

Ensaio socioantropológico

Volume II - Sobre Saúde

Corpo e Saúde

Ednalva Maciel Neves
Eduardo Sérgio Soares Sousa

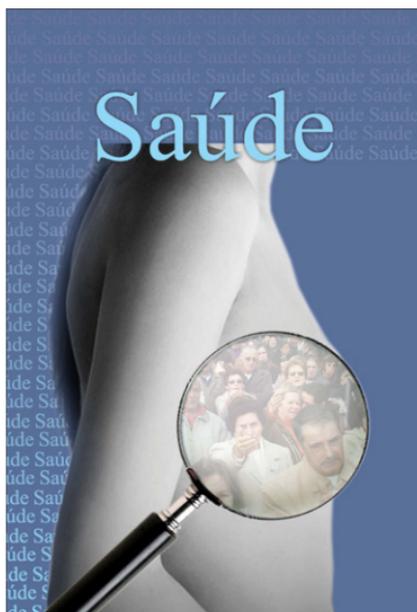
Organizadores



Ednalva Maciel Neves
Eduardo Sérgio Soares Sousa (orgs.)

Corpo e Saúde

Ensaio socioantropológicos
Volume II: Sobre Saúde



João Pessoa, PB - 2015

Corpo e Saúde

Ensaio socioantropológico
Volume II: Sobre Saúde

Ednalva Maciel Neves
Eduardo Sérgio Soares Sousa
(organizadores)

Série Socialidades, 4
2015

-
- C819 Corpo e Saúde: ensaios socioantropológicos. Volume II: Sobre Saúde / Ednalva Maciel Neves; Eduardo Sérgio Soares Sousa (orgs.). - João Pessoa: Marca de Fantasia, 2015.
278p.: il.
(Série Socialidades, 4)
ISBN 978-85-67732-25-1
I. Antropologia. 2. Corpo. 3. Saúde.

CDU:39



Marca de Fantasia

Rua Maria Elizabeth, 87/407
João Pessoa, PB. 58045-180
www.marcadefantasia.com
marcadefantasia@gmail.com

A editora Marca de Fantasia é uma atividade da Associação Marca de Fantasia e um projeto de extensão do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da UFPB

Diretor/editor: Henrique Magalhães

Conselho Editorial:

Edgar Franco - Pós-Graduação em Cultura Visual - FAV/UFG

Edgard Guimarães - Instituto Tecnológico da Aeronáutica - ITA/SP

Marcos Nicolau - Pós-Graduação em Comunicação - UFPB

Paulo Ramos - Departamento de Letras - UNIFESP

Roberto Elísio dos Santos - Mestrado em Comunicação - USCS/SP

Waldomiro Vergueiro - Pós-Graduação em Comunicação - USP

Wellington Pereira - Pós-Graduação em Comunicação - UFPB

Esta coletânea em dois volumes é resultado do encontro entre pesquisadores ocorrido durante a disciplina Socioantropologia do Corpo e da Saúde, ministrada no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB).

As imagens neste trabalho são usadas para efeito de estudo, de acordo com o artigo 46 da lei 9610, sendo garantida a propriedade das mesmas aos seus criadores ou detentores de direitos autorais.

O conteúdo e a revisão dos textos são de responsabilidade dos autores.

Ilustração da capa: Silvano Alves Bezerra da Silva
e Roberto Sousa Carvalho

Sumário

Apresentação	7
Volume II - Sobre Saúde	31
1. Nau dos Psiquiatras: representações da doença mental e identidade profissional na psiquiatria	32
Artur Perrusi	
2. Reflexões sócio-antropológicas sobre religião, sistemas terapêuticos e cura	117
Maria do Socorro Sousa	
Raimunda Neves de Almeida Couras	
Wallace Ferreira de Souza	
3. Norma técnica de assistência: elementos para pensar o cuidado às mulheres em situação de violência sexual	159
Alba Jean Batista Viana	
Eduardo Sérgio Soares Sousa	
Ednalva Maciel Neves	
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho	

4. Cidadania de mulheres HIV positiva na Sociedade Brasileira	193
Aissa Romina da Silva	
Anúbes Pereira de Castro	
Fábio Pereira Figueiredo	
Eduardo Sérgio Soares Souza	
5. Comunidades, organizações não-governamentais e conhecimento: aspectos da realidade brasileira	216
Átila Andrade de Carvalho	
6. Negligência seletiva e racismo: reflexões sobre condições de vida da população negra no Brasil	238
Wagner Solano de Arandas	
Eduardo Sérgio Soares Souza	
Colaboradores	271

Apresentação

Ednalva Maciel Neves
Eduardo Sérgio Soares Sousa

Paris, 14 de junho, rua de Rennes, a polícia demarca o cortejo da manifestação. Mulheres, homens e crianças – famílias – marcham e portam cartazes, são acompanhados por um carro de publicidade que anuncia e chama a atenção dos transeuntes para sua campanha. O *slogan* é revelador da forma como o Ocidente tornou-se *panóptico* sobre corpos/indivíduos, ele diz: “Psiquiatras não *dopem* nossos filhos”, ou ainda “Pais não deixem *drogar* seus filhos”.

Ednalva Maciel Neves é Docente-pesquisadora dos Programas de Pós-Graduação em Sociologia e em Antropologia/UFPB, integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura/GRUPESSC. Doutorado em Antropologia Social pelo PPGAS/UFRGS. Endereço eletrônico: ednmneves@gmail.com.

Eduardo Sérgio Soares Sousa é Docente-Pesquisador do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Doutor em Sociologia (UFPB), esergiosousa@uol.com.br.

As manifestações e reações às modalidades de intervenção sobre corpos e pessoas se multiplicam em nossas sociedades ocidentais. Elas denunciam a pluralidade de tecnologias de controle social. E quando nos perguntávamos sobre a apresentação de uma publicação acerca do tema corpo e saúde, esses movimentos nos inspiraram, na medida em que revelam formas de controle, hierarquias e poderes sociais exercidos/praticados nos idos contemporâneos.

Pensamos que o corpo continua um *locus* privilegiado para abordar as sociedades no século XXI, uma vez que abre caminho para o entendimento dos processos sociais exercidos sobre pessoas e grupos sociais. Como objeto de estudo, sua abordagem pode se realizar pela via das técnicas (MAUSS, 2003; VIGARELLO, 2004), pela via dos discursos (FOUCAULT, 1999), através da problematização das percepções e sentidos (MERLEAU-PONTY, 1992), e ainda como construção social e simbólica (DOUGLAS, 1988; BOURDIEU, 1986). O corpo é domínio social dos discursos, do político, da produção, do mercado e do consumo, das tecnociências e de novos/velhos poderes (QUEVAL, 2008); é também lugar da subjetividade e da pessoa, daí sua contemporaneidade.

Le corps change, certes, mais ne disparaît pas. Le corps se travaille, mais ne s'occulte pas. Le corps se fantasma, mais ne s'oublie pas. Des sens nouveaux se révèlent, de nouveaux langages du corps augmentent et transforment les usages corporels. (QUEVAL, 2008, p. 16).

É essa plasticidade do *corpo* que queremos registrar, trazendo essas possibilidades de enfoque não apenas para refletir sobre o lugar do corpo e da saúde nos diferentes contextos estudados, mas também para compreendê-los. Assim pensado, caberia, então, colocar uma inquietação relacionada às *políticas do corpo* que comandam essas transformações e balizando-a do estético ao funcional: trata-se do fato de que as diferentes abordagens buscam dar conta da dupla condição deste fenômeno: como *objeto* material – da ordem da biologia e da natureza –, por um lado, e, por outro, como *fenômeno* sociológico, histórico, subjetivo e psicológico. Procura-se, desta forma, problematizar os contextos nos quais o corpo – matéria e existência – é expressão de regulações e normatividades, mas também de resistência e prazeres. E, por tal, encontra-se dialeticamente instrumentado entre subjetividade (vontade e história pessoal) e cultura para experimentar percepções, performances e identidades. Essa complexidade que o objeto *cor-*

po porta se manifesta a partir da plasticidade performática, vivida na intersecção entre disposições/regulações e flexibilidade/metamorfose contextual e subjetiva.

Neste sentido, o *corpo* é fenômeno revelador das tensões e diferenças que a ele se reportam. Pode-se pensar sobre as relações entre a construção social do corpo e sua experiência vivida, quando se traduz, por exemplo, em questões relativas à imposição normativa das classificações, cursos da vida e envelhecimento (DEBERT; GOLDSTEIN, 2000). Nesses processos, as análises feministas dão conta das construções sociais dominantes sobre o corpo feminino, do qual desponta a definição da menopausa associada à ideia de que a perda da fertilidade significa o fim de um envolvimento feminino criativo no mundo. São reflexões críticas voltadas à compreensão das relações entre sexo e gênero, corpo e feminino (BUTLER, 1999), ou ainda entre tecnologias reprodutivas e produção de gênero (LÖWY, 2014).

Neste conjunto, podem-se agregar as chamadas biossocialidades (RABINOW, 1999), na medida em que a doença torna-se uma dimensão constitutiva da vida pessoal e social e não apenas um papel assumido pelo doente. Considere-se desta forma que o “corpo é precisamente aquilo pelo qual existo e me distingo do outro, a doença incita esta realidade a seu extremo” (MARZANO-PARISOLI, 2002: 20). Cabe ponderar também sobre as inovações biomédicas – biotec-

nologias – que podem oferecer elementos para pensar outras socializações, seja pela via das novas regulações (marcadores biomédicos, descendência, casamentos), seja, como outras desregulações, envolvendo associações de pacientes e famílias, mas também o ativismo profissional no enfrentamento do adoecimento genético, por exemplo.

Desta forma, o corpo expressa essa “economia das paixões e afetos”, tal como designado por Elias (1994, 2002), para pensar regulações e controles sociais que são exercidos sobre os indivíduos pelos grupos sociais de pertencimento. Trata-se do deslocamento dos mecanismos de expressão das tensões e prazeres do domínio público (homem-homem) para a incorporação crescente de um mecanismo interno de controle sobre si mesmo como condição da civilidade. Assim, o processo civilizador se estabelece a partir da articulação entre três elementos: pressão interna exercida sobre si mesmo, condições dadas pela sociedade e, por fim, a posição que o indivíduo ocupa no grupo de pertencimento. Tais elementos fornecem a baliza de poder social e de disciplinamento dos indivíduos.

Nessas *configurações* sociais, a ordenação dos indivíduos é habitada também pelos chamados “anormais”. A categoria de *anormal* parece cada vez mais ampliada, quando se aciona a noção de que o corpo é portador de certas propriedades que podem ser transmitidas entre gerações

(*adoecimento genético*, por exemplo), estendendo o campo de intervenção dos saberes para casais e gerações. É nesse contexto que categorias como a de risco despontam, ampliando os domínios de regulação social e aprofundando a chamada ascese corporal (ORTEGA, 2003).

Essa reflexão chega às ciências sociais, e à antropologia em particular, a partir da problematização das condições de vida de grupos sociais e da observação dos rituais em sociedades não-ocidentais (LE BRETON, 2002). Recentemente, a reflexão tem se ampliado e retomado as construções sobre o corpo como fenômenos imanentes nas relações entre percepção e corpo socialmente informado. Csordas (2008) aborda essa temática indicando como o aspecto integrador entre disposições e experiência social se realiza pela condição corporal ou pela incorporação de sensações (por exemplo, na cura carismática). Para este autor, “O corpo é um ponto de partida produtivo para analisar a cultura e o sujeito” (CSORDAS, 2008, p. 145), mas também de superação de velhas dualidades, envolvendo objetividade e subjetividade, corpo e alma, significado e significante, pesquisador e pesquisados.

De maneira crítica, as abordagens antropológicas tentam explorar os processos sociais e culturais nos quais hierarquias, poderes e normatividades são impostos aos sujeitos feminino e masculino. Processos que se realizam, em

contextos sociopolíticos e históricos definidores de condutas e comportamentos, através de mecanismos e de instrumentos sociais de dominação, regulação e controle sobre os corpos.

Neste processo, o paradigma biomédico tem exercido um papel relevante como instituição social que enuncia classificações, estabelece regulações e intervém sobre corpos (sobre “bios” – políticas e poderes), tal como pensado por Foucault (1999). Para Rabinow e Rose (2006, p. 29), o conceito de *biopoder* permanece sendo uma proposição atual em que *discursos de verdade sobre o caráter vital dos seres humanos, estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte, e modos de subjetivação* se integram para conduzir as modalidades contemporâneas de atuação social sobre indivíduos, e deles sobre si mesmos.

Esses poderes configuram uma linha de força que tem na saúde e na doença (entendida como degeneração do corpo), e na busca pela saúde perfeita (SFEZ, 1996), um domínio de normas e controles que articula responsabilidade/culpabilidade, aparência/estética, construção/escultura, produção/consumo, entre tantos outros possíveis. Para Ortega e Zorzana (2010), esses manejos do corpo e de si mesmo se moldam em formas de *cidadania biológica* – pensada também nos termos de Rose e Novas (2003) –,

que emanam a partir de *modulações de biopolíticas*, o que significa a construção de ideais de saúde e longevidade, e também de novas fronteiras entre normalidade e patologia (ORTEGA; ZORZANA, 2010, p. 11). Neste interim, novos híbridos, os transplantes, as cirurgias plásticas, amputações preventivas de mamas, as tatuagens e tantas outras práticas sociais são reveladoras destes processos contemporâneos de manejo do corpo para (re)construir o capital biológico que ele representa. É nesse contexto que se insere a chamada “engenharia dos processos vitais”, como mais um fenômeno de investimento e manejo orientado pela tecnologia genética, com repercussão para a “noção de humano” – responsável também pelos reajustes nas perspectivas sociais, éticas e morais que decorrem do processo de produção, aplicação e regulação de tecnologias acionadas a partir do sequenciamento genético (SANTOS; GIBBON; BELTRÃO, 2012).

Neste sentido, a inquietação contemporânea consiste em refletir sobre o que estamos produzindo enquanto sociedade e quais são os mecanismos sociais que mobilizamos para dar conta da *insegurança ontológica* vigente. Assim, podemos pensar que é possível controlar os comportamentos pela *medicalização da existência* através/a partir dos corpos (QUEVAL, 2008). Mas mudamos de estratégia ou reforçamos a mais hábil? Estamos diante de novos mode-

los de ordem social e mecanismos de segurança em que corpo, cérebro e genes podem nos oferecer um projeto de existência e representação sobre o humano?

Nestes termos, o desafio metodológico posto ao pesquisador é o de explorar esse objeto a partir de um prisma que demonstre/revele essa plasticidade. Se tomarmos o corpo numa perspectiva que o explora como *locus* das identidades, deve-se manter a atenção sobre o indivíduo e sua *potencialidade* de agente social, *c'est à dire*, a criatividade humana para construir com e apesar dos valores culturais, reveladora das tensões entre si e Outro, entre pessoa e coletivo. Por outro lado, se o foco recai sobre o domínio de um determinismo/reducionismo sobre a *materialidade corporal/cerebral*, incorremos numa perspectiva que reforça velhos (revisitados) poderes, e potencialidades médico-científicas (do antidepressivo à genética).

Por isso, interessa-nos chamar a atenção para os modos de *subjetivação das normas*, na medida em que expressam a intersecção entre *prescrição coletiva e vontade pessoal* (QUEVAL, 2008). Nesta coletânea, dividida em duas partes: Tomo I e Tomo II, reunimos uma série de ensaios que exploram essa multiplicidade de modelações e de abordagens em contextos sociais e históricos singulares, no tempo relativo e relacional do corpo e da saúde, entre regras e desregulações, entre autonomia e alienação. Ela é resultado do

encontro entre pesquisadores interessados nesta temática, ocorrido durante a disciplina ministrada no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB) e intitulada Socioantropologia do Corpo e da Saúde. Integramos ao conjunto de ensaios as reflexões elaboradas por outros colegas que atuam na fronteira entre ciências sociais e saúde, e que se propõem a contribuir com a discussão realizada na disciplina. Aqui, o leitor encontrará uma pluralidade de problemáticas e enfoques levantados por colegas e discentes que organizaram seus textos a partir de seus campos de interesse, sistematizados em torno desses dois eixos temáticos apresentados.

A primeira parte, dedicada às reflexões sobre corpo, é composta de nove textos organizados em torno dos seguintes temas: estética e beleza, tecnologias do corpo (corpolaria, tatuagens), gênero e gestão da vida. Assim, o primeiro capítulo é proposto por Luziana Marques da Fonseca Silva que traz uma reflexão acerca do deslocamento na visibilidade do corpo – enquanto objeto de idolatria – e como fenômeno social que fornece elementos para o entendimento das relações entre modernidade, indivíduo e corpo. Para ela, a *estetização da saúde* é um dos mecanismos acionados entre os valores sociais do individualismo para a manipulação corporal a partir de um discurso sobre a “saúde perfeita”. Enquanto fenômeno de idealização, a estética e

a aparência física tornam-se critérios de pertencimento e vivências sociais, bem como de alienação em relação aos imperativos coletivos de “uma nova moral do corpo”, como autoprodução no mundo.

No capítulo intitulado “Um brinde à juventude: celebração do ‘corpo jovem’ na contemporaneidade”, Mayrinne Meira Wanderley nos presenteia com uma discussão acerca da confluência entre aparência e estética nas apreensões do corpo nas sociedades globalizadas. A partir do aporte de autores como Vigarello (2006) e Le Breton (2004), o texto levanta elementos para pensar a ditadura da beleza e, a partir dela, o crescente consumo – cosmético e cirúrgico – como uma forma de estar no mundo, mantida através da tentativa de corresponder ao modelo hegemônico do “corpo jovem”.

É também desde este investimento social e simbólico sobre o corpo que Fabiano Almeida da Silva discute a *corpolatria*, tomando a imagem corporal como um dos parâmetros dos quais indivíduos contemporâneos se utilizam para a construção da sua subjetividade. O autor traz a discussão sobre a prática da musculação e o uso de substâncias químicas como instrumentos de composição do corpo, na busca incessante de um ideal de “corpo bombado”. Esse culto ao corpo tem respaldo social e fomenta o crescimento da indústria e do mercado de produtos consumidos por indivíduos que consideram a atenção ao corpo um modo

de vida, articulado entre músculos, controle e caráter. Nos dias atuais, essa composição se aproxima de uma dimensão sagrada de construção de si, referente de masculinidade e ideal estético-moral, opondo-se ao “magro” e rejeitando a obesidade.

No texto sobre a chamada corpolatria, Iraquitã de Oliveira Caminha e Allan Sátyro Gomes trazem uma reflexão acerca da *compulsão para modelar o corpo*. Os autores partem de uma investigação desenvolvida numa academia de ginástica, entrevistando as pessoas que consomem algumas horas do dia na realização de atividades físicas e que afirmam compartilhar uma disciplina corporal, alimentar e de atividades físicas. As motivações são variadas e envolvem desde exigências do trabalho, questões de saúde (obesidade) até a obsessão com a perfeição corporal. Os cinco entrevistados relataram histórias que indicam elementos de um estilo de vida contemporâneo em que o culto ao corpo se aproxima de um padrão patológico de ascese corporal. Esses aspectos tornam possível entrever a associação entre duas dimensões da corpolatria: por um lado, o prazer (sensação corporal, endomorfina; e a satisfação consigo), por outro, o ideal de saúde. Desta forma, os autores apontam para uma *estetização da saúde* que, muitas vezes, se confunde com uma *com-pulsão* para o cuidado corporal.

Na temática sobre marcadores corporais, Adriana Pe-

reira de Sousa nos apresenta um texto no qual explora a tatuagem como um dos marcadores corporais de pertencimento social no sistema carcerário masculino, pondo em jogo elementos relacionados à identidade social e pessoal são acionados como expressão de posições e resistências ao sistema de poder ali vigente. As tatuagens, desde a sua confecção precária, mobilizam um *ethos* de masculinidade para fazer frente às tensões e conflitos das relações intramuros. Categorias como força, poder, virilidade, coragem, entre tantas outras, são apropriadas para estabelecer a condição marginal do sujeito, que nem sempre se conjuga com os significados atribuídos pela linguagem carcerária, resultado das relações societárias que se desenvolvem neste sistema. Assim, as motivações para as tatuagens são diferentes e registram elementos relativos à afetividade, às relações familiares, à religiosidade, aos desejos e sentimentos de liberdade articulados à subjetividade dos apenados. Alguns desenhos traçam a trajetória no crime, outros demarcam sinais de proteção, e assim a linguagem corporal da tatuagem é moldada conforme as aspirações e o contexto penal do tatuado.

Em “O meu corpo é um jardim, a minha vontade o seu jardineiro”: a afronta do suicida à posse social do corpo”, Elisa Pinto Seminotti nos presenteia com a discussão sobre o suicídio a partir de uma abordagem antropológica, envol-

vendo a discussão sobre o corpo, o domínio e a construção social. A autora inicia sua exposição explorando como a ausência de designações em determinado momento histórico se transforma em abundância de denominações do fenômeno em outro, e como pôde o suicídio ser apropriado para asseverar o caráter social de um evento que parece de natureza pessoal e subjetiva. É na discussão acerca da relação entre pessoa e corpo que a autora investe na compreensão do suicídio como reação individual às chamadas “coerções” e controles sociais com seus mecanismos e políticas de (des) corporeidade – o que torna o suicídio um tabu linguístico e comunicacional. Dizer ou falar do suicídio pode desencadear outros acontecimentos semelhantes, indicando que Durkheim (2004) e Mauss (1981, 2003) trazem uma reflexão relevante para a compreensão do suicídio, assim como das comoções sociais e morais que provoca, pondo em pauta os sentidos da relação entre indivíduo e grupo.

A reflexão proposta por Ana Carolina Gondim de A. Oliveira, no capítulo intitulado “A Construção dos Direitos Humanos a partir da realidade intersexual: o reconhecimento do intersex como pessoa humana”, busca articular aspectos relativos aos direitos da pessoa e as implicações da intersexualidade. Para a autora, a instituição dos direitos humanos está associada, nas sociedades ocidentais, aos princípios binários, dentre os quais a sexualidade desem-

penha um papel relevante na definição da “pessoa humana”. Neste sentido, põe em relevo discursos e designações sociais acerca de sexo e gênero nas sociedades ocidentais, para abordar as experiências de pessoas *intersex* e as intervenções jurídicas, médicas e sociais sobre suas vidas e corpos. A grande questão que a autora toma como elemento de reflexão consiste em estabelecer um vínculo entre direitos humanos, valores sociais e experiência de vida.

No capítulo “Mulheres afro e brasileiras: uma releitura a partir da relação entre o corpo e o caráter cambiante da identidade feminina”, Ivana Silva Bastos traz algumas ponderações acerca das relações entre os movimentos feministas e as experiências de vida das mulheres no contexto societário afro-brasileiro. Para compor a discussão a propósito de identidades, mulheres e a desconstrução do gênero, a autora levanta elementos político-culturais do diálogo entre o pensamento foucaultiano e Judith Butler. Numa perspectiva reflexiva embasada nos argumentos de Alain Touraine, explora a noção de “construção de si” e examina modos de vida em que as mulheres desenvolvem mecanismos de subsistência e resistência ao modelo masculino dominante.

Já André Agra nos apresenta uma leitura teológica e filosófica das relações entre cristianismo, mulher e moral, no capítulo intitulado “A mulher e a moral sexual cristã”. De

forma eclética, explora a relação entre religião e moral para desvendar processos histórico-discursivos de construção e exclusão das mulheres do domínio do exercício do poder no cristianismo. Seu foco está centrado na construção da moral sexual e das relações entre religião e moral na contemporaneidade.

A segunda parte do livro, dedicada às reflexões sobre saúde, é composta de seis capítulos, sistematizados em torno dos seguintes temas: identidade profissional e representação da saúde mental, racionalidades médicas, cuidado em saúde e violência, mulheres e HIV/Aids, movimentos sociais e Aids, acesso à saúde e minorias sociais. Nela, estão reunidas as contribuições de autores que apresentam uma trajetória, seja como profissional ou pesquisador, exercida nas fronteiras – porosas, como não se pode esquecer – entre ciências sociais e saúde.

O primeiro texto nos é apresentado por Artur Perrusi, intitulado “Nau dos Psiquiatras: representações da doença mental e identidade profissional na psiquiatria”. Nele, o autor explora elementos sociológicos acerca das relações entre o exercício profissional e as representações do *objeto profissional* – “doença mental”, psicose e neurose. Tal discussão torna-se relevante na medida em que o ato de nomear *objetos profissionais* atua como mediação/estruturação da “trama de relações, práticas e representações que deter-

minam a finalidade da atividade profissional.” (PERRUSI, 2014, p. 137). Por outro lado, a reflexão se fundamenta em dados empíricos, enriquecendo o fenômeno analisado na definição do grupo a partir de referentes de coesão social das representações, respeitando “razão prática” e “limites normativos do contexto profissional” (PERRUSI, 2014, p. 138), mas também em compor elementos epistemológicos envolvendo domínios de saberes e biomedicina. No desenvolvimento, ganhamos uma leitura sobre o conceito de representação, social e coletiva, no sentido da discussão sobre as relações entre representação e práticas sociais; que, para o autor, compreende processos concernentes às relações entre a interpretação do objeto e a ação profissional, ou ainda identidade e intervenção/cuidado profissionais.

