapassaria tais limites e apontaria sim para uma possível emancipação. Habermas, por exemplo, sustenta que é preciso para compreender a modernidade fazer uma separação analítica entre os elementos de reprodução material e administração da sociedade (a que chamou *sistema*) e aqueles de reprodução cultural, integração e socialização (a que chamou *mundo da vida*), características modernas desconsideradas por Weber e a Escola de Frankfurt. Aliados a Habermas, também Giddens e Touraine conformam uma visão da modernidade que, desconsiderando por aqui suas diferenças, se caracterizaria em quatro dimensões: a racionalização das concepções de mundo que permitiria agora ao homem pensar-se contrafactualmente sem o peso excessivo da tradição; a racionalização da normatividade que fundada em consensos políticos promoveria toda uma “subjetivação” e “desençaixe

das relações sociais”; o sistema político-administrativo baseado numa legitimação não-lingüística racionalizada, impessoal e concentrada e autonomizada no Estado; além do sistema econômico caracterizado por uma grande complexificação e autonomização sendo o *locus* da ação estratégico-instrumental por excelência. A consequência destas dimensões seria um aumento das situações de risco pela implicação das decisões; a monetarização do “mundo da vida” com a invasão do sistema econômico em suas esferas; e a burocratização também deste “mundo” pela colonização sistêmica das decisões lingüisticamente mediadas.

Pensar os movimentos ambientalistas nesta situação é a intenção do autor. Segundo ele, a partir da década de 1970 movimentos de contestação a esta colonização sistêmica começam a fazer frente tanto ao Estado como ao mercado, ora com posturas ofensivas, ora defensivas. Tais movimentos passam a propor novos modelos de sociabilidade, mas de forma diferente dos movimentos emancipatórios até então existentes. Em termos de valores continuam modernos (lutam por emancipação, autonomia...), mas agora não mais com ênfase no progresso técnico-científico, mas por uma recuperação da normatividade e por relações não reificadas entre sociedade civil, Estado e mercado; em termos de atores, perde-se a identidade classista para uma envolvendo participantes que compartilham “carências”; em termos de questões levantadas deixam de centrar-se na distribuição para tratar das “gramáticas das formas de vida”, ainda que na América Latina, por exemplo, as duas sejam encaminhadas conjuntamente; e em termos de formas de organização e modo ação sustenta-se, pelo menos inicialmente, uma indiferenciação entre os membros, porém uma necessária autonomia em relação ao Estado.

O capítulo seguinte é dedicado ao tratamento do risco envolvido na modernidade, em especial ao que diz respeito às questões ambientais. A preocupação dos movimentos ambientais que de início restringiam-se à preocupação com a preservação da vida selvagem, passa para uma de proteção generalizada do meio ambiente devido aos grandes perigos promovidos pelo homem para destruição do planeta, o que desperta uma reação em toda a esfera pública. É justamente esta responsabilização dos homens por estes novos riscos que traz todo um diferencial em sua concepção moderna. A partir de Giddens e Luhmann, Tavolaro considera que enquanto no mundo tradicional o risco é tomado como *perigo*, isto é, uma incerteza de causa externa, o *risco* moderno deriva de uma decisão humana, e isto implica sua responsabilidade para com o porvir. Entretanto, como as decisões sobre o futuro são cada vez mais especializadas, sendo que muitos dos membros da sociedade não tomam parte nela, o que é *risco* para alguns representa *perigo* para a maioria. Isso faz com que grupos se organizem para tomar parte nas decisões, o que é também tomar parte nos riscos. Esta situação de probabilidade/improbabilidade do futuro envolve uma reflexividade permanente. Ela faz com que autores como Beck, por exemplo, argumentem uma mudança da *sociedade industrial* para uma *sociedade do risco* onde os riscos passariam a prevalecer sobre as forças produtivas. Ainda segundo Beck, tal situação deslocaria a ciência como conhecimento único da verdade (ainda que sua necessidade esteja posta), para

um envolvimento cada vez maior desta racionalidade científica com uma experiência histórica, uma vez que a “controlabilidade” da primeira não seria mais eficiente na definição do futuro, exigindo-se agora tanto uma “estimabilidade” das possíveis consequências, como também uma maior “acessibilidade” de atores nas decisões sobre o futuro. Segundo Luhmann, essa maior participação, entretanto, envolve uma disputa entre percepções científicas diferentes segundo os atores que olham o problema. Todas são válidas uma vez que científicas, daí sendo envolvidos na disputa da melhor previsão tanto a distribuição social dos riscos, o conhecimento como reflexividade e a possibilidade de dramatização desses riscos – sem excluir a complexidade que a distribuição de riqueza tem para estas decisões e sobre as alianças que circunstancialmente vão se conformando ou se dissolvendo entre os diversos atores. Dessa forma, é apenas no momento em que os movimentos ambientalistas surgem para enfrentar os perigos exteriormente criados pelo desenvolvimento e autonomia do sistema econômico que esses passam a se apresentar como risco. A partir daí suas ações passam a influenciar de maneira fundamental a arena política, dada a insuficiência do sistema legal em lidar com tais situações e evitá-las.