Em “Reflexões sócio-antropológicas sobre religião, sistemas terapêuticos e cura”, os autores Maria do Socorro Sousa, Raimunda Neves de Almeida Couras e Wallace Ferreira de Souza trazem o debate sobre as relações entre cura e religiosidade para o campo dos objetos sociológicos. Seus apontamentos abordam as dicotomias socialmente construídas no chamado mundo moderno e exploram como os sistemas terapêuticos (Biomedicina, Homeopatia e Medicina Ayurveda) se conectam com sistemas religiosos nos processos de intervenção no âmbito da saúde/doença. Os autores problematizam o modo pelo qual a cura é percebida

a partir de sistemas terapêuticos articulados aos diferentes sistemas médicos e diferentes sistemas religiosos, em particular aqueles ligados às práticas do catolicismo popular, espiritismo e das religiões afro-brasileiras, apresentando elementos da distinção entre diferentes concepções, abordagens e intervenções sobre a saúde/doença e a pessoa.

No capítulo intitulado “Norma técnica de assistência: elementos para pensar o cuidado às mulheres em situação de violência sexual”, os autores Alba Jean Batista Viana, Eduardo Sergio Soares Sousa, Ednalva Maciel Neves e Mércia Gomes Oliveira de Carvalho trazem anotações relevantes a propósito das relações entre a violência sexual e o cuidado oferecido pelos serviços de saúde às mulheres agredidas. A discussão parte de um levantamento bibliográfico realizado em uma base de dados nacionais que permitiu aos autores acionar informações acerca do contexto da violência e da oferta/ acesso ao cuidado em saúde. São apontados vários elementos de caracterização da violência contra as mulheres e, dentre eles, a associação entre o aspecto social e de etnia/raça como uma condição nefasta. No que tange ao cuidado, os autores mostram que, apesar da legislação vigente acerca da qualidade da atenção, os profissionais de saúde são conduzidos também por condicionantes morais e simbólicos que interferem no cuidado dispensado às mulheres. Acrescente-se a esses elementos

os limites referentes à infraestrutura dos serviços, inclusive quanto ao número de profissionais disponíveis nas unidades de saúde.

Em “Cidadania de mulheres HIV-positiva na sociedade brasileira”, os autores Anúbes Pereira de Castro, Aissa Romina Silva do Nascimento, Fábio Pereira Figueiredo e Eduardo Sérgio Soares Sousa abordam o paradoxo social brasileiro que há entre os direitos sociais declarados institucionalmente e seu pleno exercício em proveito das *mulheres positivas*. O debate do texto está envolto na temática da cidadania e da luta para alcançar os direitos que cada indivíduo integrante da sociedade brasileira deve ter assegurados. Tais direitos são ainda mais desigualmente atribuídos quando os indivíduos são as mulheres, em particular em situação de pobreza e sob a égide da hierarquia de gênero. Essas questões tornam-se dramáticas quando está em jogo adoecimento, sexualidade e direito à saúde. As mulheres positivas enfrentam essas condições sociais desiguais e a preocupação com a soropositividade; são elas chefes de família, trabalhadoras, adolescentes e idosas que não contam com o suporte social e político que uma sociedade democrática deveria resguardar e garantir aos seus cidadãos.

Por sua vez, Átila Andrade de Carvalho traz uma discussão sobre as relações entre comunidades e organizações não-governamentais no contexto do HIV/Aids. No capítulo

intitulado “Comunidades, organizações não-governamentais e conhecimento: aspectos da realidade brasileira”, o autor aborda o debate sobre a composição dos movimentos sociais, comunitária ou não, como um dos suportes e princípios para a definição dos objetivos e estratégias de intervenção social e política dessas organizações. Centrando sua reflexão sobre as décadas iniciais da epidemia, o autor revela como os movimentos sociais permitiram a passagem de propostas individuais de enfrentamento e superação de modelos explicativos biomédicos da epidemia para uma proposição ampliada e coletiva, alcançando um público que as instituições governamentais não conseguiam abarcar, na qual se inclui a intervenção na formulação de políticas públicas de enfrentamento da epidemia. Outro aspecto importante da atuação dos movimentos sociais vinculados ao HIV/Aids diz respeito à desmistificação da epidemia como uma tendência exclusiva de grupos ou de comportamentos, revelando seu caráter heterogêneo e multifacetado que transforma homens e mulheres em pessoas vulneráveis à infecção pelo vírus. O texto evidencia ainda que, para além da democratização da informação sobre a doença, as organizações não-governamentais tiveram, e têm, um papel político importante para o acesso aos direitos sociais e aos direitos em saúde, particularmente.

Em “Negligência seletiva e racismo: reflexões sobre

condições de vida da população negra no Brasil”, os autores Wagner Solano e Eduardo Sérgio Soares Sousa apresentam elementos para a reflexão sobre a formação histórica e social e o racismo no Brasil. A problematização do tema passa pela referência aos diferentes indicadores de qualidade de vida, demonstrando como o racismo se configura em sutilezas e negligências cotidianas. Assim, expectativa de vida, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), percentual de homicídios e violência, cuidado em saúde, entre tantos outros referentes, são utilizados pelos autores na discussão sobre os constrangimentos e a exclusão que a sociedade brasileira impõe a uma grande parcela dos cidadãos.

Por fim, queremos agradecer aos nossos colaboradores por esta contribuição, e acrescentar que buscamos acatar suas proposições e reflexões, trazendo ao público os anseios de pesquisadores em diferentes níveis de formação e de ponderação sobre suas temáticas de interesse.

Referências bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2007.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Trad. Regina A. Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOURDIEU, Pierre. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. In: ALVAREZ-URÍA, Fernandes (Org.). **Materiales de sociología crítica**. Madrid: La Piqueta, 1986.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. Trad. Tomaz Tadeu da Silva. In: LOURO, Guacira L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

CSORDAS, Thomas. **Corpo, significado, cura**. Trad. José Secundino da Fonseca e Ethon Secundino da Fonseca. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2008.

DEBERT, Guita Grin; GOLDSTEIN, Donna M. (Orgs.). **Políticas do corpo e o curso da vida**. São Paulo: Ed. Sumaré, 2000.

DOUGLAS, Mary. Los dos cuerpos. In: **Símbolos naturales: exploraciones en cosmología**. Trad. C. Criado. Madrid: Alianza, 1988.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. Vol. 2. Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FOUCAULT, Michel. **Historia da sexualidade I: A vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da C. Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GIBBON, Sahra; NOVAS, Carlos (Org.). **Biosocialities, genetics and the social sciences**. Making biologies and identities. New York: Routledge, 2008.

LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. **Medicinas paralelas**. Trad. Ramon Américo Vasques. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LE BRETON, David. **La sociologie du corps**. Paris: PUF, 2002.

MARZANO-PARISOLI, Maria Michela. **Penser le corps**. Paris: PUF, 2002.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Phénoménologie de la perception**. Paris: Gallimard, 1992.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bio-identidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

QUEVAL, Isabelle. **Le corps aujourd'hui**. Paris: Gallimard, 2008.

RABINOW, Paul. **Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow**. Org. e trad. João Guilherme Biehl. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. Trad. Aécio Amaral Jr. **Política & Trabalho – Revista de Ciências Sociais**, Paraíba, n. 24, p. 27-57, abr. 2006 [*Biosocieties*, v. 1, n. 2, p. 1, 195-217, 2006].

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

ROSE, Nikolas; NOVAS, Carlos. *Biological citizenship*. In: ONG, Aihwa; COLLIER, Stephen (Eds.). **Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems**. London: Blackwell, 2003. p. 439-463.

SANTOS, Ricardo Ventura; GIBBON, Sahra; BELTRÃO, Jane (Orgs.). **Identidades emergentes, genética e saúde: perspectivas antropológicas**. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz, 2012.

SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita**. Crítica de uma nova utopia. Trad. Fernanda Oliveira. São Paulo: Loyola, 1996.

VIGARELLO, Georges. **Le corps redressé**. Paris: Armand Colin, 2004.

Volume II

SOBRE SAÚDE

Nau dos Psiquiatras: representações da doença mental e identidade profissional na psiquiatria

Artur Perrusi

Diálogo entre sociólogo e psiquiatra:

- Por que você fez medicina?
- Porque queria agradar a minha mãe!
- Por que você fez psiquiatria?
- Porque nem sempre é possível agradar a mãe...

Já fizeram o elogio à loucura, segundo Nelson Rodrigues – muitos elogios, certamente. Por isso, talvez, haja poucos elogios aos psiquiatras, exceto os laudatórios encontrados entre os próprios pares. A crítica à psiquiatria tornou-se banal, quase um reflexo condicionado nos debates pela Academia afora. Os psiquiatras e todos os profissionais da saúde mental fazem parte, segundo a crítica mais usual, de um implacável dispositivo de poder que naturaliza a loucu-

ra, transformando-a justamente em... “doença mental”¹. A assistência psiquiátrica, em muitas análises, é vista como um aparelho de poder, um aparato de controle social, com a função de reprimir e excluir o comportamento dito desviante. Os discursos psiquiátricos revelam, nesse sentido, formas de dominação. São saberes que implicam regimes de poder.

Não negamos a pertinência empírica de tais análises, longe disso. Discutimos, apenas, seu alcance analítico e metodológico. O que não queremos negar, no fundo, é a pluralidade de interpretações existentes a respeito da assistência psiquiátrica que vai, desde a percepção de que é um controle social, até sua consideração como lugar da clínica psiquiátrica ou como uma instância de cuidados especializados. Preferimos, assim, seguir um caminho, inclusive, já trilhado alhures:

Talvez seja interessante tomar essa polissemia como ponto de partida e estudá-la efetivamente, no sentido de produzir uma análise concreta da situação concreta, examinando os diversos interesses, os diversos atores sociais

1. A partir desse momento, quando nos referirmos à doença mental, escreveremos DM. Ao mesmo tempo, aspeamos a noção “doença mental”, pois o que existe de fato é o doente ou a pessoa com algum tipo grave de sofrimento psíquico. “Doença mental”, no nosso entendimento, é um construto social, produzido pelo saber psiquiátrico e, enquanto tal, uma categoria de valor, isto é, o que chamamos, nesse trabalho, de “objeto profissional”.

envolvidos, os vários registros cognitivos que guiam a ação – em suma, tomar como ponto de partida a própria prática psiquiátrica (PERRUSI, 2010).

Entretanto, aqui, ficaremos restritos às relações, muitas vezes tensas e ambíguas, entre a psiquiatria e a representação sobre a “doença mental”. É um recorte grande, sem dúvida, porém mais palatável. Inclusive, faz parte de um trabalho mais amplo, cujo objeto foi a identidade profissional do psiquiatra². Este texto é, portanto, um recorte de uma pesquisa, embora seja uma parte, como veremos durante a análise, fundamental para delimitar, justamente, a identidade profissional do psiquiatra.

Com tal objetivo, adotamos algumas posturas metodológicas. Consideramos, nesse sentido, os discursos dos entrevistados como fazendo parte de seu “senso comum”. Mas evitamos tomá-los como “transparentes”, correspondendo a um conhecimento direto da realidade. Mesmo que reconheçamos as reflexões dos entrevistados como *conhecimento social*, ainda seria incorreto caracterizá-las como

2. Perrusi, Artur. *Tiranias da identidade: profissão e crise identitária entre psiquiatras*. 2004. 308f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003. A tese foi produto de uma pesquisa qualitativa realizada na cidade do Recife-PE, onde foram efetuadas 50 entrevistas semidiretas com psiquiatras, além de observação participante nos serviços psiquiátricos locais.

conhecimento sociológico. Ao mesmo tempo, escapamos da tentação de analisar os discursos a partir de uma filosofia da suspeita ou da “revelação” (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997). A linguagem não será tratada como fonte necessária de ilusão, logo, expressão da subjetividade, podendo assim dissimular, enganar... Na verdade, os discursos serão considerados muito mais como formas de justificação de uma realidade (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1991). Implicam, dessa forma, um mínimo de reflexividade (GIDDENS; BECK; LASH, 1997) por parte dos entrevistados em relação à sua realidade vivida, sendo um ponto de partida para a análise sociológica.

A restrição, no recorte do objeto, não significa que nossa tarefa será mais fácil. Afinal, a representação da DM entre os psiquiatras é uma questão sensível e problemática (PERRUSI, 1995). Não há consenso etiológico e nosológico³, existindo, ao contrário, várias concepções dentro da própria psiquiatria sobre a DM. Igualmente, diversas representações, incluindo as provenientes do campo psicanalítico, apresentam uma inadequação permanente com a representação biomédica de doença. Por causa disso, inclusive, a psiquiatria sempre foi “fraca” como disciplina

3. Etiológico, porque nunca, na psiquiatria, houve consenso a respeito das causas da doença mental; nosológico, porque inexistente consenso a respeito de quais doenças trata a psiquiatria.

médica, conseguindo tardiamente, e de forma mitigada, diferenciar-se da neurologia, embora seja “forte” no campo institucional, com seus aparelhos de tratamento especiais, separados do campo médico em geral (PERRUSI, 2010). Tal situação, habitualmente, foi e é fonte de conflito, seja ideológico, seja institucional, trazendo consequências na identidade do profissional, principalmente na sua imagem atribuída e de referência: “que tipo de médico eu sou?” e “que tipo de médico eu quero ser?” (LIPIANSKY, 1990).

Por isso, ficamos interessados em analisar o motivo da adesão de um profissional a essa ou àquela ideia de DM. Tentaremos, assim, responder às seguintes perguntas: por que o psiquiatra apropria-se da doença mental a partir dessa ou daquela teoria e por que tem uma representação “x” e não “y” de doença? Quais as consequências da adesão a essa ou àquela ideia de doença ou de tratamento na sua identidade profissional?

Tais questões terão desdobramentos analíticos e empíricos no texto. Embora os desdobramentos tenham como guia a noção de representação social, não faremos, aqui, uma análise teórica desse conceito. Para isso, remetemos ao nosso próprio trabalho (PERRUSI, 1995). Nosso interesse, na verdade, foi apenas o de situar o campo de aplicação da noção de representação social em relação aos nossos objetivos nesse artigo: uma interpretação das relações en-

tre a psiquiatria e a representação de DM. Fizemos, dessa forma, um uso pragmático da noção, adaptando-o à interpretação empírica. De todo modo, sua utilidade vem da premissa de que, para o estudo de processos de formação de identidade, há de se inferir elaborações representacionais. Afinal, a identidade envolve algum tipo de representação, seja de si mesmo, quando a referência é o indivíduo, seja de grupo, quando é estruturada coletivamente. Como a identidade profissional é uma “construção social”, pode-se perfeitamente imaginar que se constitui por meio de representações compartilhadas por várias pessoas e, sendo partilhadas, são coletivas ou sociais.

Além do mais, temos uma justificação para o nosso pragmatismo, já que a noção de representação social é um tanto polissêmica, apresentando vários tipos de apreensão teórica. Podemos, por exemplo, flexionar o conceito a ponto de identificá-lo a noções como visões de mundo, ideologia, imagens, opiniões... Muitas vezes, assim, usamos o conceito no sentido geral de representação ou de ideia, como um conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento.

Independentemente do *parti pris* das diversas linhas teóricas, toda representação implica um objeto. Tal característica é fundamental à nossa análise, pois sinaliza a resposta à seguinte pergunta: qual é o objeto da psiquiatria?

Ora, é a “doença mental”. Como tal, é seu objeto profissional. É um foco, por assim dizer, cuja rede de significações gira em torno de seu sentido identitário. Mediante a representação, o indivíduo toma posição em relação a um objeto social. A tomada de posição regula, de alguma maneira, as interações suscitadas pelo objeto – por isso, a representação pode ser considerada como um princípio gerador de tomadas de posição e, conseqüentemente, como reguladora e organizadora de interações sociais. Não causa surpresa, por essa razão, que o controle do objeto, por parte dos indivíduos, seja essencial à constituição da representação – controlar a representação do objeto tem como consequência o controle do próprio objeto. Sendo relevante, o objeto faz parte do dia a dia dos indivíduos (experiência comum) e, dessa forma, fator importante à formação do grupo. Ele pode encarnar, do mesmo modo, um problema de identidade que precisa ser resolvido de alguma maneira. Daí a necessidade do controle, pois há sempre o perigo de que a inadequação do objeto, em relação às crenças dos indivíduos, torne-se uma querela identitária e uma causa de desestabilização do grupo.

Controlar o objeto significa classificá-lo, ordenando-o num sistema estável e seguro de categorias cognitivas. Os psicólogos sociais chamam essa ordenação simbólica de processo de categorização (ÁLVARO; GARRIDO, 2007).

A categorização não é um processo fácil, pois os objetos sociais são polimorfos, podendo ser apreendidos por maneiras diferentes. Há a necessidade, para a comunicação social, de controle da indeterminação inerente aos sentidos do objeto. Assim, reconhece-se o objeto, dando-lhe um valor que o torne pertinente à comunidade de indivíduos. Categorizar tem o sentido, com efeito, de valorizar. O objeto é uma categoria de valor e, como tal, precisa ser reconhecido, por meio da representação, pelo grupo. Com isso, reduz-se e se controla a complexidade do objeto, permitindo o seu reconhecimento social. E, como reconhecer produz conhecimento, ocorre uma integração do aprendizado, no qual o objeto é inserido, numa cadeia associativa com outros objetos. O conhecimento pode, assim, ser estendido a todos os outros objetos sociais que são manipulados pelos indivíduos do grupo, tornando-se uma orientação de conduta. Consequentemente, seguindo a lógica do raciocínio, pode-se argumentar que a representação induz à criação de regras e normas de comportamento social; em suma, “organiza” o mundo.

Mas, sendo social o objeto, pode ser partilhado por vários grupos diferentes, tomando sentidos diferentes e mesmo antagônicos. A formação de representações tornar-se-ia, dessa forma, um conflito simbólico entre vários grupos sociais (BOURDIEU, 1980; MOLINER, 1996), seja na luta

pelo monopólio representacional do objeto, seja na procura de uma legitimidade social para a sua apropriação simbólica. Em vista disso, no estudo das representações, é importante a consciência do que está em jogo na emergência da percepção social. Subentende-se, aqui, que o grupo organiza-se em função de objetivos individuais – afinal, o grupo é formado por indivíduos – diretamente relacionados ao objeto da representação, justamente por possuir com este uma relação umbilical. Ao relacionar objetivos individuais a objetos sociais, a representação social faz a ponte psicossocial entre a esfera individual e a social. A centralidade do objeto, em relação à formação da representação social, é estrutural a tal ponto que, se um determinado grupo possui uma relação apenas conjuntural com um determinado objeto, provavelmente não será capaz de produzir representações sociais a seu respeito. Não tendo importância identitária, o objeto não sofrerá interpelações simbólicas, por parte dos indivíduos, que possam estruturar representações sociais.

Após tais enquadramentos conceituais, podemos agora analisar, empiricamente, a percepção dos psiquiatras sobre a DM e seus desdobramentos na identidade profissional.

Representação e Psiquiatria

Introdução ao campo representativo

No atacado, nosso objetivo é apreender o papel da representação da DM entre os psiquiatras; no varejo, queremos saber se ela guia a conduta do psiquiatra e se participa na construção de sua identidade profissional. Caso a resposta seja afirmativa, poderemos averiguar sua coerência interna e deduzir o comportamento do entrevistado, diretamente derivado da sua adesão à representação. Contudo, é impossível escapar de algumas ponderações. Consideramos, por exemplo, a afirmação canônica de que “a representação guia o comportamento” uma hipótese a ser, a cada instante, validada ou infirmada empiricamente. Simplesmente, porque a lógica da representação não corresponde *necessariamente* à interpretação empírica do comportamento. Embora, muitas vezes, encontremos uma adequação entre representação e prática, a conformidade é muito mais nuancada do que sonham as nossas vãs premissas. E, quando tal ajustamento não ocorre na prática, temos que não só oferecer uma explicação plausível ao fenômeno, bem como inferir que a hipótese de partida — a representação guia a conduta do sujeito — possui uma validade heurística restri-

ta. O comportamento, assim, não é um vetor da representação. Por isso, diante do material empírico, tivemos que restringir o aporte explicativo da representação em relação ao modo de agir do entrevistado.

Como afirmamos na “Introdução”, nossa premissa é entender a DM como o objeto profissional da psiquiatria. Sendo assim, seria fonte de produção de representações profissionais. Com efeito, para agir e se comunicar, quando num contexto profissional, os indivíduos precisam de “objetos” ou de “referentes”. Os objetos profissionais, no fundo, são responsáveis pela trama de relações, práticas e representações que determinam a finalidade da atividade profissional. Sendo referentes do mundo profissional, os objetos possuem uma relação genética com as condições específicas do contexto, no caso o contexto profissional. Por isso, sofrem processo de seleção, no qual algumas características são marcadas e adaptadas aos imperativos da atividade profissional. Os objetos, assim, tornam-se específicos, e sua especificidade depende das significações que os indivíduos lhes imputam. Portanto, são específicos, porque marcados pelo grupo profissional. E seria através dessa especificidade, como objetos profissionais, que são valorizados socialmente.

Embora a DM seja um objeto profissional, não se esgota no contexto profissional. Sua relação com o contexto

seria menos genética do que baseada numa adequação, já que sofre fortes interpelações do imaginário social, do qual os entrevistados retiram, inclusive, vários elementos para a construção de sua representação de DM. Tais interpretações criam uma indeterminação intrínseca, afetando o seu controle profissional. A DM está, nesse sentido, numa situação diferente da doença somática, cuja “normalização” é muito mais profunda e antiga, sendo um objeto profissional de muito mais fácil apreensão e controle. Devido ao seu caráter um tanto inapreensível, a necessidade de controle do seu objeto profissional, para os psiquiatras, tornou-se uma questão de identidade e de coesão social (coesão de grupo). A apreensão da DM, como objeto, constitui um desafio que coloca em xeque a legitimidade profissional da psiquiatria.

Ao contrário das outras disciplinas médicas, a psiquiatria não possui um consenso etiológico; logo, não há uma representação única e estável guiando a conduta dos psiquiatras. Existe a concorrência de diversas representações psiquiátricas do objeto profissional, criando uma confusão de nosologias e práticas terapêuticas. Sem consenso, os psiquiatras não estariam, como os neurologistas, por exemplo, submetidos a uma instância de regulação que definiria um sistema ortodoxo (conjunto de regras e práticas relacionadas, no caso da medicina, ao diagnóstico e, prin-

principalmente, ao tratamento) de controle do objeto profissional (MOLINER, 1996). Talvez, por isso, a psiquiatra tenha compensado a falta de um sistema ortodoxo de controle do objeto profissional por um espetacular sistema, não menos ortodoxo, de controle organizacional e administrativo da prática profissional, cujo corpo normativo está fundamentado no hospital psiquiátrico.

Já abordando o material empírico, pode-se afirmar que a forma de apreensão do objeto profissional foi mudando segundo a representação de cada entrevistado, ocorrendo uma dispersão de informações — aliás, uma das características fundamentais da representação social, segundo Moscovici (1978). A DM é, por definição, um objeto polimorfo, assumindo diferentes formas no mundo profissional. Para cada grupo de entrevistados, a apreensão revestiu-se de importância identitária. Inclusive, para alguns grupos, cuja representação do objeto possui função ideológica de combate a outras representações, o objeto participa da própria gênese do grupo profissional, isto é, do que chamamos de formatação genética do grupo; portanto, não teria uma participação apenas eventual ou pragmática na dinâmica identitária do grupo (formatação conjuntural do grupo). Assim, na maioria dos casos examinados, o objeto profissional é uma fonte de criação identitária, logo, de representações que facilitam a coesão social e mantêm a identidade

do grupo, mais ainda na situação dos entrevistados, desde que estão o tempo todo confrontados a um objeto difícil e problemático.

Talvez, pela falta de uma instância reguladora fixando o conteúdo da representação de DM e, muito provavelmente, pela profusão de representações perpassando o campo psiquiátrico, vários entrevistados adotaram uma conduta pragmática em relação ao objeto profissional. A representação de DM teve, nesse caso, menos uma relação com a verdade do que com a utilidade. Já os entrevistados, para os quais a representação tem importância doutrinária, como é caso dos psicanalistas e neuropsiquiatras, o controle normativo do objeto teria função de veracidade. De qualquer forma, independentemente do papel atribuído à representação, a apreensão do objeto profissional precisa relacionar cognições úteis ao trabalho profissional; em suma, estar de acordo com a razão prática do sujeito e adequada aos limites normativos do contexto profissional.

Foi-nos impossível evitar o uso do jargão médico – exemplo disso, como veremos, foi a inevitabilidade do uso das noções de psicose e neurose. Impossibilidade dada por um fato absolutamente banal: tivemos que discutir a respeito das representações do objeto profissional da psiquiatria. E não foi possível evitar tal discussão, já que partimos da premissa de que, sem a análise do objeto profissional,

dificilmente conseguiríamos apreender a identidade profissional. Além do mais, analisamos entrevistas de profissionais que utilizam linguagem específica, pois lidam com o objeto específico de sua área profissional. Tal linguagem faz parte, inclusive, do campo de identificação dos entrevistados. Embora não discutamos o conteúdo propriamente médico das representações, visto que estamos interessados no papel que tais conteúdos têm na construção identitária, seria estranho não reconhecermos que esse mesmo conteúdo é parte constitutiva da identidade profissional. Em suma, nosso foco foi na função (forma de utilização) das representações na construção da identidade profissional.

Ao mesmo tempo, para fins de classificação, criamos duas noções básicas: dualismo e monismo nosológicos. São noções que reduzem de forma draconiana a complexidade da discussão, embora tal redução não tenha prejudicado nossa análise. São formais, já que não interpelam os conteúdos médicos das representações de DM. Elas produzem um corte paradigmático, pois dividem em dois modelos extremamente gerais todas as diferenças entre as representações de DM. Seriam navalhas de Ockham, com pontas um tanto grossas, mas que permitem simplificar a discussão.

Assim, definimos como dualista toda representação de DM, independentemente de seu conteúdo, que separa o espírito da matéria, a mente do corpo, o psicológico do

somático. De forma abstrata, o dualismo nosológico contrapõe dois princípios irreconciliáveis; de forma concreta, aplicando ao nosso contexto, a posição dualista impõe uma separação entre a DM e a doença orgânica ou clínica. A representação dualista, conseqüentemente, torna a DM uma doença especial (ou, até mesmo, torna possível a negação do fato psiquiátrico como um fato patológico), divergente de todas as outras, instituindo uma diferença ontológica (de natureza). A psicanálise é um exemplo de teoria dualista, pelo menos nas versões que se distanciam de uma rigorosa exegese freudiana, pois institui uma separação entre o psiquismo e o corpo.

Já monista é toda representação de DM, independentemente de seu conteúdo, que une o espírito e o corpo, a mente e o soma, o psicológico e o somático. No monismo nosológico, os princípios, aparentemente separados, são atributos de uma mesma substância. Espírito e matéria são, por assim dizer, faces da mesma moeda. A DM perde sua especialidade, tornando-se apenas específica, como qualquer outra doença na medicina. Não prefigura uma diferença absoluta, apenas uma diferenciação. Torna-se banal. Entre uma pneumonia e uma esquizofrenia, não há mais uma diferença de natureza. A teoria biológica da DM é um exemplo de teoria monista, ao afirmar que, embora a DM tenha efeitos ditos psicológicos, seu fundamento é

neuroquímico; logo, a sintomatologia de cunho psicológico é apenas uma expressão direta e indireta de princípios neurobiológicos.

Desse modo, a utilidade das duas noções seria basicamente formar dois modelos que, aplicado às representações dos entrevistados, permitiram-nos visualizar “posições”, dualistas ou monistas, cuja dedução levou-nos a inferir diferenciações profissionais que implicam condutas e procedimentos diferentes em relação ao objeto profissional. Ora, analisar diferenciação profissional, condutas e procedimentos é, de fato, analisar identidade profissional. Além do mais, as duas noções ainda permitem variações e extrapolações, como por exemplo: dualismo ou monismo institucionais (quanto à separação ou não entre serviço psiquiátrico e serviço clínico; hospital geral x hospital psiquiátrico...); dualismo e monismo vocacionais (quanto à separação ou não entre vocação médica e vocação psiquiátrica). Pudemos fazer isso por causa da condição heurística da representação de DM.

Para melhor compreensão dessa questão, assinalaremos alguns exemplos concretos: defender a separação ontológica entre a DM e as outras doenças pode levar o entrevistado a afirmar a necessidade de um aparato institucional especial para o tratamento de uma doença diferente, perfazendo, assim, a defesa de um dualismo institucional (defesa

da necessidade do hospital psiquiátrico, em detrimento do hospital geral). Ou ainda: o dualismo nosológico pode levar o entrevistado a defender a separação entre a vocação médica e a psiquiátrica, já que a DM, sendo ontologicamente diferente das outras patologias, necessita de profissional que utiliza deontologias e procedimentos diferentes dos que existem na medicina; assim, a partir do dualismo nosológico, defende-se um dualismo vocacional. Claro, o deduzido acima são inferências lógicas, já que, na realidade, as questões aparecem de forma bem mais complexa; como dissemos, as noções de dualismo e monismo têm utilidade heurística, ou seja, ajudam na interpretação empírica.

Abaixo, um esquema sucinto, para melhorar a inferência dos modelos:

Dualismo nosológico \Leftrightarrow Dualismo institucional \Leftrightarrow Dualismo vocacional
Monismo nosológico \Leftrightarrow Monismo institucional \Leftrightarrow Monismo vocacional

Enfim, para a interpretação do material empírico, dividimos os entrevistados em três grupos:

- 1) o grupo dos psicanalistas é formado por médicos psiquiatras que tiveram formação analítica, têm uma representação psicanalítica de “doença mental”

- e utilizam a psicanálise como método terapêutico.
- 2) o grupo dos biomédicos, formado por médicos psiquiatras que tiveram formação neuropsiquiátrica ou que defendem uma psiquiatria calcada na neurologia.
 - 3) o grupo dos clínicos, formado por médicos psiquiatras mais “ecleticos e pragmáticos” que misturam diversos registros etiológicos na sua representação de DM.

Os psicanalistas e os biomédicos têm a representação de DM mais coesa e mais enquadrada por uma ortodoxia nosológica. Nesse sentido, a representação psicanalítica e a neuropsiquiátrica, respectivamente, cumprem um papel ideológico de coesão muito mais pronunciado do que as representações dos clínicos, cuja representação tem menos relação com a verdade do que com seu uso pragmático nos diversos contextos da atividade profissional. Sendo assim, o caso do “clínico” diferencia-se dos dois outros, já que sua representação (com ênfase no aspecto patológico da DM e numa visão sintomatológica da morbidade; em suma, sintonizada com a psicopatologia clássica) possui uma peculiaridade: não demonstrou a mesma força de coesão lógica e de indução de condutas que manifestaram a representação analítica e a biológica.

Representação analítica da DM

Dos 50 entrevistados, 11 assumiram uma representação psicanalítica da psicose e da DM. Nomeamos a representação de psicose de “analítica” pela clara referência à teoria psicanalítica. Os entrevistados utilizaram todo o jargão psicanalítico para definirem o termo “psicose”, sempre fazendo referências à psicanálise, a Freud e a Lacan. Não vamos discutir até que ponto tais definições são realmente psicanalíticas, pois não é o nosso objetivo. Notamos apenas que as respostas foram homogêneas do ponto de vista da representação e com claras referências à psicanálise, o que nos permitiu classificá-las num mesmo grupo, chamado de “representação analítica”. Contudo, a representação foi utilizada para fins diferentes de identificação. Além da resposta propriamente dita, alguns entrevistados utilizaram a representação para se definir “profissionalmente”. Tal definição, na verdade, sempre teve como contraponto a medicina.

Dos onze entrevistados, cinco utilizaram a representação de psicose para se diferenciar dos médicos, do discurso médico e da medicina — todos os entrevistados que fizeram

tal diferenciação são lacanianos⁴. Podemos citar, exemplificando, uma resposta típica de um entrevistado laciano: *“psicose é uma falha que produziu a interdição do Nome-do-Pai. A psicose seria uma estrutura de personalidade”*.

Além disso, os cinco entrevistados tiveram a preocupação de demonstrar que sua representação de psicose não faz parte do “campo da medicina”, concatenando tal afirmação com o seguinte postulado: o psicanalista é diferente do psiquiatra. Tal diferenciação profissional, realizada através da representação de psicose, reivindica uma diferença no próprio “trabalho terapêutico”; isto é, uma representação analítica da psicose (ou de toda DM) implica uma postura profissional diferente da psiquiátrica, seja na visão de psicose (ou de DM), seja na concepção de tratamento. Em síntese, as duas esferas profissionais (psicanálise e psiquiatria) jamais se misturariam: não se pode ser psiquiatra e psicanalista, ao mesmo tempo — inclusive, alguns lacanianos afirmaram que, se inexistissem problemas de ordem salarial, trabalhariam apenas como psicanalistas.

4. Lacan, psicanalista francês, fundou uma corrente de pensamento importante na psicanálise. Embora se considerem continuadores da tradição psicanalítica, os lacanianos formam uma escola separada da ortodoxia freudiana. Lacanianos, nesse sentido, são psicanalistas que possuem como referência profissional, e mesmo ideológica, Lacan e sua obra. Por uma especificidade histórica, que não iremos discutir aqui, Recife apresenta presença marcante de psicanalistas de orientação laciana.

Tal visão coloca a psicanálise como um paradigma oposto ou antagônico ao da medicina — para a maioria dos lacanianos, a DM nunca seria propriamente uma doença, mas fundamentalmente um “sofrimento”. Assim, no caso desses entrevistados, assumir uma representação analítica da DM significa *também* assumir uma identidade de psicanalista, mas jamais de psiquiatra. A representação analítica, para os entrevistados, entraria num conflito irremediável com a representação dita “médica” da psicose e da DM, fazendo parte fundamental na diferenciação profissional entre a psicanálise e a psiquiatria.

Mas como se “equilibra” tal clivagem entre psiquiatria e psicanálise? Mediante a construção de uma “dupla personalidade”.

Assim, a dualidade entre a psiquiatria e a psicanálise é construída de dois modos: primeiro, trabalhando em espaços profissionais e organizativos diferentes — no hospital psiquiátrico (HP), os entrevistados são psiquiatras; no consultório, psicanalistas. Segundo, identifica-se a psiquiatria ao tratamento medicamentoso: no espaço analítico, os entrevistados recusam-se a administrar medicamentos, principalmente psicotrópicos — a medicação seria somente administrada como “psiquiatras”. Pode-se dizer que a psicanálise é situada como o objeto da vocação, enquanto a psiquiatria é quase um mal necessário, justificado discursivamente.

sivamente pela necessidade econômica. Tal solução é nitidamente pragmática, e vários entrevistados reconheceram a contradição. Como afirmou um entrevistado:

Não posso fazer nada. Se pudesse ficaria apenas trabalhando no consultório. No hospital, a lógica é de lascar. É impossível não passar medicação.

Por outro lado, os entrevistados que são psicanalistas⁵, mas evitaram a “dupla personalidade”, são justamente aqueles que não utilizaram sua representação de psicose e de DM para diferenciação profissional. Possuem uma representação analítica da DM e a consideram como uma doença, ao contrário dos lacanianos. Nesse sentido, ao considerarem a psicose como uma patologia, eles aproximam a psicanálise da medicina, concebendo aquela como uma “psicoterapia”, isto é, como um “tratamento”. A psicanálise desencantaria-se ao perder sua aura de “profissão”, tornando-se uma psicoterapia, embora hierarquicamente superior a todas as outras. Há a defesa de um vínculo entre a psicanálise e a psiquiatria. Na verdade, para esses entrevistados, a psiquiatria

5. A maioria desses entrevistados não repudia o aporte laciano, tendo até alguma simpatia por algumas posições; contudo, não se consideram lacanianos e, sim, psicanalistas, colocando o psicanalista francês no panteão analítico, mas ao lado de outros “deuses” da teoria psicanalítica.

seria uma “profissão da saúde mental” na qual várias correntes de pensamento e de prática conviveriam no mesmo “espaço/tempo” profissional, incluindo o aporte lacaniano. Em suma, existiria uma psiquiatria de base analítica convivendo, não sem antagonismos, com uma psiquiatria clínica, por exemplo. Como disse um entrevistado:

Sou psicanalista, mas não sou fundamentalista. Acho que a minha formação analítica é complementar à minha formação psiquiátrica. A psiquiatria me deu todo um referencial do ponto de vista do diagnóstico e de prognóstico... E a questão dos limites: um psicanalista que não tem essa experiência com a psiquiatria, ele pode se encontrar em determinadas situações em que não consegue reconhecer determinados limites. O limite da depressão, o limite de um sofrimento que exigiria uma medicação. Seria extremamente sádico, o profissional que não desse a medicação a um paciente que tivesse esse nível de sofrimento...

Por isso, ao contrário dos lacanianos, não causa surpresa que tais psicanalistas defendam a complementaridade hierárquica entre o tratamento medicamentoso e a psicoterapia, sendo esta última prioridade e colocada no topo da hierarquia terapêutica. Ao mesmo tempo, tais psicanalistas são profissionais que trabalham no serviço público, boa parte

em coordenações de saúde pública, geralmente com cargos de chefia. Estão, desse modo, acostumados a trabalharem no hospital psiquiátrico e não privilegiam o trabalho em consultório; inclusive, mesmo que no espaço privado do consultório a abordagem seja fundamentalmente de cunho analítico, não se consideram menos psiquiatras por causa disso. Pode-se resumir essa discussão com o seguinte quadro:

Representação analítica	Unidade profissional	Tratamento
Defesa da separação	“Dupla personalidade”	Psicoterapia x medicação
Defesa do vínculo	“Unidade”	Complementaridade

Representação e formação analítica

Notamos, na discussão anterior, que a relação entre representação e prática não é direta nem unívoca. A tradução lógica da representação em conduta ou comportamento nem sempre se verifica na prática profissional. Pode-se construir logicamente uma conduta adequada à representação, mas apenas como indicativo para se examinar a relação entre a prática e a representação. O que pode ocorrer, na realidade, é uma inadequação ou a percepção da existência de uma série de mediações entre a representação e a

prática — a relação não é direta e imediata, e, sim, indireta e mediada. Desse modo, como mais um exemplo desse debate, embora onze entrevistados tenham assumido a representação analítica de psicose, a maioria dos entrevistados que teve formação analítica (20 entrevistados) não avocou tal representação. Daqueles que a tiveram, 09 entrevistados assumiram a representação analítica da DM. Ao mesmo tempo, apenas 02, daqueles que assumiram essa representação, não têm formação analítica.

O que explicaria isso?

Podemos inferir que a formação analítica condiciona, de forma apenas parcial, a representação da DM. Parece-nos que o resultado maior (e um tanto evidente) da formação analítica foi o de tornar o psiquiatra capaz de realizar psicoterapia de base analítica. Assim, todos os entrevistados que têm formação analítica reconhecem que utilizam o método psicoterápico, principalmente no ambiente privado do consultório. Para o entrevistado, possuir a competência de realizar um tratamento psicoterápico não implica, necessariamente, possuir a representação analítica da DM. Como disse um entrevistado: *“a formação analítica me deu um conhecimento que posso aplicar na minha prática”*. Pelo que pudemos entender, a maior parte dos entrevistados considera a formação analítica uma formação “técnica” ou uma “especialização”, como outra qualquer. Os únicos entrevistados,

para os quais a formação analítica foi bem mais do que uma “especialização, foram os entrevistados que fizeram a diferenciação profissional entre a psicanálise e a psiquiatria. A formação analítica, nesse caso, foi do tipo “lacaniana”, reconhecida pelos entrevistados como mais “formativa”, modelando práticas e representações do profissional.

Representação da DM x noção de neurose x classificações nosológicas

Indagar sobre a importância da noção de “neurose” entre os entrevistados foi fundamental, pois tal noção sempre teve papel importante na representação da DM. Além do mais, seria atualmente uma noção polêmica, cuja antiga hegemonia está sendo desafiada pelas novas classificações nosológicas, principalmente as americanas, que prescindem do uso do termo. A “neurose”, além de implicar uma concepção de DM, implica também, na atual conjuntura, uma diferenciação na identidade profissional. Para julgarmos o verdadeiro papel da noção de neurose, fizemos a diferenciação entre a representação (no caso, “analítica”) de psicose e a de neurose, cuja utilidade, inclusive, será vista daqui por diante.

Todos os entrevistados que possuem a representação analítica da psicose utilizam o conceito de neurose na prática terapêutica. Consideram tal conceito importante e o definem do ponto de vista da teoria psicanalítica. Ao definir a neurose analiticamente, os entrevistados puseram, no mesmo campo representativo, as representações de neurose e psicose. Os entrevistados são “coerentes”, utilizando a mesma teoria para ambas as representações.

Mas nem todos os entrevistados que possuem a representação analítica da neurose têm, por sua vez, a representação analítica da psicose. Se o movimento é coerente da representação de psicose para a de neurose, o inverso jamais é verdadeiro: há entrevistados que possuem a representação analítica da neurose, mas que não repetem o mesmo raciocínio para a psicose. Sem examinar outras variáveis, podemos inferir que a representação analítica de psicose condiciona a de neurose, mas nunca o contrário —entre as duas representações inexistiria *feedback*.

Podemos considerar que é “adequado” a utilização do conceito de neurose pelos entrevistados do grupo analítico, já que tem uma tradição importante na história da psicanálise. Sua definição rigorosa em termos psicanalíticos seria também uma maneira de se contrapor às novas tendências, principalmente da psiquiatria clínica, em que o conceito de neurose praticamente desapareceu do diagnóstico. Assim,

pode-se postular certo investimento de “identificação” no conceito de neurose, diferente da sua utilização “pragmática” feita por outros entrevistados, principalmente psiquiatras clínicos, em que “neurose” foi *apenas* utilizada para o diagnóstico diferencial da psicose. Acreditamos que essa defesa enfática do conceito de neurose é uma demarcação de campo “profissional”; portanto, não causa surpresa que a maioria dos psicanalistas recusa e critica duramente o uso das classificações nosológicas, principalmente as novas classificações que omitem ou desnaturam o conceito de neurose — tais classificações repousam em visões de doença diferentes e, algumas vezes, antagônicas à psicanálise. Como as classificações são sintomáticas, necessariamente omitem qualquer visão “qualitativa” ou causal de uma DM. Podemos concluir que a defesa do conceito de neurose e a recusa de utilizar as classificações fazem parte do mesmo movimento de defesa de uma identidade disciplinar e, por que não, profissional. Como disse um entrevistado:

Acho importante. É útil do ponto de vista operacional. Mas prefiro as classificações antigas. As novas só se preocupam com os sintomas — pra quem gosta de medicação, as novas classificações são úteis. Faz perder de vista a totalidade do paciente. Neurose é bem mais do que transtorno, do que sintoma.

Ou ainda:

A neurose deveria ser abordada por outra forma diferente da psiquiátrica... A neurose desapareceu dessas novas classificações. Agora tudo é disfunção...

Não foi por mera coincidência, assim, o fato de que todos os entrevistados do grupo da representação analítica de psicose, exceto um, deixassem de lado as novas classificações nosológicas. A exceção confirma a regra, pois tal entrevistado justifica a utilização das classificações de forma pragmática: utiliza esse procedimento apenas para a “comunicação científica”. A utilização não o impede de fazer críticas às classificações, consideradas como de base “comportamental” e apenas sintomatológica. As novas classificações desconsideram o conceito de neurose e, praticamente, prescindem do emprego de noções psicanalíticas; talvez, por isso, a resistência à utilização de tais procedimentos por parte de entrevistados que possuem representações analíticas tanto da psicose como da neurose. Nesse sentido, as novas classificações são comumente vistas de forma negativa e, algumas vezes, francamente antipsicanalíticas.

Representação e dualismo nosológico

Todos os entrevistados do grupo da representação analítica de DM são dualistas nosológicos, pois admitem que a DM seja essencialmente diferente da doença *tout court*. Como disse um entrevistado:

O problema da doença mental é a linguagem e o simbólico. Há diferença entre corpo e psiquismo. Há uma diferença de objeto entre a medicina e a psiquiatria...

Nem todo dualista possui, contudo, a representação analítica da DM; assim, o movimento vai da representação ao dualismo nosológico, e nunca o contrário. *Stricto sensu* seria equívoco considerar os entrevistados que não concebem a psicose como uma doença, principalmente os lacanianos mais radicais, como dualistas. São, na verdade, bem mais radicais, ultrapassando o próprio alcance do dualismo. São defensores de um de tipo ontológico que separa corpo e psiquismo, de forma rígida, e que considera a DM completamente fora do paradigma médico. O dualismo de tipo nosológico ainda se enquadraria no paradigma médico, pois considera a psicose uma doença, mesmo que substan-

cialmente diferente da doença propriamente dita; além do mais, ele pode ser amenizado ou mesmo reduzido à mera dualidade por meio de uma visão psicossomática da doença. Para o dualismo radical, a DM não seria propriamente uma doença e sim, como disseram vários entrevistados, um “sofrimento”. O fenômeno “psicose” estaria completamente *fora* do âmbito psiquiátrico, e incompatível com sua apropriação pelo saber psiquiátrico — incompatível, mais especificamente, com uma apropriação biomédica de doença. Um resumo dessa discussão pode ser visualizado da seguinte maneira:

Dualismo nosológico	DM x Doença orgânica	Paradigma médico
Dualismo ontológico	“Sofrimento” x Doença	Fora do paradigma médico

A psicose ou a DM em geral — já que os entrevistados defenderam a neurose da mesma forma — seria uma doença especial dentro da medicina, envolvendo justamente uma representação especial de doença: a representação analítica. O dualismo seria a reafirmação dessa *diferença*. Há as doenças *tout court* e as doenças de qualidade diversa que quase escapam da medicina — justamente, são as doenças psiquiátricas. Com o dualismo, ocorre uma demarcação de território disciplinar e mesmo profissional de grandes

consequências. Ele é uma característica marcante da representação analítica da psicose, fazendo parte do seu núcleo de formação. Para os entrevistados, possuir tal representação significa ser dualista; significa defender uma especialidade para a psicose e a DM —especialidade que faz da DM uma *diferença* na nosologia médica. O dualismo nosológico sintetiza a *distinção* protagonizada pela representação analítica da psicose.

Representação e etiologia

Em relação à etiologia da psicose e da DM, todos os entrevistados, que comungam da representação analítica de psicose, sustentaram uma determinação psíquica para a patologia mental. Para tal, demonstraram a coerência entre a defesa de uma etiologia psíquica e uma representação analítica da psicose — a comprovação da dita coerência verifica-se quando confirmamos que somente tais entrevistados defenderam uma etiologia psíquica da psicose e da DM. A causalidade psíquica da psicose foi defendida *também* a partir de críticas às visões “organicistas” da psicose e da DM, consideradas redutoras e contraditórias com a clínica.

Assim, temos algumas afirmações bem características, inclusive provenientes do jargão psicanalítico:

Seria uma questão de herança, mas não genética. Uma herança simbólica e de constituição das relações. Pai e mãe...

Ou ainda:

Existe uma questão orgânica, mas do ponto de vista constitutivo: algo que aconteceu durante a constituição do indivíduo. Principalmente nas relações primárias. E pode explodir quando de situações estressantes.

Podemos inferir, dessa necessidade de “coerência”, uma pregnância da representação analítica da psicose; isto é, da representação derivam algumas consequências: umas doutrinárias, ligadas à teoria psicanalítica, como a etiologia psíquica e a representação de neurose; outras mais amplas, como a defesa do dualismo. Ora, nem todos os entrevistados, que defenderam uma representação analítica de neurose ou que defendem o dualismo nosológico, assumem uma representação analítica da psicose. Nesse sentido, o caminho só tem uma direção: da representação para tais variáveis. Visão analítica da neurose, dualismo e etiologia psíquica estão juntas a partir da representação analítica de psicose. Ela seria o determinante da “família”; o ponto no qual convergiriam elementos dispersos para formar o campo representativo do

entrevistado — este utiliza a representação para colocar sob sua órbita argumentativa outros elementos que não estão umbilicalmente ligados à representação.

Evidentemente, o “amálgama” dessa “família” é a teoria psicanalítica. Como tal, pode ser utilizada de várias maneiras, seja como doutrina, parecendo ser o caso desse grupo de entrevistados, seja como “instrumento”, aparentando ser o caso dos outros entrevistados que têm relação pragmática com as teorias do campo psiquiátrico. No caso agora examinado, seria a teoria psicanalítica que subsidiaria a representação da psicose, conectando-a aos outros elementos, como a neurose e a causalidade psíquica. A teoria psicanalítica seria o pano de fundo pelo qual os entrevistados fazem a conexão de vários elementos com a representação de psicose.

Representação e tratamento

Novamente, podemos afirmar que os entrevistados examinados foram “coerentes”: seguiram um caminho lógico que vai da representação analítica até à causalidade psíquica da psicose e da DM. Podemos dizer o mesmo, quanto ao tratamento da psicose: 08 dos entrevistados indicaram que o tratamento é “fundamentalmente psicoterápico”; o restante defendeu a complementaridade entre medicação e psico-

terapia. “Fundamentalmente psicoterápico” não significa que deixe de ocorrer o emprego de medicação por parte dos entrevistados. Significa, na verdade, uma defesa de princípios, pois todos os entrevistados desse grupo trabalham no serviço público, onde é muito difícil — por motivos que não discutiremos aqui —, senão impossível, o descarte do uso da medicação; assim, são obrigados pelas circunstâncias a administrar de forma corriqueira a medicação, em especial aquela à base de psicotrópicos. Deste modo, “fundamentalmente psicoterápico” reflete o trabalho no consultório, onde o tratamento é baseado na psicoterapia. Tal fato repete-se mesmo para aqueles entrevistados que fazem uma diferenciação profissional entre a psiquiatria e a psicanálise, embora possamos fazer aqui uma nuance: “fundamentalmente” seria trocado pelo “exclusivamente”.