Para se chegar às relações entre os novos movimentos ambientalistas e a atual redenção da natureza, é preciso rejeitar uma uniformidade de suas ações devido às várias tendências com que se apresentam. Ainda assim, procurar o que há de comum aí é o objetivo do autor no quarto capítulo do livro. Após fazer um pequeno histórico dos antecedentes deste movimento na modernidade, Tavolaro, a partir de uma concepção da modernidade como multidimensional, mas sofrendo certamente de uma colonização sistêmica ampla do “mundo da vida”, assume com outros autores que por volta dos anos de 1950/60 poderíamos utilizar na caracterização destes movimentos os termos preservacionismo (os que enfatizam a necessidade de preservar uma “natureza intocada”) e o conservacionismo (os que enfatizam uma utilização racional dos recursos). Entretanto, a partir dos anos de 1980 há uma inflexão nestes “ambientalismos”, o que exige novos termos para adjetivá-los. Após discutir as classificações adotadas por Viola & Leis e Ferreira, o autor termina por se utilizar da proposta de Robyn Eckersley, que prevê a existência geral de duas tendências: a antropocêntrica, que prima pela emancipação humana numa sociedade ecologicamente sustentável; e a ecocêntrica, que, apesar de partir das mesmas bases da anterior, estende tal emancipação também para o mundo não humano. Tais perspectivas associadas às formas de sociabilidade características da modernidade (que o autor extrai tanto de Giddens como de Touraine e Habermas) conformariam movimentos ambientalistas que se pautam pelo temor da ingerência completa dos âmbitos político-administrativos nos espaços onde predominariam relações pautadas pela busca do entendimento. O ambiente aqui é aquele pertencente às relações vitais dos indivíduos, que não apenas configura novas tradições e normatividades, mas também identidades. Agindo ora de maneira ativa, ora passiva, a temática do ambientalismo entra na pauta política não apenas assumindo vários significados conflitantes com os interesses sistêmicos, mas também sendo

sistematizada por um ganho reflexivo ascendente que a coloca cada vez mais numa posição de destaque na normatividade moderna.

Após vermos como na modernidade a discussão sobre o meio ambiente entra na pauta política e normativa, o autor, no último capítulo de seu livro, revela que tal entrada da natureza não se faz simplesmente como um objeto de direito, mas muitas vezes como seu sujeito, o que implica toda uma nova discussão sobre essa normatividade. Enquanto no primeiro caso se tem uma ampliação da idéia de cidadania pela entrada da temática ambiental, no segundo a própria natureza passa a fazer parte da cidadania, implicando uma extensão da integridade humana também para os ecossistemas. Uma vez que o direito moderno se refere a indivíduos e agora necessitaria se referir a comunidades (ou ecossistemas), a discussão se tal atitude assumiria um caráter pré-moderno como denunciado por vários autores, é refutado por Tavolaro, uma vez que suas reações às incursões sistêmicas e às situações de perigo não deixam de ser reflexivas. Partindo da idéia habermasiana de que a uma dada complexidade de organização da sociedade corresponde um nível moral tal e tais relações de alteridade - o que, para o caso de sociedades de classe economicamente constituídas como a nossa, equivaleria a uma autonomia dos subsistemas econômico-administrativo e uma racionalização do mundo da vida - a moral se tornaria aí pós-convencional, ou seja, situação onde as normas são julgadas à luz de princípios, onde ocorre uma separação entre moral e lei, e onde o direito, apesar de visto como instituição e meio de controle, tem sua legalidade e legitimidade constantemente questionadas por estes princípios. É assim que na modernidade a proteção da natureza ao fazer parte do conjunto de princípios da sociedade ganha seu lugar na moralidade e normatividade. A natureza, assim, como nos diz o autor, conquista um *status* jurídico não num discurso externo ao sistêmico, ou constituindo-se de maneira não-reflexiva, mas emergindo numa moderna sociedade civil capaz de institucionalizar a pluralidade, o criticismo e a aprendizagem na dimensão normativa. Esse outro, sujeito de direito, certamente aparece reencantado e em tradições reinventadas, mas seus novos significados são justamente aqueles constituídos numa esfera discursiva que luta por fazer valer seus conteúdos, e conflitos entre conteúdos, frente à invasão sistêmica que se apresenta como eticamente neutra. A própria idéia de atribuir intencionalidade à natureza como sujeito de direito só é possível a partir desta pós-convencionalidade que como disputa de concepções ora irá tratá-la como este sujeito, ora como simples objeto, necessitando assim de um permanente policiamento reflexivo sobre a normatividade, importando que seu "lugar moral" agora é constituído por um constante diálogo reflexivo.

Restringindo-se ao movimento ambientalista que teve início em meados do século XX, superando a idéia de um comportamento pré-moderno deste, superando também o reducionismo comum sobre sociedades simples/complexas em suas relações com a natureza através de uma ampliação dos elementos a serem considerados nas diversas possibilidades desta mediação, e considerando a ligação disto com a multidimensionalidade da sociedade atual e as implicações que a relação entre incursões sistêmicas, reflexividade, risco,

consensos comunicativamente mediatizados, desenvolvimento técnico-científico e ameaça de extinção da vida planetária têm para a compreensão do caráter simbólico da natureza, Sérgio Tavolaro traz neste seu livro uma grande contribuição para os debates sobre meio ambiente e sociedade contemporânea, de maneira a deixar definitivamente claro o quanto esta é uma discussão complexa, e que não pode prescindir de uma compreensão de como estão sendo argumentados e acionadas na normatividade e moral vigentes.

SILVA, Marcos (Org.). *Dicionário Crítico Câmara Cascudo*. São Paulo: Perspectiva, FFLCH/USP, Fapesp; Natal: EDUFRN, Fundação José Augusto, 2003. 327 p.