Como afirmou um entrevistado:

(...) na prática analítica, não utilizo medicação. No serviço público, infelizmente, sou obrigada...

Ou ainda:

(...) sou contra a utilização de medicação na psicanálise. Não vejo pra quê. Sinceramente, não gosto de medicar...

O restante dos entrevistados defende a complementaridade entre a medicação e a psicoterapia no tratamento da psicose e da DM. De novo, precisamos fazer uma nuance: os entrevistados reconhecem que, no consultório, o tratamento é “fundamentalmente psicoterápico”, aceitando o fato de que, no serviço público, o tratamento é medicamentoso. A defesa da complementaridade não é apenas um fato de consciência — os entrevistados acham, de fato, que o melhor tratamento para o paciente psiquiátrico é a complementaridade entre a medicação e a psicoterapia —, mas também o reconhecimento de outro fato: há uma “divisão” entre o serviço público (em especial, o hospital psiquiátrico — HP) e o consultório privado, e tal divisão é “terapêutica”.

A complementaridade entre medicação e psicoterapia serve, aos entrevistados, para reconhecer, também, outra divisão terapêutica, dessa vez entre a neurose e a psicose: o tratamento da neurose é baseado na psicoterapia, sendo a utilização dos medicamentos intermitente; ao contrário da psicose, para a qual os medicamentos são imprescindíveis. Tal divisão, por coincidência, corresponde à divisão assinalada entre consultório e serviço público (sobretudo o HP). Ora, como no HP, em geral, estão internados pacientes psicóticos, o tratamento é medicamentoso; como no consultório os clientes são, de forma rotineira, aqueles que sofrem de distúrbios neuróticos ou que já estão com-

pensados do surto psicótico, o tratamento é psicoterápico. Talvez, por isso, os entrevistados assinalem que o trabalho, no consultório, favorece o tratamento “fundamentalmente psicoterápico”, pois a maioria da clientela é composta de pacientes não psicóticos que procuram o profissional de forma explícita para uma psicoterapia. Ao mesmo tempo, os clientes que sofrem de psicose procuram, já “compensados”, o psiquiatra – na verdade, clientes que já passaram por outros psiquiatras, seja no HP, seja noutra consultório, não estando em “crise”, e podem ser submetidos, de imediato, à psicoterapia. Assim, o discurso da complementaridade não se realiza *in totum* na prática, pois o consultório representa, para tais entrevistados, um tratamento “fundamentalmente psicoterápico”.

Representação e Psiquiatria

A posição do grupo de entrevistados sobre a natureza do conhecimento psiquiátrico foi bastante nuançada. Mesmo assim, podemos dizer que houve homogeneidade nas respostas. Todos os entrevistados consideraram a psiquiatria como um conhecimento científico; contudo, tal consideração não significou necessariamente sua valorização. Por exemplo, os entrevistados da diferenciação profissional entre psicanálise e psiquiatria situaram a primeira *fora* da medicina – inclu-

sive, no dizer de um entrevistado, *a psicanálise não é uma ciência*. Tal fato justificar-se-ia da seguinte maneira: a medicina é baseada na biologia que, uma vez projetada para o campo psiquiátrico, dificultaria a compreensão do psiquismo humano; assim, a psiquiatria seria biológica e organicista. Como os entrevistados afirmaram que a etiologia da DM é, em essência, psíquica, e sendo a psiquiatria considerada organicista, pode-se compreender por que ela não teria condições de “entender” a patologia mental.

Desse modo, ao retirar a psicanálise do campo médico, os entrevistados utilizaram as seguintes premissas: todo conhecimento médico tem como fundamento científico a biologia; como a psiquiatria faz parte da medicina, possui fundamento biológico ou orgânico; como a psicanálise não é biológica, nem organicista, logo está fora do campo médico. No entanto, apesar de os entrevistados terem-na retirado do campo médico, não a colocaram fora da ciência: a psicanálise seria uma ciência que teria parentesco com as ciências sociais ou com uma psicologia “especial” — *uma ciência do inconsciente*, no dizer de um dos entrevistados. A psicanálise seria vista como um conhecimento tão rigoroso quanto o conhecimento médico, porém diferente na natureza e nos objetivos — *a psicanálise trabalha com o inconsciente e a psiquiatria com a sintomatologia e a psicopatologia*. São diferentes, disse um entrevistado, de

forma peremptória. Reafirma-se, portanto, a diferenciação profissional entre a psicanálise e a psiquiatria — diferença profissional, logo, diferença de saber.

Mas os entrevistados não se contentaram apenas em detectar uma diferença epistemológica entre a psicanálise e a psiquiatria; na verdade, a crítica foi mais longe: a medicina científica impôs o uso abusivo da tecnologia na prática médica. Tal crítica, inclusive, não foi monopólio desse grupo de entrevistados, pois usada por outros entrevistados para defender o papel humanista da psiquiatria na medicina. No caso examinado, a crítica ao tecnicismo médico foi, ao contrário, utilizada justamente para realçar a diferença da psicanálise e denunciar a psiquiatria; pois, segundo os entrevistados, o abuso da técnica na atividade médica tornou o paciente mero “objeto” e degradou, com isso, a relação médico/paciente. Dessa forma, por ser médica e, conseqüentemente, abusar da técnica — no caso, o uso da medicação —, a psiquiatria reificaria o paciente, ao contrário da psicanálise que o reintegraria como pessoa ou sujeito.

Ao se diferenciarem de forma profissional, os entrevistados levaram a psicanálise para *fora* do campo médico. Tal postura, de maneira óbvia, *também* se enraíza numa velha polêmica interna à psicanálise: qual é a relação da psicanálise com a medicina? Os entrevistados foram categóricos na resposta: a psicanálise é um saber diferente do psiquiátri-

co e da medicina em geral. Mais ainda: é um “trabalho” (o termo “profissão”, vale assinalar, nunca foi empregado pelos entrevistados) diferente do da psiquiatria. Podemos aventar que tal postura provém do lacanismo dos entrevistados — pelo que pesquisamos, as correntes lacanianas da cidade de Recife defendem, de forma algumas vezes velada, a separação entre a prática médica e a psicanalítica. Podemos, então, inferir que a defesa da diferenciação profissional, entre a psicanálise e a psiquiatria, tem origem nessa visão particular, o lacanismo? Inferimos que o lacanismo, quando este é assumido como “ideologia”, seria justamente um dos fatores que alicerçam tal diferenciação profissional. Ora, qualquer pessoa, para os lacanianos, pode tornar-se psicanalista independentemente de sua formação profissional de origem (engenharia, direito, etc.), traduzindo uma posição não partilhada por outras correntes analíticas, principalmente as mais ortodoxas, que colocam como condição, para o exercício da psicanálise, a obtenção do diploma de medicina ou de psicologia. Assim, a única condição *sine qua non* para se tornar psicanalista é a formação analítica obrigatória, a qual seria uma formação profissional *tout court*, normatizando a *profissão de psicanalista* e oferecendo o conhecimento especializado ao *profissional da psicanálise*.

Por trás da polarização entre psicanálise e psiquiatria, podemos notar outra polarização, dessa vez entre humanis-

mo e cientificismo. Tal polarização aconteceu várias vezes na história da medicina moderna, tornando-se aguda atualmente; porém, tal polarização acontecia e acontece *por dentro* da medicina, pois o humanismo e o cientificismo eram, e são considerados, tendências internas à medicina. No caso examinado, a medicina representa apenas uma face da polarização, o cientificismo, enquanto a psicanálise, a outra, justamente o humanismo; ou seja, um dos polos deslocou-se *para fora* do campo médico. A medicina não teria outra opção a não ser continuar sendo cientificista, e o psiquiatra, para ser humanista, teria de ser psicanalista, afastando-se progressivamente da medicina. Os entrevistados, que não fizeram a supracitada diferenciação profissional entre a psicanálise e a psiquiatria, retomaram a polarização humanismo x cientificismo *por dentro* da medicina, embora com algumas especificidades. A psiquiatria é vista como uma disciplina científica, fazendo parte das “ciências médicas”. Porém, ao se tornar ciência e, por isso, cada vez mais “medicina”, a psiquiatria vem se tornando demasiadamente “técnica” e, com isso, desumanizando-se⁶. Para esse grupo de entrevistados, a psicanálise seria uma espécie de

6. A acusação, de que a medicina está se tornando, cada vez mais, desumanizada, não foi exclusiva desse grupo de entrevistados, pois a maioria fez tal observação, embora a maioria tenha considerado a psiquiatria como um fator de humanização da medicina.

“deontologia” da psiquiatria, uma referência contra a sua desumanização. Faria parte do espaço do saber psiquiátrico, embora tenha um *status* especial — alguns entrevistados a definiram como um “saber específico”. E, ao se aproximar do humanismo ou se afirmando como humanista, a psicanálise se tornaria também *ética*. Segundo um entrevistado, a psicanálise oferece ao psiquiatra uma *postura* diante do paciente, ao mesmo tempo em que o torna sujeito, e não “objeto de técnicas”. Tal valorização da psicanálise vem acompanhada sempre de um recuo: apesar de todo o seu valor, a psicanálise seria apenas *uma* psicoterapia, entre tantas outras que fazem parte do arsenal psiquiátrico, embora seja, na opinião dos entrevistados, a mais importante. Na verdade, sua importância viria do fato de que a psicanálise não se reduz a uma psicoterapia, sendo também um “saber” que concorre, inclusive, com o saber psiquiátrico em geral — ao contrário de outras psicoterapias, que estão alicerçadas em teorias apenas locais, diretamente relacionadas ao tratamento psicoterápico.

A psicanálise, nesse sentido, teria a capacidade de assumir a função de um *weltanschauung* profissional para o psiquiatra, isto é, um sistema de valores e ideias que modelam a identidade e a prática de um sujeito. No caso dos entrevistados da diferenciação profissional entre a psicanálise e a psiquiatria podemos dizer que a psicanálise parece real-

mente assumir a função de uma “cosmovisão” profissional; mas, no que se refere aos outros entrevistados, a questão é mais matizada: a psicanálise desempenha um papel de amálgama da vocação ou da identidade profissional, embora tenha apenas um efeito “local”, restrita que está aos embates no campo psiquiátrico. Se ela reforça a identidade de um tipo de psiquiatra na psiquiatria, tal identidade não deixa de estar subordinada a uma hierarquia axiológica mais ampla: ser médico.

Representação e Neurologia

A neurologia é a “madrasta” da psiquiatria. E a relação da psiquiatria com essa disciplina médica sempre foi recheada de ambiguidades. A história da psiquiatria parece um pêndulo em relação à neurologia, seja por meio de um movimento de adesão, seja mediante um afastamento declarado do “paradigma” neurológico. Por isso, julgamos fundamental “testar” a representação a partir de sua relação com a neurologia. Assim, a posição do grupo de entrevistados foi consensual a respeito da relação entre a psiquiatria e a neurologia: todos defenderam a separação entre estas duas disciplinas. Para os entrevistados, seria lógica a manutenção da separação entre a psiquiatria e a neurologia, visto que a etiologia da DM é psíquica, diferenciando-a com-

pletamente da patologia neurológica. Apesar do consenso, ocorreram diferenças significativas na defesa da separação – diferenças de ênfase, principalmente.

Os entrevistados da diferenciação profissional entre a psicanálise e a psiquiatria, embora defendam a separação disciplinar, acham que, atualmente, com o domínio da psiquiatria biológica, a tendência é o retorno da psiquiatria à neurologia. Segundo um entrevistado, a psiquiatria *se quiser entender alguma coisa sobre a psique humana vai ter que se distanciar da medicina e da biologia*. Nesse sentido, ainda que desejável a separação disciplinar, os entrevistados encaram tal discussão com certa distância, pois consideram que a psiquiatria está inserida numa insolúvel ambiguidade: se assume a “complexidade da psique”, torna-se menos “médica”; se assume suas bases biológicas, retorna à neurologia e perde sua autonomia disciplinar.

Já os entrevistados da indiferenciação profissional entre a psicanálise e a psiquiatria concebem a separação disciplinar entre a neurologia e a psiquiatria como questão fundamental: segundo um entrevistado, *o retorno da psiquiatria à neurologia seria uma tragédia para o tratamento da DM*. A neurologização da psiquiatria é vista como um perigo mortal para a identidade do psiquiatra: *um neuropsiquiatria é apenas um neurologista especializado*, diz um entrevistado. A psiquiatria, portanto, precisa manter-se

autônoma, como disciplina, para justamente dar conta da especificidade da DM na medicina. Sendo específica, a DM necessita de um profissional especial: o psiquiatra.

Para os entrevistados da diferenciação profissional, o problema da separação entre a psiquiatria e a neurologia não é essencial para sua identidade profissional, pois tal questão passa fundamentalmente pelo reconhecimento da autonomia profissional da psicanálise. Já para os outros entrevistados, o reconhecimento da autonomia disciplinar da psiquiatria é indispensável para o seu reconhecimento profissional. Seria a autonomia disciplinar da psiquiatria que permitiria a manutenção de um espaço, no campo psiquiátrico, de profissionais que fazem da psicanálise uma referência de prática profissional.

Representação biológica da DM

Tal grupo foi formado para dar conta de uma representação clínica enfaticamente biológica, baseada numa etiologia precisa. Ele representa um grupo de 12 entrevistados — maior até que o grupo da representação analítica da DM. O grupo apresenta coerência e homogeneidade parecidas com as do grupo da representação analítica, envolvendo também “princípios de pensamento e de conduta”. São entrevistados que têm em alto valor a ciência, afirmando

que sua representação da DM é, antes de tudo, “científica”, sendo refratários a todo e qualquer “ecletismo”. O domínio dessa representação tem como causa, segundo Laplantine,

[o] pensamento médico oficial de nossa sociedade, aquele que possui a maior legitimidade social, não seria compreensível sem seu modelo epistemológico de referência que é proveniente das ciências exatas. Mais precisamente, ele se constitui como um intermediário da biologia. Seu discurso, coextensivo ao seu objeto, é biomédico, não conhecendo e não reconhecendo nenhum outro. E tudo aquilo que não entra no seu campo de saber ou é abandonado às elucubrações do pensamento não científico ou é solicitado a se submeter (1992, p. 266).

Acreditamos que a representação biomédica da doença tenha as seguintes características gerais (1992):

- etiologização da doença;
- etiologia de forma predominantemente exógena;
- monismo nosológico;
- medicalização da doença (alopatia);
- quantificação da saúde e da doença;
- conceito de normalidade proveniente da fisiologia (média comportamental).

A passagem, na ciência médica, do modelo biomédico de doença ao de DM não é realizada de maneira passiva e sem algumas transformações. Percebemos isso quando analisamos o discurso de entrevistados que são membros do aparelho formador médico: a maioria tem, como representação dominante, o modelo biomédico de doença. Ainda assim, o modelo sofreu algumas modificações que não ultrapassaram as fronteiras do paradigma. Portanto, a representação biomédica de DM teria as seguintes características gerais:

- etiologização da DM;
- etiologia endógena (orgânica, genética ou funcional) e relacionada à singularidade do indivíduo;
- isomorfismo entre DM e doença (monismo médico);
- medicalização básica da DM + hierarquia terapêutica (primeiro, o tratamento medicamentoso; depois, a psicoterapia);
- classificação nosográfica e sintomatológica da DM;
- redução dos sintomas como objetivo da terapia;
- ambivalência do conceito de normalidade entre um polo qualitativo e quantitativo.

Na verdade, a representação biomédica da DM sofre de instabilidade crônica, principalmente porque *não há consenso etiológico*. Ela não pode se adequar completamente ao modelo biomédico de doença, enquanto não existir tal

consenso. A “volta” da psiquiatria, desse modo, ao monismo nosológico sempre estancará no meio do caminho. A psiquiatria, com isso, não pode assumir, em última instância, uma “clínica causal”; por isso, a necessidade de substituir, mesmo na neuropsiquiatria, a ausência de um fundamento etiológico por um recurso velho e conhecido: a compulsão taxionômica.

Representação e neurose

A maioria dos entrevistados (07) do grupo utiliza o conceito de neurose, enquanto o restante não o emprega. No entanto, a utilização do conceito de neurose seria “pragmática”, pois totalmente desligada do seu contexto teórico. “Neurose” é um instrumento para o diagnóstico diferencial da psicose. Na verdade, os entrevistados não “acreditam” no conceito de neurose: o conceito estaria superado ou seria demasiadamente psicanalítico.

Como disse um entrevistado:

Eu concordo com as novas classificações. Neurose é um conceito basicamente psicanalítico. Mas, a cada dia que se passa, a psicanálise vai sendo destronada, o que é muito bom, convenhamos.

“Neurose” seria um termo amplo em demasia e difícil de manipular, além de incompatível com as novas classificações nosológicas. Mesmo assim, os entrevistados não consideram contraditório utilizá-lo para a discriminação da psicose. Seria como se empregassem dois registros diferentes para o conceito de neurose: um, para criticá-lo; outro, para utilizá-lo, mesmo que de forma “pragmática”. Contudo, tal contradição seria ressentida de alguma forma, pois vários entrevistados “justificaram” o uso de um conceito que criticam: utilizam-no por força do hábito ou porque no serviço, onde trabalham, ainda se usam as antigas classificações nosológicas. De qualquer forma, a “utilidade” do conceito é reconhecida, embora de maneira mitigada: “neurose” não seria empregada para o diagnóstico da “neurose”, e sim, indiretamente, para o de psicose. Os entrevistados prescindem do confronto dos dois antigos mundos da psiquiatria, o da neurose e o da psicose, embora mantenham o segundo e um resquício do primeiro.

Já os cinco entrevistados que não utilizam o conceito de neurose foram peremptórios: o conceito de neurose está caduco e não tem utilidade alguma na psiquiatria. O alvo é velado: a psicanálise. Pois o conceito de neurose, segundo os entrevistados, se não é originário da psicanálise, foi por ela “reinventado”— praticamente todos os entrevistados

desse grupo possuem uma visão um tanto negativa do papel da psicanálise na psiquiatria.

Vale ressaltar que todos os entrevistados desse grupo, sem exceção, defenderam o uso das novas classificações nosológicas, embora uma minoria não as utilize, porque predominam, em vários serviços, ainda outras classificações mais antigas, as quais usam, inclusive, a noção de neurose. Por isso, defenderam com ardor a rápida disseminação das novas classificações, pois o seu emprego eliminará o hábito de aproveitar conceitos desatualizados como o de neurose, unificando a psiquiatria, e todos poderão falar a mesma “língua”. As novas classificações, assim, reaproximariam a psiquiatria da medicina e da “ciência”.

Representação e Monismo nosológico

Todos os entrevistados desse grupo, seguindo a coerência da sua representação, são monistas convictos. A frase chave, repetida em uníssono, é a seguinte: *a DM é uma doença como qualquer outra* — tal afirmação será, inclusive, repetida por vários entrevistados do grupo da representação clínica. Ou seja: não há diferenças ontológicas entre as doenças, mas, sim, especificidades. A especificação da DM não poupa exageros retóricos como esse, dito por um entrevistado: *doença mental? Tem o mesmo valor que um*

cálculo biliar. Ao considerar a DM uma “doença como outra qualquer”, os entrevistados fazem um movimento fundamental: banalizam a DM e, ao banalizá-la, diminuem a carga de preconceitos que existe em relação à patologia mental. Portanto, segundo os entrevistados, banalizar significa também lutar contra os preconceitos.

O raciocínio segue o seguinte movimento: vai da definição da doença, sempre procurando o substrato biológico, passa pela necessária identidade entre a DM e as outras doenças, realiza uma banalização da patologia mental, conectada a uma prevenção dos preconceitos contra a DM, e termina numa... política de saúde mental, pois prevenir, em psiquiatria, significa fazer política. O monismo não teria apenas importância epistemológica, relativa à conceituação da doença, mas também política, pois a banalização só pode acontecer, como disse um entrevistado, *a partir do esclarecimento público de que a DM é uma doença como outra qualquer*, ou seja, a partir de uma política de saúde mental.

Mas, provavelmente, a defesa do monismo é menos uma questão epistemológica ou política do que de identidade profissional. A afirmação “a DM é uma doença como outra qualquer” parece significar, no fundo, “eu sou médico”. Repor a DM como uma doença, tornando-a ontologicamente igual a qualquer tipo de patologia na medicina, equivale a afirmar a vocação médica da psiquiatria. Tal

grupo de entrevistados possui, com efeito, a preocupação quase compulsiva com o tema “a volta da psiquiatria à medicina”. Por isso, consideram que, quanto mais biológica a visão psiquiátrica da DM, mais médica será a psiquiatria, mais médicos, os psiquiatras. Acreditamos, assim, que a representação biológica possui função parecida com a da representação analítica da psicose, em particular a dos lacanianos, embora o conteúdo seja inversamente oposto: serve, fundamentalmente, além da afirmação de uma visão de DM, para aglutinar uma defesa da psiquiatria como *disciplina médica*. Os “psiquiatras de orientação biológica” utilizam sua visão de DM *também* para valorizar profissionalmente a sua atividade, identificando tal valorização à autenticação médica da psiquiatria; por isso, uma leitura negativa da psicanálise, concebida como um conhecimento que não se enquadra no paradigma biomédico. Curiosamente, neste caso específico, os entrevistados teriam a mesma visão dos lacanianos a respeito da psicanálise: uma prática terapêutica diferente e separada da psiquiatria.

Assim como os lacanianos advogam um dualismo radical, os “psiquiatras de orientação biológica” defendem um monismo do mesmo naipe. A DM é, de fato e de direito, uma doença como qualquer outra. A clínica que aborda a pneumonia é a mesma que trata a esquizofrenia, no dizer de um entrevistado. A segmentação profissional, distin-

guindo o trabalho de um pneumologista do de um psiquiatra, seria proveniente da divisão de trabalho entre os profissionais médicos, e não da diferença ontológica entre a patologia mental e a orgânica; pois, não há mais condições para um médico, individualmente, abarcar todo o reino da medicina. Dessa forma, o monismo radical abraça o dualismo radical quando infere a mesma conclusão: a psicanálise não é uma prática médica, distinguindo-se radicalmente da psiquiatria. O ponto de partida das duas posições é diferente; afinal, a representação analítica e a biológica são, com efeito, diametralmente opostas; contudo, como extremos, tocam-se, quando apresentam a mesma conclusão a respeito da psicanálise.

Representação e Tratamento

Apenas três entrevistados defenderam que o tratamento da psicose e da DM em geral são “fundamentalmente medicamentosos”, incluindo os casos de neurose. Em algumas situações clínicas, principalmente nos quadros agudos de psicose, o tratamento deveria ser “exclusivamente medicamentoso”. Segundo um entrevistado, *basta a medicação para termos um resultado positivo*. Em tom jocoso, alguns entrevistados disseram que fazem psicoterapia, chamada ironicamente de *papoterapia (sic)*. A psicoterapia, nesta

visão ultrabiologista, seria completamente acessória e restrita a determinadas situações, principalmente para os casos de neurose. Aparentemente, repete-se aqui uma velha divisão na história da psiquiatria: o mundo da neurose x o mundo da psicose. No caso, a psicoterapia é bem menos valorizada do que o tratamento medicamentoso, embora seja indicada para as neuroses. Faz-se a conexão entre psicoterapia e neurose, ao mesmo tempo em que se produz uma dupla desvalorização que afeta tanto a forma de tratamento, a psicoterapia, como o conceito de doença, a neurose.