Maristela Oliveira de Andrade

O *Dicionário Crítico Câmara Cascudo* recentemente publicado é fruto de árdua e brilhante iniciativa de Marcos Silva, historiador potiguar e docente junto a FFLCH-USP, ao conseguir arregimentar quase uma centena de pesquisadores de diferentes áreas, como jornalistas, lingüistas, historiadores, filósofos, antropólogos entre outros, oriundos de 25 instituições de diferentes regiões do Brasil, para apresentar cerca de cem trabalhos escritos por Câmara Cascudo, entre livros e opúsculos. Cada verbete do dicionário correspondeu a um título abordado por um pesquisador familiarizado com a obra do citado autor, do qual tive o privilégio de participar. Sobressai ainda desta iniciativa ímpar, a capacidade do seu organizador de envolver neste projeto grandioso mais de uma dúzia de instituições que emprestaram seu apoio financeiro e logístico indispensável à concretização do mesmo, comprometendo-as com a memória de uma produção intelectual das mais destacadas do Brasil ao longo do século XX.

Na esteira das contribuições e releituras da obra de Cascudo motivadas pela comemoração do centenário do seu nascimento, surge o dicionário somente cinco anos mais tarde, demora explicável em virtude da complexidade da tarefa, que exigiu esforços dobrados que uma obra coletiva desse porte requer. Tendo sido bem mais ambicioso em seu projeto do que as outras iniciativas comemorativas, empenhou-se em comprometer um numeroso e representativo grupo de pesquisadores e entidades para oferecer uma perspectiva da repercussão que a obra deste autor alcança no âmbito nacional. Ulpiano T. Becerra de Menezes, em sua apresentação ao dicionário, destaca a adequação entre o caráter enciclopédico da obra de Câmara Cascudo e o formato escolhido por Marcos Silva, também enciclopédico, menos para homenageá-la do que para auxiliar a sua consulta indispensável para os que desejam conhecer as múltiplas “dimensões da sociabilidade do brasileiro comum”. O reconhecimento da importância da obra de Cascudo fora do contexto nordestino, especialmente no âmbito do meio acadêmico paulista parece ser uma das grandes revelações deste dicionário, para além da descoberta que ele propicia de umas tantas obras menos conhecidas deste autor, cujas análises nos induzem a procurar a leitura direta da obra em primeira mão.

Marcos Silva exprime melhor do que ninguém, nas suas Notas Preliminares de apresentação do dicionário a natureza e o alcance do projeto que concebeu:

A multiplicidade interpretativa de todas essas vozes em relação à obra de Câmara Cascudo, necessária para dar conta de suas diversas facetas teóricas e temáticas e também para expressar uma contemporaneidade analítica pluridimensional na abordagem de sua produção, procura ampliar o debate sobre esse autor, contribuir para um maior conhecimento de um acervo intelectual tão importante quanto o que ele construiu e manifestar diferentes caminhos no entendimento da cultura popular (p.xix).

Como historiador, Marcos Silva interessa-se particularmente pelo legado historiográfico de Cascudo, não podendo deixar de inseri-lo na perspectiva conservadora que tanto agravou a crítica do meio acadêmico sobre o conjunto dessa obra, que terminou sendo colocada numa espécie de *index*. O dicionário assumiria assim o papel de expurgar os equívocos de uma crítica destrutiva com argumentos muito persuasivos, ao recomendar cautela na apreciação dessa obra, cuja leitura

... requer especial cuidado para não ser transformada em tópico dedutivo ou chave explicativa de toda uma obra: não se conhece conjunto de estudos similar ao de Cascudo desenvolvido por outros monarquistas, integralistas e simpatizantes das ditaduras estado-novistas e militar... (p.xvi).

Associado a esta faceta conservadora assumida por Cascudo, aponta outro aspecto que julga ter contribuído para aumentar a suspeita acadêmica em torno da obra dele – o processo de ‘monumentalização’ a que ele foi submetido ainda em vida – quando emprestou seu nome a logradouros públicos como rua, biblioteca e museu, além de suscitar o surgimento de uma *cascudologia* que, pelas características culturais, seria mais apropriado denominar *cascudolatria*. Contudo, adverte os iconoclastas de Cascudo que investem no ‘desmonte do mito’, de que eles poderão permanecer no estreito limite do “discurso negador dos que o cultuam – antimito –, como se observa no argumento ateu” (p.xvii). Propõe, então, que melhor é fruir da obra de Cascudo como inventor de temas e abordagens, explorando suas possibilidades interpretativas, sem deixar de se colocar as indagações conceituais e teóricas que a ele escaparam, no que reside a dimensão crítica do dicionário.

Devido à multiplicidade de títulos analisados e o número elevado de comentadores, optei por me abster de apreciar um ou outro isoladamente, para limitar-me a considerar a iniciativa do organizador e atestar a indispensabilidade deste dicionário como obra coletiva, em que cada verbete recebe a marca distintiva de cada autor perante os livros de Cascudo. Em seu conjunto o dicionário reflete um amplo exercício de análise crítica que constitui um valioso guia para os que querem penetrar no complexo universo da mentalidade popular. Deste modo, este dicionário constitui uma obra de referência que não deve faltar a bibliotecas públicas e privadas, onde quer que haja interesse no estudo da cultura brasileira, notadamente no campo da elaboração popular em que ela se agiganta em valor e significado na sensibilidade aguçada de Câmara Cascudo.

ALVIM, Rosilene; FERREIRA JR., Edísio; QUEIROZ, Tereza (orgs.).
(Re)construções da juventude: cultura e representações contemporâneas. João Pessoa: Editora Universitária - PPGS/UFPB, 2004.