Oferecendo um exemplo mais concreto, um entrevistado chegou a afirmar que *trato de doença, doença grave. Só trato de disfunções neuróticas graves* — vale a pena reparar no termo disfunção, cujo uso aparece em classificações que não apresentam a noção de neurose. Fica-nos a impressão de que, no fundo, para os psiquiatras de orientação (ultra) biológica, além de ser descartável, na qualidade de nosologia psiquiátrica, a neurose não teria, na prática médica, autenticidade como... doença. Tal impressão pode ser resumida de forma exemplar na frase de outro entrevistado: *neurose é para psicólogo*. Frase que implica, além da conexão entre neurose e psicologia, a desvalorização de ambas em relação à psiquiatria e à terapêutica psiquiátrica. Inclusive, a psicanálise é identificada como o apanágio da psicologia, reforçando a desvalorização — como disse um

psiquiatra biológico: *a psicanálise é um fracasso no tratamento da psicose!*

Contudo, nove dos “psiquiatras de orientação biológica” defenderam explicitamente, para o tratamento, uma complementaridade entre medicação e psicoterapia. Seguem, aqui, a posição amplamente majoritária do grupo dos entrevistados que defendem a “representação clínica da psicose”, como veremos mais adiante. No geral, a defesa da complementaridade é a mesma do grupo citado, e não há diferença significativa; no detalhe, porém, apresenta algumas nuances interessantes. Haveria, por exemplo, uma hierarquia nítida entre a medicação e a psicoterapia, com a prioridade focalizada no tratamento medicamentoso. A psicoterapia não seria propriamente acessória, apresentando alguma valorização, embora seja secundária à medicação, considerada como prioritária. Na verdade, pelo que interpretamos das afirmações dos entrevistados, o tratamento medicamentoso seria a condição necessária à psicoterapia. Usando um jargão psiquiátrico, primeiro deve-se “compensar” o paciente (retirá-lo do surto), para depois realizar uma psicoterapia. E, geralmente, a psicoterapia não é realizada pelo próprio psiquiatra, sendo o paciente encaminhado a outro profissional (seja psiquiatra ou psicólogo) para o tratamento psicoterápico. Tal *démarche* acontece, é verdade, nos hospitais psiquiátricos, independentemente da vi-

são de doença do psiquiatra, já que isso ocorre por causa da peculiar divisão de trabalho existente nos hospitais psiquiátricos entre a psiquiatria e a psicologia. O paciente, após sua “compensação” induzida pelos medicamentos, é enviado ao setor de psicologia, responsável pela psicoterapia. Contudo, tal procedimento é realizado regularmente pelos psiquiatras de orientação biológica nos seus consultórios privados. Mais uma vez, pode-se perceber o paralelismo inverso ao posicionamento dos lacanianos: nesse caso, não se administra medicação e, em geral, o paciente aparece no consultório já “compensado” ou, quando o psicanalista acha necessária a medicação, o paciente é encaminhado a outro profissional para ser medicado.

Vale frisar, ainda, que a psicoterapia, assinalada pelos entrevistados, é de base cognitiva ou comportamentalista, nunca de base analítica. Embora alguns entrevistados reconheçam que a psicanálise é uma forma legítima de psicoterapia, normalmente preferem outros tipos de tratamento psicoterápico. Na verdade, algumas abordagens psicoterápicas não são incompatíveis com a representação biológica da DM, nem mesmo com as ultrabiológicas. A psicologia moderna, por exemplo, reciclou o comportamentalismo, que pode substituir a psicanálise como psicoterapia preferencial dos psiquiatras. Fazemos a hipótese de que a psicologia comportamental seja a “nova dinâmica” da psiquia-

tria de base biológica e mesmo da clínica — lembrar que a psiquiatria clínica é o paradigma dominante no âmbito psiquiátrico. Ela é objetiva, com uma metodologia de mensuração apreciável; empirista, afirmando como postulado que “o que é real é observável”; alopática, pois o seu objetivo não é propriamente a origem do sintoma ou o seu sentido, e, sim, a sua eliminação; em suma, completamente adequada ao paradigma da psiquiatria biológica, e mesmo da clínica. Haveria, portanto, afinidade eletiva entre a psiquiatria clínica e a de base biológica com as psicoterapias de base cognitiva e comportamental.

A “volta à medicina”

Como assinalado, o tema da “volta da psiquiatria à medicina” é unânime entre os psiquiatras de orientação biológica. Parece claro aos entrevistados que, hoje em dia, a psiquiatria está afastada da medicina, embora muitos reconheçam que a “volta” esteja iminente ou a ponto de se completar. Independente do fato de o discurso ser, provavelmente, baseado numa ficção — não é provável que a psiquiatria esteja afastada da medicina —, interpretamos o “discurso da volta” como uma afirmação explícita de identidade profissional.

Grupo pequeno, mas coeso, sempre presente em congressos e encontros psiquiátricos, embora não tão presente no ensino universitário, os psiquiatras de orientação biológica, com o declínio relativo da psicanálise, as conquistas medicamentosas e as descobertas das “neurociências”, estão em pleno processo de legitimação. Querem ocupar um espaço profissional, ainda ocupado pelos psicanalistas e pelos psiquiatras clínicos. Os primeiros seriam seus mais diletos inimigos “ideológicos”; logo, a tática é a do confronto e “da guerra de movimento”, até porque a psicanálise vivencia um eclipse histórico; os segundos têm a possibilidade concreta de serem seus aliados ou, simplesmente, podem ser “convertidos” com facilidade; logo, a tática é a de cooptação, até porque a psiquiatria clínica possuiu sempre afinidade com o paradigma biomédico. Assim, a volta à medicina significa, no fundo, a naturalização da psiquiatria (a biologia como referência única para o conhecimento psiquiátrico) ou, *mutatis mutandis*, a hegemonia progressiva da psiquiatria biológica no mundo psiquiátrico. A “volta” implica, enfim, a valorização profissional dos psiquiatras de orientação biológica. Não causa surpresa, dessa maneira, a defesa explícita e enfática da psiquiatria como disciplina médica.

Contudo, no exame das relações da psiquiatria com a neurologia e a medicina, ocorreu a divisão até certo ponto esperada no grupo. O tema da “volta da psiquiatria à

medicina” é dominante, embora tenha algumas nuances. Os ultrabiológicos afirmaram, por exemplo, a necessidade do retorno da psiquiatria à medicina, mas condicionada a uma união com a neurologia. Além do “discurso da volta”, houve o “discurso da junção”: o regresso à medicina significa a transformação da psiquiatria numa neuropsiquiatria. Haveria, assim, dois tipos de “volta”, uma moderada e outra radical, uma mantendo a especificidade da psiquiatria, como disciplina médica, e a outra, subsumindo a psiquiatria na neurologia.

Vale lembrar que a neurologia sempre fascinou os psiquiatras, seja negativamente ou positivamente. Já foi inimiga ou aliada, tudo dependendo da conjuntura pela qual atravessava a psiquiatria. Na época da “antipsiquiatria”, a neurologia era vista como uma madrasta, uma mãe ilegítima que tolhia a liberdade da prática psiquiátrica, impondo um saber e um poder que castravam a *diferença* e a loucura; atualmente, quando há domínio relativo do paradigma biomédico, a neurologia volta a ser bajulada, recuperando alguma legitimidade ou, pelo menos, não sendo alvo de tanta rejeição. A relação da psiquiatria com a neurologia faz parte de um jogo de claro-escuro e de verdade-engano, que tanto pode participar de uma estratégia de valorização da psiquiatria, como gerar uma crise de identidade profissional. Admitir ou rejeitar a neurologia, por exemplo, pode ser o ponto de

partida para a afirmação profissional da psiquiatria. No caso da psiquiatria (ultra) biológica, a admissão é identificada à unificação com a neurologia — a volta à medicina só pode acontecer com a volta à neurologia! A psiquiatria distante da medicina, segundo o discurso da junção, significou sempre a psiquiatria distante da neurologia.

No entanto, a maioria dos psiquiatras de orientação biológica não aderiu ao discurso da junção; certo, defenderam a volta à medicina, mas mantendo a separação da psiquiatria com a neurologia. Nesse sentido, não se distinguem da maioria dos entrevistados (41) que afirmaram também a separação entre as duas respectivas disciplinas médicas. Distinguem-se, na verdade, por causa do discurso da volta, isto é, a necessidade discursiva não encontrada nos outros entrevistados, embora não façam da volta à medicina um retorno à neurologia.

O monismo nosológico dos psiquiatras de orientação biológica casa-se perfeitamente com o discurso da volta à medicina e o da separação disciplinar com a neurologia⁷. O conhecimento psiquiátrico seria visto como saber médico especializado distinto do neurológico. A DM seria uma doença como qualquer outra, embora precise de um aparato

7. O discurso da separação não foi monopólio do monismo, pois todos os entrevistados, exceto os ultrabiológicos, defenderam a separação disciplinar com a neurologia.

especializado para sua cura e tratamento: a psiquiatria – já os ultrabiológicos defendem a psiquiatria como neuropsiquiatria, isto é, como uma especialização da neurologia. Na verdade, tal discurso não se diferencia daquele habitual na medicina, pois seria simplesmente o discurso da especialização que toda disciplina médica, incluindo a neurologia, defende e pratica. A medicina é constituída por um “campo” repleto de “doenças” ontologicamente iguais, porém precisando de abordagens diferenciadas. A banalização da DM não impede, no campo disciplinar da medicina, a reivindicação do saber psiquiátrico como saber especializado; justamente o contrário: a banalização aparece conectada de forma indissociável à defesa da especialização *por dentro* da medicina.

Representação clínica da DM

Dos 50 entrevistados, 27 assumiram o que chamamos de “representação clínica da psicose”. Tal representação apresenta as seguintes características: ênfase no aspecto patológico da psicose; visão sintomatológica da morbidade; definição da psicose como perda da percepção da realidade. Ela possui uma peculiaridade: jamais demonstrou a mesma força de coesão lógica e de indução de condutas que manifestaram a representação analítica e a biológica. Nun-

ca parece ser um ponto de referência no qual se aglutinam atitudes e opiniões dos entrevistados. Sendo assim, jamais seria um ponto de partida pela qual se afirmam valorizações profissionais; ao contrário, pois parece ser justamente um ponto de chegada.

Mas ponto de chegada de quê?

Provavelmente, de uma postura que poderíamos denominar de “pragmática”. A representação não teria, digamos assim, uma função ideológica do tipo “visão de mundo”, um papel aglutinador de crenças e condutas; parece mais o “resultado” de uma postura eclética dos entrevistados, na qual se combinam diversos registros etiológicos; parece mais uma “bricolagem”: diante da pluralidade de aspectos da DM (etiologia, diagnóstico e tratamento), diante de um fenômeno tão multifacetado, prefere-se uma representação de DM multifacetada e plural do que uma unívoca, juntando-se, na mesma representação, vários registros diferentes.

Se a representação não aglutina, devemos procurar alhures outros fatores que consolidam a identidade profissional. O fato é que a maioria dos entrevistados são “pragmáticos”, misturando diversas representações e práticas, segundo as circunstâncias e de acordo com seus interesses. De antemão, excluimos a hipótese de que tal questão seja explicada pela geração dos entrevistados, pois o “pragmatismo” aparece em todas as faixas etárias de entrevistados. A “mistura” faz com

que a adequação entre prática e representação seja problemática — nesse caso específico, entre representação de doença e outras representações e práticas. Devemos confessar que a adequação é “problemática” para nós, como pesquisador, pois os entrevistados não vivenciam essa “inadequação”. A falta de adequação é um problema lógico de pesquisa e não da prática profissional dos entrevistados. Talvez, a “situação concreta” dos entrevistados permita a convivência de várias lógicas de ação e representações, aparentemente contraditórias — quer dizer: contraditória do ponto de vista de uma construção lógica das relações entre representações e práticas. A descrição da “situação” (a articulação entre as condições trabalho e suas representações) do entrevistado permitiu compreender melhor a possibilidade do “pragmatismo” — de novo, excluímos a hipótese da “geração”, embora a geração mais nova de psiquiatras seja bem mais “pragmática” do que as mais antigas.

Representação x etiologia

Um exemplo do pragmatismo examinado acima: do ponto de vista da etiologia, todos os entrevistados foram unânimes em afirmar a DM como multifatorial — *uma doença grave. Multifatorial*, como disse um entrevistado. Ou ainda, outro: *Tem várias causas, psíquica e orgânica, até*

social ...”. Os fatores que “causam” a DM são biopsicossociais, isto é, cabe praticamente tudo na etiologia da DM. Porém, o ecletismo assinalado seria muito mais fruto de “realismo” do que da ausência de posicionamento, pois a resposta dos entrevistados segue *pari passu* um problema clássico de sua profissão: não há consenso etiológico na psiquiatria. O que há, na verdade, é um verdadeiro dissenso, no qual coexiste uma profusão de teorias etiológicas antagônicas entre si. Os entrevistados admitem o dissenso e, diante dele, assumem uma posição que “junta” todas as “causalidades” da DM, evitando, de certa forma, o confronto com alguma posição etiológica “pura” na psiquiatria.

Nesse sentido, essa representação da DM pode abarcar todo tipo de psiquiatra e de psiquiatria: do psicanalista à psiquiatria de orientação biológica. A nuance recai na predominância dos “fatores” na etiologia. A representação seria um “múltiplo com predominante”; assim, os psiquiatras mais próximos da psicanálise afirmam a predominância do fator psíquico em relação aos outros fatores (biológico e social); os psiquiatras mais próximos da biologia defendem a predominância do fator biológico e, enfim, os psiquiatras mais “epidemiologistas” ou “comunitários” enfatizam o fator social ou familiar. A representação é vaga o suficiente para permitir tais predominâncias sem causar transtornos, centrada em noções como “sofrimento” e “perda de con-

tato com a realidade”, isto é, noções que podem coexistir com predominâncias do tipo “psíquico” ou “biológico”, sem maiores contradições.

Representação x neurose

A utilização da noção de neurose pode ser um exemplo de como a representação clínica de psicose e de DM é eclética. Dezoito entrevistados utilizam a noção contra nove daqueles que não a utilizam. Do contingente que utiliza a noção, nove a usam como instrumento para o diagnóstico diferencial da psicose. Assim como os entrevistados de orientação biológica, embora menos radicais, tais entrevistados utilizam a noção, de forma indireta, tendo em vista apenas o diagnóstico da psicose. Além do mais, o uso da noção de neurose estaria menos relacionado a um diagnóstico direto de algum distúrbio neurótico do que a adaptação às classificações empregadas nos serviços psiquiátricos, sejam privados ou públicos. Provavelmente, caso tais classificações não utilizassem a noção de neurose – como as novas classificações de influência americana –, os entrevistados continuariam a utilizar a noção apenas como um guia útil para o diagnóstico da psicose.

Juntando os entrevistados que não empregam a noção de neurose com aqueles que a utilizam apenas de forma

instrumental, teremos uma maioria que tem, digamos assim, uma relação “negativa” com a noção. Podemos repetir o mesmo raciocínio, ao se examinar a aceitação das classificações nosológicas: 23 dos entrevistados desse grupo defendem o uso das classificações⁸ contra quatro apenas dos que não as utilizam ou discordam do seu uso na clínica⁹; ora, as novas classificações, como já dito, não empregam mais a noção de neurose, nem os critérios de diagnóstico provenientes da psicanálise.

Podemos avaliar melhor essa questão examinando os subgrupos de entrevistados. Do contingente que utiliza a noção de neurose, 14 advogam uma visão psicopatológica da neurose. Tal visão possui as seguintes características: a neurose é uma psicopatologia, necessita de tratamento e se diferencia da psicose quanto à sintomatologia. Desse contingente, 04 defenderam uma visão psicanalítica da neurose e dez, uma visão “clássica” (mais centrada na sintomatologia da repetição, da ansiedade e da angústia). Ora,

8. Lembrar que o uso das classificações é mal vista pelos psicanalistas e por todos os psiquiatras que são contra o uso de medições e estatísticas em psiquiatria.

9. Embora não tenham sustentado o uso das classificações, alguns entrevistados fizeram a seguinte distinção: as classificações podem ser úteis na pesquisa, mas não o são na prática clínica. Curiosamente, tais entrevistados são professores universitários, têm formação analítica, embora não se considerem psicanalistas, e sim... médicos.

do contingente da visão psicanalítica da neurose, todos são contra a utilização de classificações, coincidindo com as posições declaradas pelo grupo de entrevistados da representação analítica de psicose e DM — já todos da visão “clássica” afirmaram, ao contrário, a necessidade do uso de classificações nosológicas na clínica psiquiátrica.

Aparentemente, há a tendência entre os entrevistados do grupo da representação clínica da psicose e da DM em reproduzir a velha separação da psiquiatria entre o mundo da neurose e o da psicose. Tal separação pode ocorrer em vários níveis: no primeiro, o mundo da psicose estaria relacionado umbilicalmente ao tratamento medicamentoso, e o mundo da neurose, ao campo da psicoterapia — esse nível seria o mais representativo dos entrevistados, agora examinados; no segundo nível, mais radical, a separação estaria relacionada à separação entre a psiquiatria e a psicologia e/ou a psicanálise: psicose = psiquiatria, neurose = psicologia (psicanálise) — esse seria o nível mais representativo dos psiquiatras de orientação biológica. De todo modo, parece existir um consenso difuso de que o tratamento mais eficaz para a neurose é a psicoterapia — nesse caso, psicoterapia é identificada à psicologia e à psicanálise — e o mais eficiente para a psicose é o medicamentoso.

Inferimos, também, que esse grupo de entrevistados possui afinidade mais acentuada para o lado da represen-

tação biológica do que para o da representação analítica. Seria a afinidade que o puxa em direção ao paradigma bio-médico. Embora os entrevistados não tenham o discurso da “volta à medicina”, como os entrevistados de orientação biológica, a tendência de suas posições seria uma reafirmação da psiquiatria como *disciplina médica*. Há, no caso, uma defesa enfática do monismo nosológico, isto é, do velho mote de que “a DM é uma doença como outra qualquer”, um dos passaportes do psiquiatra para sua identidade de médico. Nesse sentido, a defesa do monismo foi eloquente: 22 entrevistados, contra apenas cinco, foram a favor do dualismo. Igualmente, fortalecendo ainda mais o grupo do monismo, três entrevistados do contingente do dualismo sustentaram uma concepção psicossomática da DM, ou seja, um dualismo mitigado que pode muito bem ser entendido como uma defesa da dualidade nosológica¹⁰. Ao mesmo tempo, os cinco têm formação analítica, embora não se considerem psicanalistas e sim médicos-psiquiatras — os entrevistados identificam a formação analítica a uma especialização como outra qualquer.

10. Isto é, haveria a defesa de que as doenças do corpo e da mente são faces diferentes da mesma “moeda”. A ênfase recai, assim, na *distinção* entre as doenças clínicas e as psiquiátricas, e não na sua *separação*.

A bricolagem

Não causa surpresa que 25 entrevistados do grupo ratifiquem o tratamento baseado na complementaridade entre a psicoterapia e a medicação. Ao contrário dos entrevistados de orientação biológica, os entrevistados de orientação clínica põem no mesmo plano os dois tipos de tratamento. Talvez seja no tratamento que percebemos melhor a conduta pragmática desse grupo de entrevistados — justamente no tratamento, fulcro central da vida do médico, o alfa/ômega da carreira médica. Como disse um entrevistado, de forma paradigmática: *Qualquer forma de tratamento vale a pena, até mesmo umbanda, contanto que funcione*. Mesmo que o dito seja espirituoso, reflete bem a disposição dos entrevistados. Aqui, a prática clínica vira bricolagem. O psiquiatra, dependendo do caso, utiliza várias lógicas de ação e vários registros no tratamento, seja na mistura medicamentosa, na dosagem ou nos tipos de tratamento. Mas a bricolagem possui referencial empírico, pois depende umbilicalmente de sua eficácia. Funcionando, continua o tratamento; do contrário, muda e se tenta outra coisa. Evidentemente, a bricolagem tem seu limite, a começar por um limite institucional. O psiquiatra segue as normas do serviço que enquadram os tipos de tratamento e, mesmo gozando de alguma liberdade

no consultório, não se permite, aqui, todo e qualquer experimento. Contudo, o psiquiatra possui relativa margem de manobra, em especial se o serviço lhe permite alguma autonomia profissional, embora sua liberdade seja bastante limitada por causa das péssimas condições de trabalho das instituições públicas e privadas.

A bricolagem conta com um discurso que a legitima: o discurso da “experiência”. Os entrevistados assinalaram, várias vezes, a importância da “experiência clínica” que é, na verdade, a experiência pessoal conquistada durante a trajetória profissional. *Sigo minha experiência*, repete um entrevistado. O que isso significa? Fundamentalmente, que a experiência clínica não se esgota na formação universitária – *universidade é só teoria; a prática a gente aprende na vida*. O discurso da “experiência” seria menos alicerçado na profissão do que no *métier*: uma experiência adquirida menos na aprendizagem formal, como a formação universitária, por exemplo, do que numa série de aprendizados práticos, obtidos via tentativa e erro, mediante a vivência *individual* de cada um; vivência geralmente adquirida, ainda estudante, nos estágios hospitalares, comumente “seguindo” o cotidiano profissional de um médico mais experiente.

Parece existir, aqui, uma crítica implícita à formação universitária, cujo defeito maior seria a homogeneização da prática médica, não respeitando a complexidade e a plura-

lidade da clínica. Complexidade que, para ser verdadeiramente respeitada, precisa da improvisação, da bricolagem e da “experiência”. Não se nega a necessidade da formação universitária, mas se afirma, isto sim, que o momento principal da formação do profissional ocorre *fora* da universidade, isto é, *a partir* da experiência profissional. No fundo, faz-se diferença entre o mundo da formação, entendido também como o espaço da ciência, e o mundo da profissão, lugar da experiência profissional. Seria no cotidiano profissional, e não apenas na formação universitária e no ensino científico da medicina, o lugar onde o médico aprenderia sua profissão. Por isso, talvez, a preocupação de um entrevistado em atestar, numa frase típica: *Eu não sou cientista, eu sou médico*, criticando a aplicação de fórmulas clínicas aprendidas na universidade, que não funcionam, na prática profissional do dia a dia, de forma alguma. Vemos, aqui, a divisão entre a medicina científica, núcleo da formação universitária, e a medicina profissional, espaço de atuação do médico. Curiosamente, a crítica da falta de praticidade do ensino universitário provém de um grupo em que 11 entrevistados são... professores universitários.

Provavelmente, e isso não seria contraditório, mesmo entre professores universitários, tais questões podem ser interpretadas, também, como resistência à medicina ultratecnológica e cientificista. O apoio ao velho empirismo,

talvez, tenha relação com um tipo de prática que não pode, segundo os entrevistados, ser esgotada pela tecnologia e mesmo pela “ciência”. *O psiquiatra se vira*, diz um entrevistado. E “se virar” significa um trabalho cujas condições exigem, necessariamente, muita *improvisação*. O médico precisa lidar com situações que não foram “simuladas” ou “testadas” na formação universitária e, conseqüentemente, enfrentar diversas condições não previstas de antemão. A valorização da improvisação é parte importante da “bricolagem”. A improvisação torna-se uma capacidade, justamente a de improvisar, vital para o aprendizado. A bricolagem, a improvisação e a experiência constituem a concepção da medicina como *arte*.

A medicina como *arte* é uma concepção relativamente comum entre os médicos, portanto, não é estranho encontrá-la entre os psiquiatras. Mas as características da psiquiatria e de sua clínica, talvez, reforcem-na. A clínica psiquiátrica evidencia-se por ser um processo relacional que exige muito da intuição e da subjetividade do profissional. *Não podemos ser objetivos – como um neurologista – diante dos sintomas de doença mental*, afirma um entrevistado. A pouca objetividade, o grande espaço dado à intuição e a importância do aspecto relacional propiciam uma prática clínica que utiliza diversas lógicas de ação, isto é, propiciam a *arte*. Além do mais, a psiquiatria não detém

uma etiologia já consensual, como a neurologia, por exemplo. A falta de consenso etiológico permite, também, a mistura de várias explicações a respeito da DM. Diante de um paciente, o psiquiatra pode manejar diversos registros, inclusive alguns antagônicos entre si, provenientes das várias correntes existentes no mundo psiquiátrico. A *arte* seria, também, a arte de misturar diversos registros teóricos e práticos, sem perder de vista a eficiência do tratamento. De uma forma exemplar, um entrevistado resumiu o ecletismo da psiquiatria da seguinte forma: *A psiquiatria é uma feijoada, pode misturar tudo, contanto que fique gostoso.*

A falta de consenso etiológico é ressentida como um “déficit científico”, o que dificultaria, segundo alguns entrevistados, o reconhecimento pleno da psiquiatria no meio médico. Aqui, tocamos num ponto sensível da identidade, não só desse grupo de entrevistados, mas também do psiquiatra, em geral; questão que volta e meia reaparece no discurso dos entrevistados, justamente aquela a respeito da relação entre a psiquiatria e a medicina. Não é o discurso da “volta” dos psiquiatras de orientação biológica, mas aproxima-se do seu conteúdo. Podemos chamá-lo de “discurso do reconhecimento”¹¹, isto é, o discurso que reclama

11. Na verdade, o discurso da volta parece ser a radicalização do discurso do reconhecimento.

o reconhecimento da psiquiatria *como disciplina médica*. Seria um discurso *interno* ao campo psiquiátrico, sendo uma forma dos psiquiatras combaterem a suposta desvalorização da psiquiatria no meio médico; uma desvalorização que é ressentida principalmente em relação à neurologia. Ilusória ou real, a sensação de desvalorização é concreta, calcada fundamentalmente no sentimento de que a psiquiatria não conseguiu adequar-se ao paradigma médico.

Tal sentimento pode expressar-se de duas formas básicas:

1) a responsabilidade da desvalorização é dos próprios médicos que não aceitam a especificidade da psiquiatria. Não entendem que essa especificidade significa, apenas, que a psiquiatria é uma especialidade como outra qualquer da medicina. Muitos entrevistados afirmam que a desvalorização da psiquiatria é fruto do preconceito do médico em relação à DM, vista como “loucura”;

2) a responsabilidade da desvalorização é dos próprios psiquiatras, quando se isolam da medicina, insistindo que a psiquiatria precisa de um aparato institucional independente (vide o hospital psiquiátrico) das instituições médicas. Ou quando insistem que o conhecimento psiquiátrico diferencia-se do conhecimento médico, isolando-se do ponto de vista do saber.

Assim, seria bastante evidente a preocupação dos entrevistados em referendar a psiquiatria como disciplina médica, considerando o conhecimento psiquiátrico tão científico quanto o médico, simplesmente porque a psiquiatria é uma forma de medicina. Inclusive, vários entrevistados afirmaram que a conjuntura está melhorando, pois o preconceito contra a psiquiatria está diminuindo e os psiquiatras estão adquirindo cada vez mais respeito profissional. O discurso é esperançoso, revertendo até as expectativas. Como disse um entrevistado:

A psiquiatria pode ajudar muito a medicina, pois a maioria das doenças necessita de uma abordagem relacional que somente a psiquiatria, na medicina, pode oferecer.

O psiquiatra precisa acabar com seu complexo de inferioridade. Precisa demonstrar sua legitimidade; afinal, como afirmou um entrevistado, *a psiquiatria, atualmente, é bem mais eficiente do que a neurologia, essa medicina dos sequelados*. No fim das contas, a mensagem é clara e pode ser resumida de forma sucinta: *sou psiquiatra, sou médico*.

Não causa surpresa, assim, que todos os entrevistados do grupo tenham defendido a separação entre a psiquiatria e a neurologia. Nesse sentido, são radicalmente con-

tra a transformação da psiquiatria numa neuropsiquiatria, como foi defendido pelos entrevistados de orientação biológica. Não chegam, repetimos, a radicalizar o discurso do reconhecimento, transformando-o numa defesa da volta à medicina, pois já consideram a psiquiatria uma disciplina que atua normalmente no campo médico. Em suma, a psiquiatria e, conseqüentemente, o psiquiatra necessitariam de maior reconhecimento.

Enfim, fazendo um pequeno resumo de toda a discussão, em relação aos três grupos de entrevistados pode-se perceber que há três tipos de vínculo entre a representação e o interesse do psiquiatra:

- a representação vinculada ao campo do conhecimento — a representação traduz um saber que se diz verdadeiro. Os analistas e os biomédicos fariam tal vinculação;
- a representação vinculada ao campo do valor — saber que se diz útil. Os clínicos fariam tal vinculação;
- a representação vinculada ao campo da ação — saber como meio de conhecimento e instrumento de ação. Acreditamos que todos os entrevistados façam essa vinculação.

Considerações finais

A discussão, aqui travada, teve uma utilidade específica: demonstrar a importância do “objeto profissional” na construção identitária profissional. Sendo a identidade profissional uma identidade coletiva, portanto, construída a partir de referências sociais, sejam representacionais e/ou axiológicas, achamos necessário analisar o objeto profissional como representação social¹². Sendo sociais, as representações são vivenciadas a partir de sua socialização num grupo — logo, não são idiossincráticas, vividas única e exclusivamente do ponto de vista individual — e, desse modo, compartilhadas pelos psiquiatras. Inclusive, são representações que, embora circulem no meio médico-psiquiátrico, possuem raízes que, supõe-se, ultrapassam o mundo profissional dos entrevistados. São, nesse sentido, formadas também por elementos provenientes do senso comum e de outros mundos vividos e, como tais, não se esgotam nas vivências e nas interações sociais do universo profissional dos psiquiatras. Tudo parece indicar que a psiquiatria, por

12. A começar que nosso interesse sempre se centrou nos discursos definidores do “objeto profissional”, e não no objeto propriamente dito.

diversos motivos (PERRUSI, 1995), precisa integrar as representações profanas da DM na sua prática¹².

Desse modo, como as representações ultrapassam a mera esfera profissional, não seriam propriamente profissionais — pelo menos, convencionalmente, não precisariam ser chamadas assim. Se o fossem, seriam formadas somente a partir do mundo e do contexto profissional dos entrevistados. O objeto profissional da psiquiatria, sendo um objeto societário por excelência, possui determinações exteriores ao próprio contexto profissional. Certo, as representações são “clínicas”, “analíticas” e “biológicas”, tendo por isso um vínculo expressivo com a formação profissional dos psiquiatras; no entanto, elas apenas perpassariam o universo profissional dos entrevistados, possuindo alcance bem mais amplo, que vai desde o mundo científico até o senso comum. Do ponto de vista genealógico, tais representações retêm apenas um momento profissional, sem dúvida importante, mas que não explica sua socialização entre mundos diferentes do profissional.

12. Como dissemos várias vezes ao longo do texto, o saber psiquiátrico não conta com consenso etiológico em torno da DM que lhe permita combater, neutralizar ou se proteger das interpelações do senso comum. As representações psiquiátricas da DM nunca são produzidas totalmente pelo conhecimento psiquiátrico; na verdade, elas são formadas *também* a partir das representações profanas da DM.

Nossas análises mostraram que o objeto profissional é constitutivo da identidade profissional. Todavia, uma questão empírica interessante seria saber se o objeto profissional do neurologista, por exemplo, possui importância comparável ao do psiquiatra. A representação de doença em neurologia é estável; é dada, para o profissional. Não há necessidade de se posicionar, visto que já existe consenso etiológico, isto é, uma tomada de posição oficial a respeito da doença em neurologia.

Na psiquiatria, não há ortodoxia propriamente dita, mas sim competição entre linhas nosológicas que buscam a hegemonia no campo psiquiátrico. O objeto da psiquiatria possui uma natureza que impede a sua apropriação completa pela medicina psiquiátrica. E, atualmente, não é mais monopolizado pela psiquiatria, e, sim, socializado entre as várias profissões do campo da saúde mental. O objeto da psiquiatria tornou-se objeto da saúde mental, logo, é representado e apropriado por várias profissões.

Mas, convenhamos, a doença mental nunca foi propriamente unidimensional, pois sempre existiram, dentro da psiquiatria, sobretudo após a Segunda Guerra, várias representações oficiais e oficiosas sobre a “loucura”. A novidade é, assim, a ampliação dimensional do objeto para outras profissões que, atualmente, formam o campo profissional da saúde mental. A doença mental tornou-se um

objeto pluriprofissional, apresentando um papel identitário diversificado. Os psiquiatras, como vimos, têm uma percepção aguda do problema e, alguns, um temor pronunciado; pois, a apropriação do objeto por outras profissões, independentemente do fato de serem do campo da saúde mental, é uma perda concreta do antigo *status* da psiquiatria, quando tinha o controle exclusivo da construção representacional do objeto profissional.

Pelo fato de não existir consenso etiológico no campo psiquiátrico, há uma luta entre diversas correntes nosológicas, embora ocorram também contemporizações, sobretudo, como vimos, através do mecanismo da *bricolagem*. De todo modo, do ponto de vista do controle representacional do objeto profissional, a psiquiatria possui uma fraqueza simbólica, traduzida na dificuldade de legitimação, não conseguindo impor, no cenário disciplinar da medicina, uma concepção homogênea de doença. Se a psiquiatria, dentro da área médica, não consegue legitimar uma concepção de doença, o mesmo acontece no campo da saúde mental. O que existe é um espaço marcado pelo pluralismo de representações de doença mental, justamente porque há diversas profissões que têm como objeto profissional a doença mental. Finalmente, toda essa situação cria tensões identitárias; por isso, o exame do objeto profissional é fundamental para o estudo da identidade profissional entre os psiquiatras.

Contudo, tivemos a necessidade de estabelecer o alcance das representações da doença mental como guias da ação dos entrevistados. Percebemos, assim, algumas limitações, pois uma questão que se alevanta seria a de saber, pelo menos em relação ao nosso objeto de estudo, quando uma representação social detém essa capacidade de orientação de conduta. Um psiquiatra, para repetir um exemplo empírico, que tenha uma representação analítica da doença mental, dependendo do contexto, não “realiza” sua representação em termos de comportamento. Como vimos, trabalhando num hospital público ou privado, ou se enquadra nas normas da instituição ou o próprio ambiente impede que sua conduta seja “guiada” pela sua representação. É no consultório que observamos adequação entre prática e representação, pois está organizado de tal forma que permite o trabalho analítico. É a autonomia profissional, num certo sentido, que propiciará a adequação entre representação e prática.

O limite no alcance da representação pôde também ser percebido noutra contexto. Observamos que a representação para “funcionar” precisava ter um mínimo de enquadramento doutrinário. Acreditamos que isso seja característica das representações do campo profissional, sobretudo daquelas que têm como mira o objeto da profissão, no caso aqui a doença mental. Assim, a representação analítica e a biológica apresentaram uma capacidade de enquadra-

mento normativo relativamente forte; já a representação clínica, justamente por não apresentar a característica doutrinária, não demonstrou a mesma força de coesão lógica e de indução de condutas, não sendo um ponto de referência no qual se aglutinam atitudes e opiniões dos entrevistados. Pode-se dizer que a representação clínica foi afetada pelo ecletismo dos entrevistados, cuja característica é a mistura de registros nosológicos e de lógicas de ação profissionais, perfazendo o que chamamos de *bricolagem*. Portanto, sua caracterização flutua segundo as situações, e não pode ser deduzida logicamente, sendo sempre uma questão empírica a ser verificada.

Entre o cristal e a fumaça, eis o brasão da representação.

Referências bibliográficas

ALVARO, José Luiz; GARRIDO, Alicia. **Psicologia social**. Porto Alegre: Mcgraw Hill – Artmed, 2007.

BOLTANSKI, Luc; THEVENOT, Laurent. **De la justification**. Paris: Gallimard, 1991.

BOURDIEU, P. **Le sens pratique**. Paris: Éds. De Minuit, 1980.

DEMAZIERE, Didier; DUBAR, Claude. **Analyser les entretiens biographiques**. Paris: Nathan, 1997

DOISE, W., CLEMENCE, A, LORENZI-CIOLDI, F. **Représentations sociales et analyses de données**. Grenoble: PUG, 1992

DURKHEIM, E. **Les formes élémentaires de la vie religieuse**. 3ª edição, Paris: PUF/Quadrige, 1994

GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. **Modernização reflexiva**. São Paulo: Unesp, 1997

GOLDHAGEN, Daniel Jonah. **Os carrascos voluntários de Hitler: o povo alemão e o holocausto**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997

JODELET, Denise. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: - MOSCOVICI, S. **Psicología Social**. Buenos Aires: Paidós, 1986

LAPLANTINE, François. **Anthropologie de la maladie**. Paris: Payot, 1992

LIPIANSKY, M.(org.) **Stratégies identitaires**. Paris: PUF, 1990

MOLINER, Pascal. **Images et représentations sociales: de la théorie des représentations à l'étude des images sociales**. Grenoble: PUG, 1996

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PERRUSI, Artur. A lógica asilar acabou? Uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica. In: FONTES, Breno Augusto & FONTE, Eliane Monteiro (orgs). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma**

psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora UFPE, 2010.

PERRUSI, Artur. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez, 1995.

SCHURMANS, Marie-Noëlle. **Maladie mentale et sens commun**. Paris: PUF, 1998.

Reflexões sócio-antropológicas sobre religião, sistemas terapêuticos e cura

Maria do Socorro Sousa
Raimunda Neves de Almeida Couras
Wallace Ferreira de Souza

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu documento “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005” reconhece os sistemas terapêuticos a partir do termo “medicina tradicional”, definindo-a de modo amplo. Sob o denominativo de “medicina tradicional” abrigam-se tanto a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurveda indiana, a medicina unani árabe, como as várias formas de medicina indígena, fazendo assim referência a práticas terapêuticas da África, América Latina, Sudoeste asiático e o Pacífico ocidental. Estes mesmos sistemas terapêuticos recebem os nomes de “medicina complementar”, “alternativa” ou “não convencional” quando a eles nos referimos nos contextos da Europa, América do Norte e Austrália. Este entendimento leva em consideração que, nos

países nos quais o sistema de saúde é baseado na medicina alopática, ou onde a medicina tradicional (MT) não é incorporada ao sistema, ela é frequentemente denominada de “medicina complementar”, “alternativa” ou “não convencional” (MCA) (WHO, 2002).

Quando se faz referência, em sentido geral, a todos os continentes, a OMS utiliza, comumente, a denominação MT/MCA. Neste trabalho, utilizaremos MT/MCA para tratarmos de todos os sistemas terapêuticos. As terapias da medicina tradicional incluem terapias medicamentosas, a exemplo do uso das plantas medicinais, partes de animais ou produtos minerais e terapias não medicamentosas, como a acupuntura, terapias manuais e espirituais.

Os sistemas terapêuticos têm por objetivo tratar e, em finalidade última, curar a doença ou o chamado desequilíbrio que o indivíduo apresenta. A cura recebe significado distinto de acordo com o sistema ou proposta terapêutica dentro de um espaço e tempo de cada configuração social, que desenvolve uma compreensão de ser humano inserido em uma natureza, agindo e interagindo de acordo com sua cosmologia.

Cada sistema terapêutico está ancorado em visões de mundo que vão definir as concepções de universo, dos seres que o integram, das relações entre eles; e, sobretudo, de quais elementos são constituídos. As medicinas indígenas

e/ou práticas terapêuticas realizadas por xamãs, pais/mãe de santo, compõem sistemas terapêuticos ligados a práticas religiosas.

Em muitos países desenvolvidos, a procura cada vez maior pelas MCA indica que existem outros fatores além da tradição e do baixo custo para o uso de tais terapias. A preocupação sobre os efeitos adversos dos medicamentos químicos, as questões associadas com os enfoques e suposições da medicina alopática, o maior acesso do público à informação sanitária, as mudanças de valores, entre outros, são fatores apontados. Ao mesmo tempo, pacientes portadores de doenças crônicas não têm encontrado nos tratamentos alopáticos e tecnologias modernas a eficácia suficiente para satisfazer suas expectativas, além de provocar-lhes efeitos adversos.

A medicina tradicional está baseada nas necessidades das pessoas. Diferentes pessoas podem receber diferentes tratamentos, inclusive se, de acordo com a medicina moderna, sofrem da mesma enfermidade. A medicina tradicional se baseia na crença de que cada pessoa tem sua própria constituição e circunstâncias sociais, que dão como resultados distintas reações para causas de enfermidade e tratamento (WHO, 2002, p. 14).

A alopatia ou biomedicina, cujo berço foi o ocidente, trabalha entendendo o indivíduo de forma fragmentada, além de percebê-lo separado de seu universo, e sem levar em consideração a influência do meio social no âmbito dos espaços objetivamente ocupados por ele. O conceito de integralidade, dentro desta ótica, pode referir-se, no caso da saúde, em atender a todas as partes do corpo.

Referindo-se às MCA com a denominação de *medicinas paralelas*, Laplantine e Rabeyron (1989) consideram-na fenômeno social global, que revela, em sua extensíssima prática, atenção às dimensões social, histórica, jurídica, econômica, política, psicológica e biológica (p. 11). Para essa medicina, o indivíduo é visto, então, a partir de uma perspectiva contextualizada e é em relação a este contexto que os processos de adoecimento e a cura são referidos.

Cada sociedade constrói códigos culturais que articulam representações sobre diversas esferas sociais, entre as quais se incluem aquelas referentes à saúde/doença, a religião, a ciência, dentre outras, formando uma matriz cultural ou um sistema simbólico. A produção cultural também ocorre em meio a disputa pelo poder simbólico, que é o poder de produção e legitimação de significados culturais dominantes (BOURDIEU, 1989). Nesse sentido, entendemos também os processos de cura vivenciados e desenvolvidos pelos atores que compõem uma sociedade.

As reflexões no âmbito das Ciências Sociais têm contribuído na produção de pesquisas que apontam para a emergência da religiosidade e espiritualidade como objetos de estudos válidos, imersos em um contexto científico renovado por alternativas metodológicas que ocupam espaços até então não contemplados pelas metodologias tradicionais, refletindo, assim, movimentos de ampliação e aprofundamento das formas do “fazer científico”.

As relações entre religiosidade e saúde configuram-se, atualmente, como um profícuo campo de pesquisa, seguindo uma tendência de apreender sentidos e significados para a compreensão dos fenômenos sociais. A religiosidade, entendida como exteriorização das crenças e valores religiosos, encontra-se entre as diferentes linguagens através das quais o ser humano pode expressar emoções, sentimentos e subjetividades. Tais manifestações ocorrem em diferentes níveis, que englobam aspectos físicos, mentais e morais, cujos componentes estão imersos no contexto cultural.

Quando a saúde e a doença são entendidas, respectivamente, como ausência ou presença de sofrimento material e/ou imaterial, os sistemas terapêuticos, filosóficos e religiosos aproximam-se. Qualquer sistema terapêutico, filosófico ou religioso elabora, na condição de elemento basilar, uma concepção do ser humano, um diagnóstico do seu estado e uma proposta terapêutica. A forma como o adoeci-

mento é representado e como a cura se efetua estabelece-se em comunhão com os modelos socialmente reconhecidos. Os curadores, enquanto atores sociais, são, efetivamente, elos entre saúde e religião.

Em todas as civilizações, a qualquer época, a religião aparece como código de conduta individual e social, bem como de ética e de cura, para a manutenção da saúde física, moral e social (SILVA, 2007).

Religiosidade e saúde estabelecem laços mais firmes sempre que a visão de ser humano reconhece como indissociável os aspectos físicos ou materiais e os imateriais, espirituais ou energéticos. Essa postura leva à constatação da visão integral do ser humano composto por corpo, mente, espírito e natureza, na qual se reconhece relações entre essas dimensões e o corpo físico, atribuindo à dimensão imaterial um grande poder sobre a dimensão material.

Para Durkheim (1983, p. 231), religião não é apenas um sistema de práticas; é também um sistema de ideias, cujo objetivo é exprimir o mundo dentro de uma cosmologia. A natureza religiosa do homem é um aspecto essencial e permanente da Humanidade, pois as representações religiosas são representações coletivas que exprimem realidades partilhadas (Idem, ibidem). Neste sentido, as representações religiosas exprimem valores, ideias, convicções de um tempo e de um espaço vividos por uma coletividade, que

modelam, ao mesmo tempo, concepções de saúde, adoecimento e cura.

O objetivo deste trabalho é estabelecer uma discussão, do ponto de vista das Ciências Sociais, sobre o curador e sobre o processo de cura, relacionando-os com os sistemas terapêuticos definidos como medicina tradicional, medicina complementar/alternativa e sistemas religiosos. Os sistemas terapêuticos tomados como referência são a Biomedicina, a Homeopatia e a Medicina Ayurveda. Das religiões, foram trazidos exemplos de práticas ligadas às religiões judaico-cristãs, espiritismo e catolicismo popular, e às afro-brasileiras, o candomblé e a umbanda.

Os sistemas terapêuticos

Em estudo sobre sistemas médicos, analisando a percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em uma comunidade de Florianópolis (SC), Grisotti (2004) propõe um modelo explicativo de três tipos de medicina, cujas categorias justificam os seus resultados: 1. Medicina oficial, que inclui as ações de médicos, psiquiatras e farmacêuticos. 2. Medicina familiar, em que são utilizados os remédios caseiros, farmacêuticos e preces/orações. 3. Medicina paralela, campo de ação das parteiras, erveiros, benzedadeiras, espíritas e umbandistas. Para a autora, os três sistemas médicos (ou

terapêuticos) não estabelecem oposições, concorrências ou antagonismos entre si, mas complementariedade. Partindo desta observação, apontamos as religiões afro-brasileiras como integrantes desse terceiro grupo, uma vez que um dos principais objetivos dos rituais observados é a limpeza, a cura espiritual e física dos consulentes.

Discutindo a relação entre os diferentes sistemas de saber curativo e as diversas instâncias de legitimação, Silva (2007) utiliza como base os tipos ideais de Weber para analisar a atual relação entre saber curativo, ciência e religião. Ela considera serem três os tipos ideais de sistemas de saber curativo: 1) Modelo biomédico baseado no conhecimento científico ocidental, puramente materialista, que trata a doença e não o doente; 2) Sistema médico tradicional ou medicina popular, composta por acervo de conhecimentos passados de geração em geração, em que se faz necessário maior domínio mágico e conhecimento prático; 3) Misticismo da Nova Era ligado à tradição místico/mágica e profética, que parte de uma perspectiva holística (corpo/mente/espírito). Nesta perspectiva, a alopatia, praticada de forma hegemônica no Ocidente, corresponde ao primeiro modelo dessa classificação. A Medicina Tradicional Chinesa, a Ayurveda e a Unani árabe enquadram-se no segundo modelo, sistema médico tradicional; e as práticas curativas ligadas às religiões estão relacionadas à tradição místico/mágica.

A Biomedicina ou Alopatria é voltada ao combate às doenças e eliminação dos sintomas, apoiada em metodologias de pesquisas focadas nos agentes etiológicos e nos transtornos em si e, com exceção da abordagem psicossomática, ela tem por base o enfoque cartesiano da fragmentação do corpo. Sua prática terapêutica é voltada à especialização, e, enquanto aprofunda o conhecimento focal sobre a doença, perde a visão do paciente como um todo.

Recentemente, defensores da especialidade, a psiconeuroendocrinoimunologia, bastante desenvolvida em sua pesquisa básica, tem desvendado trajetórias e mecanismos de atuação de produtos do sistema imunológico, envolvidos nos tratamentos e curas realizadas por práticas terapêuticas orientais relacionadas ao emocional, mental e espiritual. As modernas técnicas de utilização de imagens, em neurociência, é outra linha de pesquisa na elucidação dos efeitos da abordagem mente-corpo sobre o eixo psiconeuroendócrino (KLUPPEL; SOUSA; FIGUEREDO, 2007).

Segundo os especialistas deste campo, o estudo dos denominados cérebro-cognitivo e cérebro-emocional têm sido a base para a compreensão dos vários mecanismos que envolvem a cura nos diferentes tipos de práticas terapêuticas. O cérebro-cognitivo é aquela parte do cérebro físico representada principalmente pelo neo-córtex, responsável pela tomada da consciência e a razão, cujas ações estão voltadas

para o mundo exterior. Por outro lado, ao cérebro-emocional são atribuídos o inconsciente e os atos que respondem pela sobrevivência, e, portanto, mais unido ao corpo físico. Relativo às emoções, a estrutura física é identificada como o cérebro límbico (SERVAN-SCHREIBER, 2004).

O termo sistema límbico abrange todo o circuito neuronal que controla o comportamento emocional e as forças motivacionais (GUYTON; HALL, 2006). Ele é constituído pelas camadas mais profundas do cérebro humano, como se fosse um cérebro dentro do outro. Sua organização é muito mais simples do que a do córtex mais externo, o neo-córtex. A maioria das áreas do cérebro límbico não está organizada em camadas regulares de neurônios que o capacitariam a processar informação e, devido a essa estrutura mais rudimentar, o cérebro emocional processa informações de modo muito mais primitivo do que o cérebro cognitivo, mas ele é muito mais rápido e mais ágil para garantir nossa sobrevivência. É por isso que, por exemplo, em uma floresta escura, um pedaço de pau parecendo uma cobra aciona reação de medo (SERVAN-SCHREIBER, 2004). Além de seu papel no controle comportamental, ele administra muitas condições internas do corpo, como a temperatura corporal, a osmolaridade dos fluidos corporais e os desejos de comer, beber e fiscaliza o peso corporal, que são funções

vegetativas do cérebro com controle intimamente relacionado ao comportamento (GUYTON; HALL, 2006).

Estudos têm deixado claro que diversas estruturas límbicas estão particularmente envolvidas com a natureza afetiva das sensações sensoriais, isto é, se as sensações são agradáveis ou desagradáveis, também conhecidas como recompensa/punição ou satisfação/aversão. Experiências com animais têm mostrado que a punição e o medo podem prevalecer sobre o prazer e a recompensa, inibindo completamente os centros controladores dessas sensações, fazendo com que o animal desenvolva postura defensiva, atacando à menor provocação. No sentido oposto, quando os centros de recompensa são estimulados, surge placidez e docilidade (GUYTON; HALL, 2006).

Nesta visão, outra estrutura cerebral, a amígdala, recebe sinais neuronais de todas as porções do córtex límbico, em especial, das áreas de associação visual e auditiva, sendo por esta razão chamada de janela, através da qual o sistema límbico vê o lugar da pessoa no mundo. Ela tem ação na regulação da pressão arterial e na secreção de diversos hormônios hipofisários, a exemplo da adrenocorticotrofina. As amígdalas parecem ser áreas de processamento comportamental, operando em nível semiconsciente. Elas projetam para o sistema límbico o estado atual de uma pessoa a respeito de seu ambiente e pensamentos (GUYTON; HALL, 2006).

O córtex pré-frontal é a parte do neocórtex responsável pela atenção, pela concentração, pela inibição dos impulsos e dos instintos, pelo regulamento das relações sociais e pelo comportamento moral. O neocórtex planeja o futuro baseando-se em símbolos meramente mentais, portanto invisíveis aos olhos (SERVAN-SCHREIBER, 2004).