Elaine Müller

Juventudes plurais. Em cada texto do livro organizado por Alvim, Ferreira Jr. e Queiroz, a questão da pluralidade das juventudes está sendo colocada. O livro, que já tem um grande mérito em nos falar de jovens outros que os de metrópoles do Sul e Sudeste (sempre tão analisados e discutidos), aborda jovens de periferias elaborando suas posições de “excluídos” através de suas vozes ativas, o corpo jovem e o jovem que amadurece, violência, pobreza, uso de drogas e estereótipos.

A metáfora das *(re)construções da juventude* é interessante e estimula ao menos duas possíveis leituras: por um lado, os trabalhos contidos no livro são representativos de algumas construções e reconstruções que os jovens têm colocado para os contextos dos quais fazem parte. É o caso dos jovens articulados no hip hop, abordados em dois dos artigos do livro – “*Culturas juvenis, contestação social e cidadania: a voz ativa do hip hop*”, de Tereza Queiroz, e “*Culturas juvenis na periferia de Caruaru: com os olhos voltados à realidade social*”, de Adjair Alves.

No artigo de Queiroz, a música e outras manifestações culturais são vistas como formas criativas de os jovens expressarem sua experiência geracional, enquanto falam sobre as relações de poder, de perspectivas de vida, sobre a sociedade, enfim. Queiroz analisa alguns trechos de músicas de rap como expressão de uma cultura juvenil específica – o hip hop. Neste sentido, a autora ressalta a maneira como os jovens fazem conexões entre problemas geracionais e questões públicas; a expressão inovadora e democratizante do campo estético que a cultura hip hop representa (que a autora vê como uma certa continuidade com a *contracultura*, neste sentido); o rompimento, através do hip hop, da idéia de democracia racial brasileira; a exposição da subjetividade da experiência da favela através das músicas; os estereótipos que são feitos dos jovens pobres. E propõe políticas que repensem a discriminação de crianças e jovens, os espaços de moradia, de lazer e de circulação e a inserção social destes jovens, potencializando sua criatividade.

Alves nos apresenta o movimento dos jovens do Morro Bom Jesus, em Caruaru – PE:

... um manifesto em defesa da vida na periferia, contra os males provocados pela ganância e a avareza do sistema capitalista, contra o modismo da sociedade de consumo, o uso do corpo e da sensualidade como mercadoria a serviço do capital (p. 63).

A chave do texto de Alves está em mostrar de que forma os jovens, através do rap, usam uma linguagem que lhes é familiar, e que os “vitimiza” – a linguagem da violência, da pobreza e da marginalização – e a articula num discurso positivador. É a reação do jovem, “com indignação e agressividade que só ele entende” (p. 68).

Outras (re)construções da juventude no livro são as dos jovens da comunidade de Peixinhos, cenário de dois trabalhos. No primeiro deles, Micheline Cunegundes apresenta os jovens inseridos no que chama de projetos sociais ou culturais, no artigo “*Juventude, cultura e identidade*”. Estes projetos

... buscam proporcionar às crianças, adolescentes e jovens do bairro a profissionalização artística, como meio de estimular a auto-estima e perspectiva de futuro longe da violência (p. 50).

Cunegundes percebe, em seu trabalho, que os dois projetos culturais por ela analisados se constituem como importantes espaços de afirmações identitárias – uma identidade cidadã sendo construída “*passando pelo elemento cultural, pelo lazer e pelo acompanhamento do adulto, que é uma carência dos jovens*” (p. 59).

Já os jovens de Peixinhos do artigo “*Juventude, violência e pobreza no bairro de Peixinhos: questionamentos e alternativas*”, de Luciana Ribeiro, seguiram um caminho diverso. Ribeiro fala de rapazes com idade de 12 a 21 anos que estão sob medida socioeducativa de liberdade assistida e/ou prestação de serviço à comunidade por terem cometido algum ato infracional. E observa que o que falta a estes jovens infratores é oportunidade – a cidadania que lhes foi negada. As mesmas oportunidades que faltaram a Roberto, o jovem, aliás, “praticamente adulto”, como se considera, que tem sua trajetória reconstruída no texto de Mónica Franch “*Praticamente como um adulto: dilemas da transição de jovens pobres do Recife*”. O trabalho de Franch trata desta transição da juventude para a idade adulta na qual os jovens pobres esbarram “*em algumas barreiras da exclusão social – na desvalorização do ensino, na falta de oportunidades, nos mecanismos pelos quais as desigualdades se reproduzem, como os baixos salários*” (p. 44). Num contexto de “marginalização”, alguns jovens, como Roberto, tentam tornar-se “homens de bem”, outros seguem carreiras na criminalidade ou próximo a ela. E um futuro de sucesso não depende apenas dos esforços individuais de cada um.

Se Franch está preocupada com os jovens que se tornam adultos, Fabiana Pereira, em “*O corpo jovem e o medo do envelhecimento*”, reflete sobre algumas práticas de mulheres de trinta a sessenta anos que tentam “coagular o tempo”. Aqui não são mais (re)construções feitas por jovens, não no mesmo sentido dos outros trabalhos, mas de (re)construções de adultos que não medem esforços para conquistar e manter um corpo perfeito. E o modelo de perfeição que estas mulheres divisam está pautado em “atributos da juventude”: o corpo sarado, esteticamente impecável.

É com este intuito que o corpo jovem destas mulheres adultas é constantemente submetido a tratamentos estéticos, exercícios, procedimentos cirúrgicos, enfim, controle, cuidado e vigília. Para manter-se jovem, o corpo necessita de disciplina – da mesma que forma como se tenta exigir dos jovens, aliás.

Ana Maria Pessoa, no artigo "*Representações sociais da violência na família e estratégias educativas utilizadas pelos pais*" fala de sua pesquisa com três grupos focais de diferentes níveis de escolaridade, onde procurou estudar as representações sobre a violência familiar. Pessoa observa que existe um núcleo figurativo constante nestas representações sociais:

... o sujeito não tem o potencial de criar seu próprio limite; a punição tem que ser com dor, e os limites vêm por intermédio da educação, do externo, ou no genético. Foi percebida uma tendência para manter o conhecido, reproduzir a tradição e o desejo de mudar, mesmo com o peso do desafio da tradição (p. 109).

Já os artigos de Maria do Socorro Vieira, "*Juventude e o uso intensivo de droga na atualidade*", e de Roberto K. Pacheco, "*Notas de viagem: adolescência e usos de drogas*", estão, de diferentes maneiras, falando da juventude usuária de drogas. Vieira trata do período inicial do uso intensivo de drogas por indivíduos que se tornaram dependentes, e analisa a questão através da noção de *encantamento*. Para a autora, é o encantamento que motiva o sujeito ao consumo intensificado de drogas:

... a relação de encantamento do sujeito com a droga deve-se ao fato de a substância auxiliá-lo na perseguição de sucesso, de destaque e de outros referenciais que lhe conferem valorização e *status* de competência na vida (p. 162).

Pacheco divaga sobre o encontro com *pacientes* em tratamento de dependências químicas, outros *terapeutas* (Pacheco era um deles) destes pacientes, e um grupo de usuários de drogas que não estavam em tratamento, que o autor chamou de *impacientes*. O autor percebe que a dependência química é vista socialmente como "*a sujeira que ameaça a ordem*" e que o tratamento do dependente "*é o ritual de purificação que visa à abstinência*" (p. 182).

Para Pacheco, os paradigmas do tratamento terapêutico dado aos

... pacientes usuários de drogas mostram-se cientificamente questionáveis, politicamente determináveis, eticamente estigmatizantes e terapeuticamente ineficazes (p. 182).

O trabalho de Pacheco abre caminho para a segunda leitura das (re)construções da juventude que gostaria de sublinhar. Quando o autor diz que

"os jovens usuários de drogas com os quais dialoguei me parecem plurais como seus usos, motivações e reações (...) embora se apresentem vulneráveis a dinâmicas psipatológicas, construídas nas trocas simbólicas com seu contexto sociocultural" (p. 182),

nos faz pensar nas construções que pesquisadores, terapeutas e comunicadores fazem a respeito dos jovens com os quais ou sobre os quais estão falando.

Esta seria a outra leitura possível das (re)construções da juventude: os pressupostos feitos pela *academia*, através das pesquisas sobre juventude, e pelo *senso comum*, construídos nos meios de comunicação e compartilhados pela sociedade. Neste sentido, os artigos de Maria Antonieta de Souza, "*Tortura, uma relação de gênero?*", e de Edísio Ferreira Jr., "*Juventude e mídia: estereótipos e segregação*", são exemplares, ambos tratando de representações sobre os jovens veiculadas na mídia.

Ferreira Jr. analisa as manchetes das páginas policiais do jornal Folha de Pernambuco, procurando "*detectar elementos significativos da representação do jovem, homem e pobre, morador dos bairros da periferia da região metropolitana de Recife*" (p. 129). A análise das manchetes revela a repetição de um padrão estético que leva à banalização e perda da sensibilidade diante da morte de determinado indivíduo, bem como "deforma" a capacidade de crítica (p. 130).

Para Ferreira Jr.,

... é possível detectar discursos que se querem aceitos de maneira incontestada e única, fundados em práticas justificadoras de estigma e segregação. Ao ser internalizado em bloco, perde-se a potencialidade crítica das brechas veladas e das relações que ultrapassam o enquadramento. Assim, não é negada a maior incidência de homicídios entre os jovens pobres, mas questiona-se como esta situação é tratada e tornada natural e inevitável pela mídia. Estas brechas e o fora fotográfico apresentam os estereótipos e clichês encerrados que pretendem tornar as fotografias dos jovens pobres mortos como um analogon da realidade (p. 139).

Souza analisa a capa do Caderno Especial *Imagem & Memória* de um jornal pernambucano, onde aparece a foto de um jovem de quinze anos vítima de tortura policial. Souza percebe como a montagem da foto (um rapaz deitado de lado sobre o sofá, mostrando as costas e as nádegas com as cicatrizes; um quadro com a imagem de uma moça colocado sobre o sofá; uma janela permitindo a entrada de luz...) de certa forma minimiza a tortura da qual o jovem foi vítima e o associa a uma frágil feminilidade.

... O masculino e o feminino se reconstruem numa teia de significados onde a beleza plástica assume, 'naturalmente', presença brutal nas práticas e linguagens cotidianas da 'metrópole' (p. 156).