O córtex cerebral, denominado de substância cinzenta, controla o funcionamento abstrato de ordem superior, como linguagem e julgamento, além das áreas mais primitivas do cérebro. Por exemplo, se uma estrutura do cérebro, denominada diencéfalo reconhece o medo, o córtex cerebral pode usar o julgamento para reconhecer o estímulo como algo não ameaçador e cancelar o medo (GREENBERG, 2002).

Os dois cérebros – o emocional e o cognitivo – recebem informações do mundo exterior mais ou menos simultaneamente. A partir daí, eles podem cooperar ou competir entre si sobre o controle do pensamento, das emoções ou do comportamento. O resultado dessa interação, cooperação ou competição determina o que sentimos nas relações com o mundo e nossos relacionamentos com os outros. Na competição entre os dois, pouco importa a forma que toma a disputa, percebemo-nos infelizes. Quando os cérebros emocional e cognitivo trabalham em conjunto, sentimos o oposto – harmonia interna. O cérebro-emocional nos dirige rumo às experiências que buscamos e o cérebro-cogniti-

vo tenta fazer com que cheguemos lá do modo mais inteligente possível. Da harmonia resultante vem o sentimento de estar onde quer que esteja a sua vida, o qual subjaz a todas as experiências duradouras de bem-estar (SERVANSCHREIBER, 2004).

O cérebro e o corpo estão indissociavelmente integrados por circuitos bioquímicos e neurais recíprocos dirigidos um para o outro. Existem duas vias principais de interconexão: Uma constituída por nervos motores e sensoriais periféricos, que transportam sinais de todas as partes do corpo para o cérebro, e do cérebro para todas as partes do corpo; e outra via, mais antiga, em termos evolutivos, é a corrente sanguínea, que transporta sinais químicos, como os hormônios, os neurotransmissores e os neuromoduladores (DAMÁSIO, 1996).

Quando a amígdala recebe uma mensagem de perigo real ou imaginário, físico ou emocional, ela ativa o hipotálamo e a glândula pituitária, que libera o hormônio adrenocorticotrópico, cuja ação consiste em ativar as glândulas supra-renais. Estas, por sua vez, produzem diferentes hormônios, inclusive a adrenalina e a noradrenalina, que agirão no metabolismo orgânico, resultando um organismo com energia suficiente para lutar contra o agente agressor se tiver condições de vencer, ou fugir, se avaliar faltar potência para o ataque. Nesta ação, o ritmo cardíaco se ace-

lera, as pupilas se dilatam, a pressão arterial aumenta e o sistema digestório é inibido (LIPP, 2005). O cérebro reconhecido como emocional está, portanto, quase mais intimamente relacionado ao corpo do que ao cérebro responsável pelas funções cognitivas. Por isso é muito mais fácil acessar emoções pelo corpo do que pela linguagem verbal (SERVAN-SCHREIBER, 2004). Esta talvez seja uma das razões porque as práticas terapêuticas que envolvem toque ou massagem se mostram tão eficientes para tratar os transtornos de fundo emocional, tão frequentes no mundo moderno, a exemplo do estresse.

A racionalidade médica chamada Homeopatia, embora nascida no Ocidente, é considerada também uma doutrina, cujas bases se opõem à visão fragmentária da alopatia. Seu campo de ação extrapola a esfera física, lidando com elementos da mente racional, do emocional e da energia vital. Ela fundamenta-se em quatro pilares: a lei dos semelhantes, a experimentação no homem sadio, medicamentos diluídos e dinamizados e o uso de medicamento único. Além disto, ela apóia-se no princípio do vitalismo, segundo o qual o ser humano tem constituição ternária: corpo físico, mental e energia vital.

A Medicina Ayurveda¹ é parte da ciência védica, que considera o ser humano possuidor de quatro instintos biológicos e espirituais: 1) religioso, 2) financeiro, 3) pró-criativo e 4) o instinto que procura a liberdade. A saúde ou equilíbrio é o fundamento para a satisfação desses instintos.

Para a Ayurveda, na Natureza coexistem três qualidades básicas, que são as principais forças da Inteligência Cósmica determinantes do nosso desenvolvimento espiritual. Essas forças são denominadas de “gunas”, atributos do plano mental e do plano astral, e que guardam correspondência com os “três humores” que estruturam a constituição física, denominados de *satva*, *rajas* e *tamas*. Esses atributos fazem a distinção do temperamento humano e as diferenças individuais perante as disposições psicológicas e padrões morais. *Satva* expressa essência, compreensão, pureza, clareza, compaixão e amor. *Raja* envolve movimento, agressividade e extroversão. A mente *rajas* trabalha no padrão do sensual. *Tamas* manifesta-se na ignorância, inércia, brutalidade e estupidez.

Esta relação dá-se a partir do corpo físico e, dependendo delas, tem-se indivíduos *satvic* com corpos físicos saudáveis e comportamento e consciência muito puros, acreditam na

1. A palavra Ayurveda originária do sânscrito tem como significado conhecimento ou ciência da vida: *ayus*, vida e *veda*, conhecimento ou ciência.

existência de Deus, são religiosos e frequentemente transpiram santidade. Os indivíduos *rajás* têm interesse por negócios, prosperidade, poder, prestígio e posição e são muito políticos. Gostam de riqueza material e geralmente são extrovertidos, podem ter crença em um Deus, entretanto, têm tendência a apresentar mudanças repentinas de crenças. Os indivíduos *tamasic* são preguiçosos, egoístas e capazes de destruir os outros; demonstram geralmente pouco respeito pelos demais e não são religiosos. Todas as suas atividades são egoístas. Para a Ayurveda, estas três energias mentais sutis são responsáveis pelos padrões de comportamento, que podem ser alterados e aperfeiçoados por meio de práticas de disciplinas espirituais como o yoga (LAD, 1997).

Paradigmas fundamentais como a descoberta do mundo microbiano (Pasteur), da circulação do sangue (Harvey), da homeostase (Claude Bernard), da psicodinâmica do inconsciente (Freud), da seleção natural (Darwin), promovendo as transformações evolutivas dos organismos, trouxeram com suas teorias mudanças na interpretação dos fatos (FACURE, 1999, p. 19).

Para Facure (1999), existem ainda os paradigmas espíritas que estão dentro dessa mesma ordem de propósitos. São conhecimentos inovadores que buscam esclarecer razões fundamentais para a doença e o sofrimento e vão modificar nossas atitudes diante dos doentes. Os conhecimentos

espíritas introduzem, de forma racional e passível de comprovação experimental, o elemento espiritual na essência fundamental de todo acontecimento relacionado com a vida na Terra. Nenhum desses paradigmas teve a pretensão de desvendar uma verdade acabada e sem contestações.

A cura

Cura é a ação ou efeito de curar, é o “recobrimento” da saúde (KOOGAN/HOUAISS, 2000). Assim, para o diagnóstico e para a terapêutica, a concepção do que é a cura modifica-se em função dos significados dados ao ser humano como um todo, ao seu corpo em particular, às relações desenvolvidas consigo, com os outros, com o meio ambiente e o meio social. Todos estes aspectos vão estar permeados pela cosmovisão particular de cada cultura em sua temporalidade considerada.

Para a medicina oficial (alopatia) o termo “curar” tem o sentido de “guerrear”, perseguindo o invasor até que ele seja definitivamente anulado. Para as *medicinas alternativas*, que trabalham no sentido de oferecer um reforço ao organismo, estimulando-o a defender-se, com procedimentos que favorecem o retorno do equilíbrio, curar é proteger, defender, como evoca a palavra guarita (abrigo) do francês: *guérir* = curar e *guérite* = guarita (LAPLANTI-

NE; RABEYRON, 1989). Curar (recuperar a saúde) é consertar um defeito, restaurar uma ordem (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989 p. 45- 47).

É na tradicional oposição das escolas de Cós e Cnido, da Grécia Antiga, que se encontram os fundamentos da grande dicotomia dos sistemas terapêuticos. Em um deles, com base na racionalidade analítica, os objetivos são as especificidades, a exata definição das perturbações, e nesta direção será mãe da ciência ocidental contemporânea, centrada nas enfermidades, a exemplo da alopatia. Para o outro, a visão é mais global, porém menos precisa, tendo como foco a pessoa humana e não a doença, como considerado por outros sistemas, como: a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurveda, a homeopatia, entre outras (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989).

As concepções de saúde, doença e cura se modificam tanto na temporalidade como no espaço de cada cultura, caracterizando as relações do indivíduo com a sociedade. Adam e Herzlich (2001) afirmam que a oposição saúde-doença é uma forma de exprimir o que as pessoas percebem haver entre o indivíduo e a sociedade. O discurso coletivo não é uma cópia do discurso médico, expressando uma enumeração de sintomas orgânicos; mas estes sintomas, estas disfunções organizam-se em formato de uma “doença” correspondendo ao que eles provocam na vida do do-

ente e em sua identidade social (Idem, ibidem, p. 77-78). As representações e concepções de saúde e da doença predominantes em diferentes grupos sociais estão intimamente ligadas ao seu contexto social, político, econômico e valores que vigoram nestes grupos.

A Medicina Ayurveda tem como objetivo a preservação da vida e, apesar de ser caracterizada como medicina, sobretudo preventiva, ajudando a pessoa sadia a manter a saúde, ela também atua na recuperação da pessoa doente. Um conceito básico desta ciência é a potencialidade que cada indivíduo possui para promover a autocura, levando-o à autorealização e à evolução espiritual (LAD, 1997).

Segundo Silva (2007), na sociedade pós-tradicional, tal como definida por Giddens, a maior parte das funções antes atribuídas à religião, passaram para a alçada dos especialistas laicos, a exemplo dos médicos, psicólogos, advogados, entre outros. No entanto, uma das questões mal resolvidas e/ou não satisfatoriamente explicadas pela ciência ocidental, é a cura. E esta seria, talvez, uma das razões da aceitação das soluções de cura propostas pelas diferentes correntes religiosas ou místicas.

A cura, entendida como finalidade última de qualquer sistema terapêutico, envolve três instâncias: *a pessoa objeto da cura, o curador e o processo da cura*. A eficácia ou reconhecimento da cura é dado em função do valor ou sig-

nificado atribuído pela sociedade na qual o processo está se realizando. A cura, como parte da dinâmica terapêutica, recebe significados diferentes a partir do seu espaço social e do da temporalidade considerada, modificando-se em função das estruturas sociais e dos seus atores.

O objeto da cura

Todo processo de cura tem como meta responder aos anseios de alguém que a necessita, e a primeira questão é tornar claro o que se pretende curar. O desejo de cura é um processo dirigido para a pessoa? Ou para o corpo da pessoa? É para uma parte do corpo da pessoa? Está relacionado com o outro? Está relacionado com o meio social? Para atender a essa questão é necessário que a pessoa envolvida tenha suficientemente clareza quanto às suas percepções corporais, às relações do seu corpo com seu todo, enquanto pessoa humana, suas relações com o outro e com seu meio social, enfim, seu corpo, sua pessoa, seu ser social.

A consciência do que deve ser curado, está vinculada à concepção que cada indivíduo tem formulada a respeito do ser humano enquanto pessoa, do que compõe essa pessoa, da extensão do seu corpo físico, da existência ou não de outros elementos ou além do físico pertencente à pessoa. E esta não é tarefa apenas pessoal, ela é acima de tudo uma

construção social, sujeita a modelagens dentro de espaços e tempos distintos.

Para a Sociologia, enquanto seres humanos, somos corpóreos, portanto, possuímos um corpo, que não é só algo físico existente fora da sociedade. Nossos corpos são profundamente afetados pelas experiências sociais, pelas normas e valores atribuídos pelos grupos no qual estamos inseridos. Não somente os aspectos sociais, mas também os ambientais exercem importante papel nos padrões de saúde e adoecimento. Estudos têm apontado essas influências nas diferentes camadas sociais, com relação às questões de gênero e raça, entre outras (GIDDENS, 2005).

O indivíduo frente a uma sensação orgânica desagradável e estranha necessita “decodificá-la”, compará-la a outras manifestações, decidir se existe algum sinal grave para uma tomada de atitude, além de explicar aquilo o que sente, se deseja receber ajuda. O trajeto desta elaboração não é apenas individual, mas também relacionado ao social e à cultura (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 69).

De acordo com o que estes sintomas vão provocar na vida do doente e em sua identidade social será constituída uma “doença” (Idem, ibidem: 77-78). Podemos deduzir que no processo de cura, a elaboração não é somente individual, mas, também relacionada ao grupo social e cultura vigente.

As representações e concepções de saúde e da doença predominantes em diferentes grupos sociais estão intimamente ligadas ao contexto social, político, econômico, bem como aos valores que vigoram neles. A forma como a sociedade dá significados às doenças é o reflexo de como essa sociedade se pensa, expondo, assim, seus medos e limites (IRIART, 2003). Nos processos de cura, somam-se o peso dos valores religiosos e a vigência do sistema terapêutico socialmente estabelecido.

Neste sentido, no quadro 1 estão relacionados os Sistemas Terapêuticos e os objetos da cura reconhecidos em diferentes grupos sociais.

Quadro 1 – Objetos da cura e os Sistemas Terapêuticos

Sistemas Terapêuticos	Corpos ou elementos constitutivos reconhecidos em diferentes grupos sociais				
	Físico	Bioenergético	Emocional	Mental	Espiritual
Biomedicina	Campo preponderante de ação	Não reconhece	Reconhece e delega à psicologia	Reconhece e considera área da psiquiatria	Pode reconhecer ou não. Delega às instituições religiosas
Homeopatia	Objeto final de resposta à ação do medicamento	Reconhece a Energia Vital	Reconhece como parte integrante da constituição do indivíduo	Reconhece como parte mais profunda da constituição do indivíduo	Pode reconhecer ou não. Delega às instituições religiosas
Medicina Ayurveda	Espaço último da ação terapêutica	Reconhece e trata	Reconhece e trata	Atua numa relação corpórea	Campo mais importante de ação
Cristianismo Popular	Campo secundário de resposta aos procedimentos principais	Algumas religiões reconhecem e atua com procedimentos	Reconhece e trata	Reconhece e trata	Campo importante da ação terapêutica

Espiritismo	O corpo deve ser cuidado da mesma forma que alma.	Reconhece que a energia emanante do espírito é o pensamento e que este é capaz de agregar elementos do Fluido Universal	Reconhece e trata através da educação dos sentimentos	Reconhece e delega ao indivíduo o discernimento e o raciocínio, nas escolhas dos objetivos	Reconhece e atribui o papel plasmador e estruturador da forma física que o corpo assume
Religiões Afro-Brasileiras	Reconhece como a primeira instância da ação terapêutica	Reconhece e trata – Axé	Reconhece e trata como um desequilíbrio do fiel com a divindade	Reconhece e trata como um desequilíbrio do fiel com a divindade	Campo importante da ação terapêutica

Ao se considerar em um mesmo ser, um corpo material denominado corpo físico e um corpo de natureza imaterial, reconhecido comumente como espírito, gera-se a necessidade de um ou mais elos de comunicação entre esses dois corpos, e que deverá ter uma constituição distinta, pelo menos em parte. Sistemas terapêuticos vitalistas como a Homeopatia e a Medicina Tradicional chinesa, reconhecem e trabalham com o conceito de um elemento energético; sistemas religiosos como os afro-brasileiros exercem suas práticas a partir da concepção vital de uma força de vida proveniente dos elementos da natureza que possuem

princípios espirituais, como a *Acácia jurema*. À dimensão espiritual é atribuído um grande poder sobre a dimensão material (SOUSA; KLUPPEL, 2009).

Na visão da Medicina Ayurveda, o corpo físico é considerado como uma cristalização de inclinações mentais profundamente arraigadas, trazida de vidas anteriores¹. A mente não é considerada apenas em função do cérebro, mas como o reflexo do corpo e o repositório das impressões a que temos acesso por meio dos sentidos. O indivíduo não é visto como um produto das circunstâncias sociais, embora todos esses fatores possam ser importantes. Ela considera a alma humana como pura concepção, ligada ao complexo da mente e do corpo, mas sem se limitar a ele, uma vez que esse complexo é o instrumento pelo qual se manifesta. Além disto, parte do princípio que o nosso verdadeiro Eu Superior e nossa natureza estão além do complexo corpóreo e que é possível transcender as dificuldades físicas e mentais (FRAWLEY, 1996).

A Homeopatia, ao entender o indivíduo como ser integral e indivisível, há que considerar os aspectos objetivos e subjetivos que envolvem uma doença e, ao se propor tratar o *doente* e não a *doença* depara-se com o fenômeno da re-

1. Na Ayurveda o conceito de vidas anteriores refere-se a existências passadas dentro da concepção de reencarnação.

ligiosidade. Para a Medicina Homeopática a doença surge como um hiato de desequilíbrio entre o corpo físico, a mente e as demais estruturas no qual estão situadas a espiritualidade e religiosidade, compondo o ser humano integral. Esta perspectiva aponta para as diferentes relações que levam ao adoecimento/saúde e, posteriormente, à cura.

Os Sistemas Religiosos judaico-cristãos praticados no Ocidente mantiveram durante séculos em seus mosteiros, a guarda e as práticas terapêuticas, em especial ligadas às plantas medicinais. Datam, possivelmente, do século X os ervanários dos grandes mosteiros cristãos. No entanto, nos séculos seguintes, à medida que a medicina alopática desenvolvia-se tecnicamente, a cisão torna-se mais intensa e a sociedade moderna vai se defrontar com uma prática que separa o corpo físico e o delega aos profissionais da área de saúde, enquanto as desordens reconhecidas como espirituais, ficam sob a tutela da Igreja. Restando apenas à prática da medicina popular, em que resistem os fragmentos de ação integrada corpo-alma, numa concepção atual de cristianismo popular, a exemplo da rezadeiras.

O Espiritismo codificado por Allan Kardec, na segunda metade do século XIX, expõe uma série de postulados não dogmáticos ditados por espíritos evoluídos que se utilizaram de médiuns de diversas partes da Europa, principalmente da França. Allan Kardec organizou de forma didáti-

ca e sistemática essas informações mediúnicas, formando um conjunto de obras tidas como básicas para o estudo da Doutrina. O espiritismo na área médica em particular, posterior a Allan Kardec, foi enriquecido brilhantemente com as publicações mediúnicas do espírito André Luiz através da psicografia do Francisco Cândido Xavier.

Os espíritos nos ensinam que somos seres imortais, criados por Deus, sujeitos, como os demais seres da natureza, a um processo evolutivo que visa o progresso incessante de todas as criaturas, sem exceção e sem retrocesso, que se fundamenta na lei da reencarnação. Para os espíritos, o nascimento não representa o início da vida, nem a morte o seu fim. Prevalece para todos, a lei universal de ação e reação de modo inflexível e infalível.

A natureza física do corpo é, para o ser humano, apenas uma de suas expressões. A união do corpo físico, carnal, com o espírito, que é sempre senhor de nossas ações, se processa através de um organismo intermediário de constituição “semimaterial” chamado de perispírito ou corpo espiritual.

É nas propriedades do corpo espiritual que se justifica toda uma série de fenômenos de intercâmbio entre nós e o mundo espiritual e nos aponta para uma linha de pesquisa fundamental para o esclarecimento das doenças humanas. A energia emanante do espírito é o pensamento. Fonte plasmadora de ideias, o pensamento é capaz de agregar

elementos do Fluido Cósmico, construindo um material “idealizado” que forja o ambiente espiritual em torno de nós (FACURE, 1999, p. 16).

Para as religiões afro-brasileiras os indivíduos são unidades integradas a um todo espiritual representado pelas entidades sagradas – orixás, pretos velhos, boiadeiros, caboclos, ciganas, mestres da jurema, dentre outros, formando um todo complexo, uma comunidade que não restringe-se a vida material. A percepção de mundo desse universo religioso compõe-se a partir de uma estrutura congregadora, pois os deuses, os homens, a natureza e os mortos estão em intensa relação. Assim, o terreiro e todos os seus conteúdos materiais e seus iniciados devem receber a energia espiritual, acumulá-la, mantê-la e desenvolve-la, desta forma, as religiões afro-brasileiras só pode ser compreendida na medida em que ela é vivida através da experiência ritual. Tais rituais religiosos são em primeira instância o lugar do (re) encontro com uma experiência ancestral que materializa-se no corpo do fiel através da performance sagrada dos seres espirituais quando do momento das incorporações destes deuses, na rodinha do dia-a-dia, nas estruturas psíquicas, ou seja, o sujeito inteiro simboliza o divino (BASTIDE, 2001), que por sua vez, estabelem uma relação de proximidade cotidiana com seus filhos, pois trata-se de uma relação sobre tudo de parentesco.

O curador

A medicina ocidental é praticada por pessoas que possuem o título de médico e por profissionais graduados associados ao trabalho em saúde, como fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros (NCCAM, 2007). De uma maneira geral, assim também estão incluídos os profissionais que trabalham com a Homeopatia e a Medicina Ayurveda, obedecendo às normas vigentes para cada categoria profissional de cada país ou região. Práticas terapêuticas ligadas às práticas religiosas têm seus curadores entre os indivíduos reconhecidos e autorizados pelo grupo social a que pertencem.

A força da religião, oriunda das crenças na possibilidade de ligação direta dos seus representantes com as divindades, definem as suas funções de cuidadores do bem-estar dos indivíduos. Nas sociedades arcaicas e antigas, o sacerdote era também aquele que exercia a função de médico ou curador. Nas regiões árticas, principalmente na Ásia Central e setentrional, as curas são praticadas por um Xamã. Para Eliade (1984), o Xamã é ao mesmo tempo teólogo e demonólogo, especialista do êxtase e o homem da medicina, auxiliar da caça, protetor da comunidade e dos rebanhos, psicopompo e, em certas sociedades, erudito e poeta.

Nas religiões afro-brasileiras é possível constatar a fusão do papel desses curadores, cuidando dos males físicos e não-físicos. Aos Pais/Mães de Santo são atribuídas habilidades que lhes permite lidar com os mundos materiais e imateriais.

○ processo da cura

O processo da cura envolve os instrumentos ou meios de cura e/ou uma técnica a ser aplicada. Cada sistema terapêutico tem seus instrumentos particulares, envolvendo técnicas por vezes cientificamente atestadas, outras ritualisticamente consagradas, consideradas ao longo de uma construção social aceita com eficácia. No quadro 2 estão relacionados os meios e/ou técnicas de cura nos diferentes campos de atuação.

Quadro 2 – Meios e/ou técnicas de cura
e os Sistemas Terapêuticos

Sistemas Terapêuticos	Os meios e/ou técnicas de cura nos diferentes campos de atuação				
	Corpo físico	Bioenergético	Emocional	Mental	Espiritual
Biomedicina	Medicamentos farmacologicamente ativos. Intervenções cirúrgicas e outras	Não reconhece	Reconhece a psicoterapia	Trata com medicamentos	Não dispõe de elementos para utilizar
Medicina Ayurveda	Limpeza, purificação, jejum	Massagens, respiração (prana)	Meditação Oração	Terapia de Intervenção corpórea	Meditação Oração
Homeopatia	Medicamento dinamizado	Medicamento dinamizado	Medicamento dinamizado	Medicamento dinamizado	O indivíduo curado se volta para Deus e aos altos fins da existência
Cristianismo Popular	Jejum, dietas, banhos Chás	Benzeção	Benzeção	Benzeção	Rezas
Espiritismo	Reeducação alimentar, chás e fitoterápicos	Passes, água fluidificada e preces	Educação dos sentimentos	Vigilância permanente em relação aos pensamentos e comportamento cotidiano	Cirurgias Espirituais e Fluidoterapia

Religiões Afro-Brasileiras	Alimentação, defumação, sacrifícios, oferendas aos deuses, banhos, danças, experiência de incorporação	Alimentação, defumação, sacrifícios, oferendas aos deuses, banhos, danças, experiência de incorporação	Alimentação, defumação, sacrifícios, oferendas aos deuses, banhos, danças, experiência de incorporação	Alimentação, defumação, sacrifícios, oferendas aos deuses, banhos, danças, experiência de incorporação	Alimentação, defumação, sacrifícios, oferendas aos deuses, banhos, danças, experiência de incorporação
----------------------------	--	--	--	--	--

Na biomedicina os procedimentos principais têm como fundamento os medicamentos farmacologicamente ativos que vão atuar contra o agente identificado como causa da doença ou desequilíbrio. As intervenções cirúrgicas, comumente, vão na direção de extirpar como forma de luta contra o agente nocivo. Nessa prática, a doença é vista como algo externo ao indivíduo, algo que o ataca ou causa dano. Nessa perspectiva, os tratamentos são voltados para o combate ou defesa, quando em ações preventivas. O foco de ação é o corpo físico e a problemática é vivenciada a nível físico-químico. Os estudos das últimas décadas têm apontado, principalmente, quando avaliados a qualidade de vida, como outro aspecto envolvido nos processos de adoecimentos, como também naqueles nos quais a cura se passa independente das ações farmacológicas conhecidas. A espiritualidade e as práticas religiosas, bem como práti-

cas terapêuticas ligadas a concepções religiosas têm surgido nesse cenário.