O trabalho de Rosilene Alvim e Eugênia Paim "*A criança e o adolescente no banco dos réus*" também coloca questões sobre o que pensamos (e esperamos) dos jovens. Diante do aumento de "crimes"¹ cometidos por menores de dezoito anos sendo anunciados pela mídia, aumentam certos clamores pedindo que a maioria penal seja reduzida. As autoras questionam a relação feita de forma automática no senso comum entre pobreza e delinquência, em que surge o pressuposto de que "*infância pobre é infância culpada*" (p. 90); e até que ponto

¹ De acordo com a legislação brasileira, menores de 18 anos são judicialmente inimputáveis, e suas ações legalmente puníveis não podem ser consideradas crimes, e sim atos infracionais, devendo ser submetidas ao Estatuto da Criança e do Adolescente.

a redução da maioria penal seria válida para a redução de taxas de criminalidade. Segundo as autoras:

... somente quando as medidas sócio-educativas previstas no Estatuto passarem a ser aplicadas oferecendo amplo atendimento a crianças e adolescentes, mesmo nos casos que estes se encontrem precocemente comprometidos com a crueldade, é que a sociedade deixará de tornar-se a imagem daquilo que ela quer combater (p. 96).

Afinal, se as juventudes são tão diversas e as leituras que fazemos delas possivelmente são ainda mais plurais, como podemos pensá-la enquanto um objeto de análise? Alvim, na apresentação do livro, aponta que estamos lidando com uma categoria em construção, mas vale acrescentar que nossas concepções sobre os jovens contribuem para esta construção. Nós ajudamos a formular (re)construções da juventude.

Neste sentido, a partir do livro alguns pontos chamam à reflexão, alguns desafios teóricos colocados pelos próprios jovens.

Em primeiro lugar, quando observamos a forma como os autores usam as noções de cultura juvenil (e subcultura e contracultura), somos levados a pensar sobre como estamos *conceituando* os jovens e as práticas juvenis com as quais estamos trabalhando. Falar de cultura juvenil implica em ver a cultura produzida pelos jovens de um determinado ângulo, diferente, por exemplo, do ângulo das subculturas juvenis. A noção de cultura juvenil foi pensada num momento em que os jovens passam a viver suas vidas em separado das dos adultos. Um momento quando a família não pode mais ser vista “funcionando” como

... agência exclusiva de socialização e a escola institui um espaço separado de convivência que favorece o desenvolvimento de sociedades e subculturas juvenis com seus rituais, símbolos, modas, linguagens e sistemas de valores próprios (Queiroz, p. 19).

Mas, em 2004, podemos pensar nos jovens com uma vida em separado da adulta? A juventude hoje é um produto estético almejado e comercializado – e o artigo de Fabiana Pereira aponta para este sentido. As roupas usadas por grupos contestadores rapidamente caem no circuito comercial e são usadas por adultos “modernos” (foi o que aconteceu com as roupas dos punks, dos rappers e dos hippies). As músicas dos jovens não são apenas dos jovens (isso vale tanto para amantes do rock e do punk que se tornaram adultos, quanto para os sons produzidos por jovens de hoje que são consumidos também por adultos – como o rap).

Além disso, a noção de cultura juvenil tem uma ênfase funcionalista (se a família não “funciona” como agência exclusiva de socialização, é porque os grupos de pares estão “funcionando” como tal) que não combina com uma abordagem dos jovens como sujeitos, agentes sociais, produtores de cultura.

Podemos observar ainda recorrência de certas juventudes em nossos trabalhos (quantos trabalhos Franch encontrou sobre o tempo livre de jovens

pobres “de bem”? Quantos textos Pacheco leu falando de jovens usuários de drogas que não estão em tratamento, ou que não estão com problemas por seu consumo de drogas?). Os cientista sociais, por trabalharem com uma “demanda social”, ou seja, por terem como problemas de pesquisas os problemas que a sociedade coloca, muitas vezes esquecem que estão tratando de uma parte da realidade, uma amostra, e que os temas mais recorrentes são temas mais recorrentes no que incomoda à sociedade, e não uma cópia do social. Será que não estamos treinados a observar certos tipos de juventudes, e por isso estamos também acostumados a usar noções que se adequem a estas juventudes (subcultura, contracultura), imaginando que estamos usando de conceitos analiticamente relevantes para pensar a Juventude (imaginada como uma entidade una)? A insistência com noções como a de cultura juvenil pode apontar para este sentido.

Em segundo lugar, a relação entre *juventude* e *ruptura*, como se a juventude fosse um período de grandes rompimentos, ainda é muito recorrente, embora muitos jovens expressem projetos “tradicionais” (formar uma família, ter um bom emprego). Segundo Franch:

... para a maioria dos jovens entrevistados, a juventude é uma idade de maturidade e de liberdade, quando a vida pode ser curtida a fundo, pois ainda não há as ‘responsabilidades’ do adulto. (...) Apesar dessas vantagens, constituir família, ter responsabilidade, virar adulto, enfim, é socialmente percebido como o curso natural das coisas. Se a imagem da juventude está ligada à busca do prazer (‘curtir a vida’), tornar-se adulto traz consigo uma posição social mais valorizada e com mais poder, além de significar a concretização do projeto de família que completa a pessoa (p. 43 – grifos meus).

Neste caso, a ruptura desejada é mais uma questão social, de classe, do que de idade; e a questão colocada passa a ser: o que fazemos quando os jovens com os quais trabalhamos não querem ser rebeldes, desviantes ou espetaculares, mas desejam se tornar “adultos de bem”?

Enfim, os artigos e os jovens que estão no livro *(Re)construções da juventude* nos instigam a pensar em uma série de questões: quem são os jovens os quais estudamos, que pressupostos articulamos para pensá-los, que novos problemas eles nos colocam? As respostas (e outras perguntas) estão em construção.

BENEDITO, Domingos Mariano e FREITAS, Isabel (orgs.). *Política: desafio da democracia brasileira*. Porto Alegre: Companhia Riograndense de Artes Gráficas, 2002. 196p.

Rubens Pinto Lyra

Os leitores brasileiros, neste começo de século, têm sido brindados com obras de qualidade sobre as questões relativas à segurança, quase todas centradas no diagnóstico das polícias brasileiras (civil e militar) e em propostas para sua reforma.

O livro organizado por Benedito Domingos Mariano – primeiro Ouvidor de Polícia de São Paulo e da América Latina, cuja ação à frente da Ouvidoria teve impacto nacional – e por sua colaboradora, Isabel Freitas, consiste em uma coletânea de doze artigos de autores de reconhecida qualificação nas suas respectivas áreas: policiais, promotores de justiça e professores de direito, políticos, além de sociólogos como o próprio Mariano, todos com atuação no setor de segurança pública.

Não existem, entre os autores do livro, opiniões verdadeiramente discrepantes, salvo em questões específicas: todos eles são defensores dos direitos humanos e compartilham a opinião de que as polícias brasileiras foram historicamente dominadas pela influência econômica das classes abastadas, e politicamente manipuladas pelo Estado, sempre a favor dessas classes. Todos também concordam que ambas as polícias padecem igualmente de meios materiais, estratégicos e, sobretudo, de deficiências de caráter estrutural que dizem respeito às bases conceituais e jurídico-normativas em que se assentam.

Todavia, admite-se consensualmente que, com a redemocratização e, especialmente, a partir da promulgação da “Constituição Cidadã” de 1988, o desenvolvimento da *práxis* democrática introduziu modificações relevantes na relação da polícia com a sociedade e na sua forma de encarar os direitos humanos. Reconhece-se algumas iniciativas visando torná-la um instrumento de mediação (e não apenas repressivo), além de outras, tímidas e isoladas, que buscam imprimir maior racionalidade à sua estrutura organizacional.

Por outro lado, é também consensual a percepção de que somente uma reforma profunda das polícias poderá transformá-las em uma instituição, ao mesmo tempo, protetora dos direitos humanos e eficaz no combate ao crime. Se as propostas de reforma estão presentes em todos os articulistas, varia, de acordo com a formação e prática profissionais de cada um deles, e de seu viés ideológico, o enfoque abordado e a maior ou menor radicalidade na crítica à instituição policial.

Autores como Jorge Zaverucha, professor da Universidade Federal de Pernambuco, e José Paulo Bisol, ex-Senador e ex-Secretário de Segurança do Rio Grande do Sul, entendem que as polícias estaduais operam “como se fossem instituições à parte ou como se fossem instituições de outro Estado”. Para

ambos, é necessário eliminar a forma anômala pela qual as polícias se inserem no ordenamento jurídico-institucional e, conseqüentemente, promover a sua desmilitarização, *conditio sine qua non* para construir-se uma polícia unificada e democrática.

Todavia, o que singulariza o texto de Zaverucha é sua análise da institucionalidade jurídico-política brasileira, que ele qualifica de “democracia tutelada”. Quer dizer, permanentemente sujeita à espada de Dâmocles das Forças Armadas, as quais, com base no poder que a Constituição lhes confere, de garantir “a lei e a ordem”, sentem-se à vontade para exercer sua tutela sobre o governo e a nação. O caminho a ser seguido passa, portanto, necessariamente, pela capacidade das autoridades e da sociedade organizada limitarem o comportamento autônomo das Forças Armadas, eliminando, por conseguinte, os “enclaves autoritários dentro do aparelho de Estado”.

A partir de uma análise introdutória de sistemas de segurança no mundo, com destaque para os Estados Unidos, França e Inglaterra, o artigo de Luis Flávio Saporì, sociólogo e professor da PUC-MG, se volta para a análise do sistema de segurança pública na sociedade brasileira. Saporì destaca que a divisão organizacional do trabalho policial no Brasil não encontra precedentes nos demais países ocidentais. Assim, o inquérito policial estabelece uma nítida separação entre o trabalho de investigação da polícia em relação ao do Judiciário.

Lembra Saporì que o desenho institucional da segurança pública no Brasil é, mais ainda do que nos demais países referidos no seu estudo, marcado pela frouxa articulação, o que compromete a capacidade do **network** organizacional alcançar padrões satisfatórios de efetividade.

Hélio Bicudo, atual Vice-Prefeito de São Paulo e ex-Presidente da Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA, e Benedito Domingos Mariano partilham as mesmas preocupações de Bisol e Zaverucha. Mas direcionam o foco de suas reflexões para propostas de mudanças no modelo de segurança pública oriundo da ditadura militar. O ponto nevrálgico dessa mudança seria a unificação das polícias em um só organismo civil, com um segmento uniformizado para as funções de policiamento ostensivo e outro em trajes civis com unidade de comando, carreira única e maior abertura aos postos mais altos da corporação policial.

Outros pontos enfatizados pelos autores são: a redução dos graus hierárquicos, (de treze para cinco) e do leque salarial, além da transferência do inquérito policial para o âmbito do Ministério Público. As propostas de Hélio Bicudo e as de Domingos Mariano são idênticas, com a seguinte observação: Mariano destaca em seu artigo a importância da criação de Ouvidorias autônomas e independentes, dotadas de poder de investigação como forma por excelência de controle, pela sociedade, da atividade policial.

O artigo de Roberto Aguiar, publicista e ex-Secretário de Segurança do Estado do Rio de Janeiro e de Brasília, contém “trinta afirmações para uma segurança pública democrática”, que não diferem, em substância, das de Domingos Mariano, exceto no que respeita à questão da unificação, contestada por Aguiar. Estes, temendo “uma estrutura ainda maior e mais ameaçadora”,

propõe apenas que se crie uma coordenação unificada para a gestão da política integrada de segurança pública nas três esferas da federação.

O Procurador-Geral de Justiça do Rio Grande do Sul, na época do governo petista de Olívio Dutra, Cláudio Barros Silva, aborda um tema de grande importância, raramente objeto de análise pelos que se empenham na reforma das polícias: a questão do controle externo destas. Barros parte da crítica à estrutura da polícia como “organismo hipertrofiado” e da sua atuação com “absoluta independência na apuração dos crimes”, o que importa na negação do princípio segundo o qual o Ministério Público é o “dono da ação penal”. Cláudio Barros relata a experiência inovadora do Rio Grande do Sul na implementação do controle externo do Ministério Público, que finalmente saiu do papel, rompendo uma tradição de investigação informal para “subordinar a atividade policial ao formalismo, próprio do serviço público”.

Para finalizar, selecionamos, entre as reflexões produzidas por policiais nesta obra, as do Cel. Luiz Brenner Guimarães, um pesquisador de destaque na Brigada Militar do Rio Grande do Sul. Brenner esboça alguns parâmetros para o “novo ofício de polícia”, que se contrapõe a um modelo policial baseado na metáfora do super-herói, justiceiro social e vingador da sociedade, ainda dominante no Brasil. O ofício da polícia, concebido profissionalmente, diz Brenner, “precisa ser entendido como uma atividade complexa, de difícil execução e realizada por mão-de-obra especializada”.

Para tanto, mudanças profundas terão que ser realizadas, exigindo investimentos na qualificação do policial, ampliação dos canais internos de participação, articulação com a sociedade, e mudanças no processo pedagógico no âmbito das academias de polícia.

Refletindo sobre o conjunto dos textos, observamos que as questões expostas e as opiniões emitidas repetem-se excessivamente. A coletânea resente-se, também, da inexistência de teses contrastantes, que lhe confeririam maior pluralismo na abordagem dos temas. Falta-lhe, igualmente, uma melhor conexão entre estudos mais gerais, competentemente abordados, com os de caráter mais específico, ancorados nas realidades locais e regionais. Estes estão – salvo os do Rio Grande do Sul e, em certa medida, os de São Paulo – ausentes do livro.

Apesar desses senões, os textos em análise têm o mérito de debater questões, não necessariamente novas, mas, seguramente, ainda desconhecidas pela imensa maioria dos integrantes da corporação policial e da própria sociedade brasileira. Supre assim uma lacuna em um terreno ainda muito carente de contribuições do quilate e da amplitude da oferecida ao público por Mariano e Freitas.

ERRATA

1 - No SUMÁRIO onde há "Embriões geneticamente selecionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantado", leia-se "Embriões geneticamente selecionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantação e o debate antropológico sobre a condição de pessoa".

2 - Na página dos colaboradores acrescenta-se: NAARA LUNA é doutora em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, UFRJ é professora do Seminário Teológico Batista do Sul do Brasil. E-mail: (naara luna@ig.com.br)

NESTA EDIÇÃO:

DOSSIÊ: A ANTROPOLOGIA E A SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Organizadores: Terry Mulhall e Carlos Guilherme Valle

CORPS DE BALLET: O CASO DOS BAILARINOS LESIONADOS

Bryan S. Turner e Steven P. Wainwright

RE-EXAMINANDO A "GENETIZAÇÃO": ÁRVORES FAMILIARES NA GENÉTICA DO CÂNCER DE MAMA

Sahra Gibbon

EMBRIÕES GENETICAMENTE SELECIONADOS: OS USOS DO DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTADO

Naara Luna

A MERCANTALIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: CRÍTICA TEÓRICA DO UTILITARISMO A PARTIR DO ESTUDO SOBRE ATENDIMENTO A FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Paulo Henrique Martins e Kátya Carvalho Alexandre

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO: O QUE FAZ UM ANTROPÓLOGO EM UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE

Leila Sollberger Jeolás

SISTEMAS MÉDICOS: PERCEPÇÃO E COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM UMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS (SC)

Márcia Grisotti

IMAGENS DIAGNÓSTICAS E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CONHECIMENTO MÉDICO. UM ESTUDO ETNOGRÁFICO DO CATETERISMO CARDÍACO

Rosana Horio Monteiro

A ARGUMENTAÇÃO E A EVIDÊNCIA NO DIA A DIA DA PRÁTICA MÉDICA TECNOLÓGICA

Alice da Costa Uchôa

COMENTÁRIO CRÍTICO

SERÁ QUE ELAS SOFREM? ALGUMAS OBSERVAÇÕES SOBRE *DEATH WITHOUT WEeping* DE NANCY SCHEPER-HUGHES

Mônica Franch e Tânia Falcão

ARTIGOS

ORGANIZACIÓN DEL CICLO PRODUCTIVO Y EL NUEVO MUNDO DEL TRABAJO EM LA ACTUAL COMPETICIÓN GLOBAL

Luciano Vasapollo

A NORMALIDADE ESTÉTICA: OS MODELOS LEGITIMADOS DO CORPO

Maria Yara Campos Matos

NOTAS SOBRE O CONFLITO E A AUTO-IMAGEM EM NORBERT ELIAS

Tereza Cristina Furtado Matos