Na Medicina Ayurveda, indica-se primeiramente, como meio de cura, dieta ao paciente, que inclui a recomendação de um elemento essencial de acordo com o seu *dosha*, além de possíveis medicamentos fitoterápicos. Estes procedimentos fundamentam-se em quatro métodos principais: Limpeza e Desintoxicação – *Shodan* –, Acalmamento – *Shaman* –, Rejuvenescimento – *Rasayana* – e Higiene Mental e Cura Espiritual – *Satvajaya* (CARNEIRO, 2008).

O papel da limpeza na Medicina Ayurveda é eliminar as toxinas presentes, principalmente, no estômago, no nariz e no intestino. As técnicas denominadas de purificação ou *pancha karma* são: o vômito – *vaman*–, o purgante – *virchan* –, o enema – *basti* –, a redução sanguínea – *Rakta moksha* – e a ducha nasal – *nasya*. Para esta medicina as toxinas ou *ama* são consideradas a raiz dos males e o resultado das comidas não assimiladas, indigestas e que tendem a fermentar no aparelho digestório. Para a limpeza, são aconselhadas massagens com óleos de ervas geralmente em forma líquida, facilmente absorvidos pela pele. Uma vez penetrado no sistema, o óleo essencial pode eliminar as toxinas, os vírus e as bactérias, através dos clássicos canais de eliminação. Também a manteiga clarificada – o *Ghee* – e

o iogurte diluído são utilizados para normalizar a flora intestinal, sobretudo depois de um processo de lavagem.

Shaman (acalmamento), na visão Ayurveda, tem como objetivo equilibrar e pacificar os *Doshas* do corpo. O acalmar compreende, sobretudo, a dimensão espiritual da cura, e faz uso da combinação de ervas, do jejum, do canto, do yoga, dos exercícios respiratórios, da meditação, do exercício físico e dos banhos de sol. Estas técnicas são recomendadas para as pessoas com disfunções no sistema imunológico e para os indivíduos emocionalmente muito desarmonizados e muito fracos para suportar qualquer forma de estresse físico, causado pelo método terapêutico presente no *pancha-karma*. Para estes aspectos curativos e preventivos, o *shaman* pode ser usado também em um sujeito são. O médico ayurveda prefere a prevenção mais que a cura da doença.

Rejuvenescimento – este procedimento tem como base a tonificação, que possibilita melhor funcionamento do corpo como um todo. O *Rasayana* é usado para restituir a virilidade e a vitalidade ao sistema reprodutivo, equilibrando a esterilidade e a infertilidade e melhorando a saúde dos filhos e a função sexual. Além disso, o *Rasayana* aumenta a longevidade, diminuindo os processos de envelhecimento.

Higiene mental e cura espiritual são um método para melhorar a mente e obter elevados níveis funcionais men-

tais e espirituais. Chega-se a eles por meio da eliminação do estresse psicológico e da supressão dos pensamentos negativos. As categorias de *Satvajaya* incluem mantras, yantra, tantra, meditação, gemas, metais e cristais.

Para os adeptos das religiões afro-brasileiras, os elementos naturais, – os reinos animal, vegetal e mineral – são vitais para os seres humanos, na medida em que estes, em interação com os elementos da natureza e com outros seres humanos, mobilizam o princípio da vida, chamado nos Candomblés Ketú de Axé. Para os juremeiros, esta *energia de vida* seria o poder da ciência da jurema. É, portanto, a energia vivificante, a força mágico-sagrada de toda divindade, de todos os seres, de todas as coisas.

Em qualquer processo de cura, este elemento tem o seu significado e importância, sendo trabalhado a partir do imaterial para atingir o corpo físico, culminando com a cura em ambas as dimensões. Nos rituais de cura da Jurema², as propriedades farmacológicas da planta exercem papel (secundário), uma vez que sua ação ou força energética (espiritual) é o elemento de poder no processo de cura (SALLES, 2004).

A Homeopatia utiliza o medicamento dinamizado, conhecido por meio das experimentações no indivíduo sadio,

2. O termo Jurema designa várias espécies de leguminosas dos gêneros Mimosa, Acácia e Pithecelobium.

aplicado segundo a lei dos semelhantes. A ação desse medicamento dá-se na presumida energia vital do organismo, restabelecendo, assim, seu pleno funcionamento, desde que esse organismo tenha condições anátomo-fisiológicas para restabelecer o padrão de saúde. Essa racionalidade considera os sintomas mentais e emocionais numa categoria mais profunda que os de natureza física, necessitando, portanto, medicamento de dinamizações diferenciadas em uma mesma pessoa. O criador da Homeopatia, Samuel Hahnemann, reconhece a natureza espiritual do ser humano, no entanto, a distingue da Energia Vital (HAHNEMANN, 1995).

O reino vegetal, representado nos sistemas terapêuticos, principalmente pelas plantas medicinais, merece um destaque nessa abordagem, considerando que ele está presente em todos esses processos de cura. Base de fármacos ou modelos para estruturas artificiais, as plantas são as grandes fontes da base terapêutica alopática. Para a Homeopatia, as plantas são a sua principal matéria-prima, cujas propriedades medicamentosas são despertadas por processos de dinamização, de natureza não química.

São também as plantas base para os chás, banhos, óleos para massagens, e instrumento para benção nas mãos de pajés, xamãs ou benzadeiras, entre outras ações nas diferentes práticas curativas.

A fé é um grande instrumento de cura para qualquer sistema terapêutico. Comumente ela só é considerada quando empregada em circunstância religiosa, no entanto, a ação do placebo ou a certeza de que tal antibiótico ou medicamento homeopático vai agir, recebe contribuição da “fé”.

Considerações finais

Enquanto o mundo ocidental cria e recria sua forma de pensar fragmentadora do mundo, da natureza e do ser humano, o Oriente mantém os modelos milenares de sistemas terapêuticos que integram homem e natureza, na busca de equilíbrio, como base para uma saúde plena. Muitos dos procedimentos de seus sistemas terapêuticos, como meditação, yoga, tai-chi-chuan e massagens, praticamente, independem de tecnologia, cujos custos são, geralmente, baixíssimos. Suas práticas têm caráter universalista e podem ser usadas em diferentes modelos de sociedade. Sistemas terapêuticos como a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ayurveda incluem em seus procedimentos curativos terapias de intervenção corpo-mente, tanto na prática curativa, quanto na preventiva. No Ocidente, tais práticas são reconhecidas como alternativas e/ou complementares, sendo recomendadas em conjunto com a medicina tradicional. Uma das razões para tal reconhecimento é

a comprovação de seus benefícios em patologias de fundo psicossomático.

A medicina Ayurveda, enquanto uma racionalidade médica, ou um sistema terapêutico, atua de forma preventiva e curativa. Sua visão metafísica abre um espaço para a compreensão do ser humano na sua totalidade, envolvendo os elementos do corpo material e do imaterial, bem como possibilita o entendimento das suas amplas relações, numa via de mão dupla, em que o que é micro age sobre o macro e o macro determina ações sobre o micro. Com esta visão, as leis que regem o universo, assim como as propriedades de seus elementos podem ser trabalhados na dinâmica dos mecanismos fisiológicos, possibilitando ações corretivas ou adaptativas nos processos patológicos.

As reflexões que trouxemos indicam que a “máxima” – não existe doença e sim doente – proclamada nos cursos de formação em saúde sempre fez sentido e parece ressurgir no momento atual. Trata-se de um momento histórico em que os indivíduos acessam saberes e conhecimentos a partir de várias fontes de informação, como diz Giddens (2005), de modo que buscar um “especialista” para cuidar de si (saúde e doença) representa acionar critérios que nem sempre estão ligados diretamente à dimensão biofisiológica, mas ao processo de integração e realização plena dos indivíduos.

Referências bibliográficas

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru-SP: EDUSC, 2001.

ALEXANDRE, Marcos. Representação Social: uma genealogia do conceito. **Rev. Comum**, Rio de Janeiro - v.10 - nº 23 - p. 122 a 138 - julho / dezembro 2004.

BASTIDE, Roger. **O candomblé da Bahia: rito nagô**. São Paulo-SP: Companhia das Letras, 2001.

BORDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: DIFEL. 1989.

CARNEIRO, Danilo Maciel. **Ayurveda: saúde e longevidade**. Goiânia: Kelps, 2008.

DAMÁSIO, Antonio R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DURKHEIM, Emile. **As formas elementares da vida religiosa**. SP: Abril Cultural, 1983. [Col. Os Pensadores]

ELIADE, Mircea. **História das crenças e das ideias religiosas – De Maomé à Idade das Reformas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GREENBERG, Jerrold S. **Administração do estresse**. São Paulo: Manole, 2002.

GRISOTTI, Márcia. **Sistemas médicos: percepção e comporta-**

mento em relação ao processo saúde-doença em uma comunidade de Florianópolis (SC). **Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais**. ano 20, n. 20 (2004). João Pessoa: PPGS-UFPB, 2004. [p. 117-139].

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HAHNEMANN, Samuel. **Exposição da doutrina homeopática ou Organon da arte de curar**. Tradução: David de Castro, Rezende Filho, Kamil Curi. 6^a ed. Alemã. São Paulo: GEHSP “Benoir Mure”, 1995.

IRIART, J. A. B. **Concepções e representações da saúde e da doença**. Texto didático. Salvador: ISC-UFBA, 2003.

KLUPPEL, SOUSA, FIGUEREDO. As práticas integrativas e o desafio de um novo paradigma em saúde. **RELIGARE - Revista de Ciências das Religiões**, N. 2, setembro, 2007.

LAD, Vasant. **Ayurveda: a ciência da autocura**. São Paulo: Ground. 1997.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LAPLANTINE, F. e RABEYRON, P. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE (NCCAM NIH). **Get the Facts**. Que es la medicina complementaria e alternative? 2007; acesso em 03/06/2007. Available at: <http://nccam.nih.gov/espanol/informaciongeneral>.

OLIVEIRA, Marcio S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol 19, n. 55:180-186, junho 2004.

SALLES, Sandro Guimarães de. À sombra da Jurema: a tradição dos mestres juremeiros na Umbanda de Alhandra. **Revista Antropológicas**, ano 8, volume 15(1): 99-122, 2004.

SERVAN-SCHREIBER, David. **Curar** – o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise. 13^a ed. São Paulo: Sá Editora, 2004. 298 p.

SILVA, Magnólia Gibson Cabral. Ciência, religião e cura: disputa e resistência entre diferentes campos do saber. Comunicação apresentada no ***I Simpósio Internacional de Ciências das Religiões***. PPGCR-UFPB-CCHLA. João Pessoa 16-18 de julho de 2007.

SOUSA, Maria do Socorro; KLUPPEL, Berta Lucia Pinheiro. A Natureza energética do ser humano: elo entre a matéria e o espírito. In: **III Simpósio Internacional sobre Religiões, Religiosidades e Culturas**. MS, 21 e 24 de abril de 2009.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 1988.

TEIXEIRA, Marcus Zulian. **A natureza imaterial do homem**: um estudo comparativo do vitalismo homeopático com as

principais concepções médicas e filosóficas. São Paulo: Editorial Petrus, 2000.

WHO/EDM/TRM. **Estrategia de La OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002; acesso em 28/08/2013. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf

Norma técnica de assistência: elementos para pensar o cuidado às mulheres em situação de violência sexual

Alba Jean Batista Viana
Eduardo Sergio Soares Sousa
Ednalva Maciel Neves
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho

Reconhecendo a violência sexual como um tema gerador de muitas polêmicas e de grande importância para as sociedades contemporâneas, este estudo pretende, a partir de uma reflexão teórica, analisar a violência de gênero e a atenção à saúde das mulheres em situação de violência. Esta reflexão levanta questões acerca da caracterização da violência contra mulheres e bem como sobre os dilemas do atendimento à assistência, num cenário em que a Lei de notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendida nos serviços de saúde públicos ou privados¹

1. Lei nº 10.778 de 24/11/2003.

e, especialmente a Lei Maria da Penha² trouxeram à tona pequenos acontecimentos, vistos culturalmente como “naturais”, quando, na verdade, denunciam a violência sutil de homens contra mulheres. O debate sobre a Lei, âmbito dos magistrados, e em outros setores sociais, uma vez mais demonstra que gênero é uma construção coletiva e relacional que mobiliza homens e mulheres acerca de suas posições sociais e das relações de poder existentes.

Este é um tema atual marcado por controvérsias e, por isso mesmo, impõe-se a necessidade de não contemporizar, mas, sim, favorecer transformações e mudanças sociais. Motivos pelos quais este estudo pretende, a partir de uma incursão teórica, analisar a violência de gênero e a atenção à saúde das mulheres vítimas da violência sexual.

De acordo com Minayo (2005), violência é um fenômeno de causalidade complexa, por vezes controversa e de mensuração problemática, porque o reconhecimento de sua ocorrência envolve análises de valores e práticas culturais, além de seus componentes sócio-históricos, econômicos e subjetivos.

A violência é uma das grandes preocupações mundiais, pois afeta sociedades, grupos populacionais, famílias e indivíduos, transformando-se num dos mais graves problemas sociais contemporâneos. Como tema, ela se destaca e pro-

2. Lei Maria da Penha nº 11.340, em 7 de agosto de 2006.

move amplo debate, abordado nos mais diversos segmentos da sociedade. É consenso que a violência se caracteriza pela abrangência de seus determinantes, que incluem: aspectos sociais, históricos, culturais, diferenças de sexo e raças, grupos hegemônicos e minorias sociais, revelando no cotidiano a singularidade das relações pessoais e os contextos em que estas estão inseridas (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004; MEDINA; PENNA, 2008).

Apesar de ocorrer nas relações entre homens e mulheres, a violência de gênero incide significativamente sobre o sexo feminino e é uma questão de saúde coletiva, além de ser considerada violação dos direitos humanos, na medida em que vitimiza a mulher por razões conjugais, sexuais ou culturais, e frequentemente se expressa na esfera privada, embora considerem as feministas o âmbito privado como também político (MINAYO, 2006).

A violência contra a mulher é atualmente reconhecida como tema de preocupação internacional, contudo, isso nem sempre foi assunto de discussões relevantes para as sociedades. A recente percepção e consciência sobre o assunto foi fruto de trabalho incansável e articulado de diversos grupos sociais, sendo os movimentos feministas os principais responsáveis pela “remoção da pesada e empoeirada manta que mantinha em sigilo a dor e o medo de gerações de mulheres e famílias” (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008, p. 2).

No Brasil, essas lutas evidenciaram a violência, em particular aquela exercida contra a mulher e a criança, desencadeando ativo movimento feminista em defesa dos direitos das crianças e adolescentes, que trouxe significativas alterações no que se refere ao estatuto legal da mulher na família e na sociedade, ampliando seus direitos civis e sociais na Constituição de 1988 e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990 (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006).

Estes instrumentos legais representaram conquistas e mobilizaram forças decisivas no sentido não apenas de dar visibilidade à violência, mas, também, para impulsionar políticas públicas específicas e revelar as articulações com a questão da saúde. A ampla mobilização resultou na criação de serviços de assistência às mulheres vítimas de violência sexual, bem como, de instrumentos jurídicos e legais, tais como: delegacias especializadas em crimes contra as mulheres (DEAM), as casas-abrigo e os centros de referência com atendimento psicossocial, que têm enfocado, principalmente, a violência física e sexual cometida por companheiros ou ex-companheiros no âmbito doméstico (MOREIRA et al, 2008).

Nos discursos sobre a modernidade, a violência tem sido apontada por situações de ruptura, identificada pela ação “provocada por um elemento não integrado” (RIFIO-

TIS, 2006, p. 01). As múltiplas faces da violência também se expressam no campo dos significados sociais, pois o que pode ser violência para um grupo pode não significar a mesma coisa para outro. O fato é que o ato violento varia da ação simbólica à ocorrência física, ambos se caracterizam pela expressão de relações de poder e dominação.

Dentre os tipos de violência, a sexual é considerada como uma das mais complexas, por estar associada a danos físicos, psíquicos e morais, envolvendo poder de dominação, coação e desigualdades de força e gênero (RIBEIRO; DIAS, 2009).

Apesar de a violência sexual acometer todas as faixas etárias, classes sociais e ambos os sexos, principalmente crianças, adolescentes e mulheres jovens. Estima-se que, anualmente cerca de 12 milhões de mulheres e aproximadamente um milhão de crianças sejam vítimas de violência sexual em todo o mundo. Mesmo que a violência contra mulher seja reconhecida como um problema de direitos humanos pelas Organizações das Nações Unidas (ONU) (1999), sua prevalência é de difícil determinação, em virtude da sub-notificação dos casos (MONTEIRO et al, 2008; LUCÂNIA et al, 2009).

No Brasil, os dados referentes à violência sexual não são precisos. A integração entre o setor de segurança pública e os serviços de saúde para assistência às vítimas de violên-

cia sexual ainda se desenvolve com dificuldade e de maneira conflituosa. Estima-se que os registros das delegacias correspondam acerca de 10 a 20% dos casos que realmente são notificados. Fatores como o medo, a falta de credibilidade no sistema legal e o silêncio cúmplice que envolve as vítimas, dificultam a notificação dos casos (FAÚNDES et al, 2006; VILELA; LAGO, 2007).

A assistência às mulheres vítimas da violência sexual faz parte das políticas públicas de saúde, e se insere na perspectiva de integralidade, qualidade e resolutividade da atenção para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a violência de gênero e saúde sejam condições que se entrecruzam em vários momentos da assistência às vítimas e que as diretrizes de assistência integral à saúde da mulher preconizam urgência desta intervenção, no cotidiano dos serviços, porém, persiste uma carência significativa de preparação dos profissionais e dos procedimentos frente às necessidades postas. Assim, a assistência às mulheres extrapola a oferta existente, exigindo complexa organização dos serviços de saúde, contínua atualização dos procedimentos / condutas e capacitação de equipes interdisciplinares (OLIVEIRA, 2007).

Estes procedimentos estão previstos em norma técnica do Ministério da Saúde, apontando para a estruturação de uma rede de assistência que articule os serviços de saúde e

de segurança pública, de modo a transformar esses locais em espaços de acolhimento e apoio, e de assegurar maior qualidade no atendimento às mulheres em situação de violência.

Métodos

Este é um estudo exploratório-descritivo, realizado por meio de revisão bibliográfica, nos meses de janeiro a março de 2013, utilizando como referencial teórico artigos publicados nos periódicos científicos brasileiros, disponibilizados na Scientific Electronic Library Online – SCIELO. Acreditamos que o acesso a esta base de dados possibilitou melhor definição do quadro conceitual relacionado ao tema do estudo, o amplo alcance a inúmeras publicações.

A coleta de dados foi iniciada com a adoção de critérios de inclusão que delimitaram o universo da pesquisa:

Parâmetro Temático: os estudos foram selecionados a partir da referência aos descritores: violência sexual, violência de gênero, violência contra a mulher e atenção à saúde das mulheres vítimas de violência;

Parâmetro Linguístico: os artigos deveriam estar disponíveis no idioma português;

Parâmetro Cronológico: as publicações deveriam ter ocorrido entre 2003 e 2014.

A partir da escolha desses critérios, definimos que seria adotada a técnica da leitura sucessiva do artigo, na íntegra, pois, daí, identificaríamos as informações e os dados contidos no material selecionado, bem como as relações existentes entre eles de modo a analisar a sua consistência.

Adotamos, como instrumento de coleta, um roteiro de leitura, composto de três campos para investigação de informações relativas: a identificação do artigo (referência completa); a caracterização do artigo (tema, objetivo, conceitos utilizados, referencial teórico), a contribuição do artigo para o estudo proposto (registro das reflexões e considerações finais).

Após estas análises e interpretações, foi possível realizar uma aproximação crítica dos teóricos e construir a síntese integradora, que apresentaremos a seguir em duas categorias temáticas: contextualizando a violência e o cuidado às mulheres vítimas de violência.

Contextualizando a Violência Sexual

A violência sexual contra a mulher é uma das expressões de violência baseada no gênero³, que tem sua origem

3. Gênero é tomado, aqui, na perspectiva de Butler (2003), como um atributo construído e referido socialmente, estando, nas sociedades ocidentais, formulado a partir da construção biológica dos corpos de homens e mulheres.

no desequilíbrio de poder existente entre homens e mulheres, no mundo contemporâneo. Este tipo de violência pode ser elucidado enquanto comportamento essencialmente masculino, como busca do restabelecimento ou prevenção da perda do poder, originando conflitos sobre a relação hierárquica tradicional (SCHRAIBER et al, 2008).

De acordo com Ribeiro e Dias (2009, p.2), a violência sexual consiste de “qualquer ato sexual ou tentativa de ato sexual não desejada, ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, utilizando coerção, ameaças ou força física [...]”. A violência sexual feminina não se origina do desejo sexual ou amoroso, ao contrário, ela se impõe como demonstração extrema de poder do homem sobre as mulheres, na subjugação do seu corpo e da sua autonomia como sujeito (OLIVEIRA, 2007).

Os achados de Moreira e colaboradores (2008) caracterizam a violência como um fenômeno de múltiplas determinações, relacionadas à hierarquia de poder, conflitos de autoridade, desejo de domínio e aniquilamento do outro. Esse fenômeno tem como consequência a violação dos direitos da mulher, da liberdade e de ser sujeito da sua própria história.

Analisar as desigualdades de gênero é importante para compreender como se estabelecem as relações entre homens e mulheres face à distribuição de poder. A violência

baseada no gênero sempre existiu, mas só recentemente está sendo discutida no Brasil e nos demais países do mundo. Os estudos de gênero realizados no território brasileiro indicam que as mulheres constituem o alvo de todo tipo de violência, seja ela física, simbólica ou sexual, violência doméstica, principalmente na adolescência e na vida adulta (BRASIL, 2008).

Estudos divulgados pela *Agência Brasil* (2014) a respeito da violência contra mulher revelaram que, no cenário mundial, a violência sexual constitui uma experiência habitual para as mulheres, e em algumas regiões é considerada endêmica. Dados divulgados pelo *Estadão* (2013) sobre a violência contra a mulher evidenciaram que aproximadamente 35% das mulheres em todo o mundo, acima de 15 anos, já sofreram violência física ou sexual em algum momento da sua vida e que, em 30% dos casos, a violência foi perpetrada pelos seus companheiros (VIEIRA, 2013).

No que se refere ao panorama da violência cometida contra a mulher, no Brasil, a realidade atual é bastante impactante. Segundo os dados do *Mapa da Violência* (2012), com uma taxa média nos estados de 4,4 homicídios para 100 mil mulheres, o Brasil ocupa a sétima posição no *ranking* de 84 países. Nas capitais dos estados, os níveis são ainda mais elevados, correspondendo a 5,1 homicídios. Destacam-se, aqui, pelas elevadas taxas de homicídios, as

seguintes capitais: Vitória, João Pessoa, Maceió e Curitiba, com níveis acima de 10 homicídios em 100 mil mulheres (WAISELFISZ, 2012). O *Mapa da Violência* de 2013 demonstrou que no período de 2001 a 2011, o índice de homicídios femininos aumentou 17,2%, com a morte de mais de 48 mil brasileiras nesse ínterim, destacando que só no ano de 2011 mais de 4,5 mil mulheres foram assassinadas no país (WAISELFISZ, 2013).

Observou-se que 71,8% das agressões perpetradas contra as mulheres ocorreram na residência ou habitação das vítimas, evidenciando que é no âmbito doméstico que ocorre a maior parte das situações de violência vivenciadas pelas mulheres. Quanto à faixa etária, os dados demonstraram que as maiores taxas de vitimização concentram-se na faixa dos 15 aos 29 anos de idade, com preponderância para o intervalo de 20 a 29 anos, que foi o que mais cresceu no período de 2006 a 2010 (WAISELFISZ, 2012).

Com relação aos registros de atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2011, referentes aos tipos de violência, os dados revelaram que a violência física é predominante, englobando 44,2% dos casos, a psicológica ou moral situa-se acima de 20% e a sexual é responsável por 12,2% dos atendimentos. A violência física assume destaque a partir dos 15 anos de idade da mulher, enquanto a violência sexual é a mais significativa na faixa entre 1 e 14

anos. Dentre os atendimentos por violência, constatou-se ainda que a cada três pessoas atendidas duas são mulheres em situação de violência doméstica ou sexual e em 51,6% dos atendimentos foi notificada a reincidência no exercício da violência contra a mulher (WAISELFISZ, 2012).

No tocante à violência sexual, os dados divulgados pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) revelaram que, no Brasil, em 2011, registraram-se 12.087 mil casos de estupro (BRASIL, 2011). As informações divulgadas no Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP (2013) evidenciaram que, em 2012, foram registrados 50.617 mil casos de estupro no Brasil. Corroborando essas informações, Cerqueira e Coelho (2014) ressaltam que, segundo os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicados em 2014, no território brasileiro, no ano de 2013, 0,26% das habitantes sofreram violência sexual, correspondendo a aproximadamente 527 mil casos de violência sexual, dos quais apenas 10% foram denunciados, demonstrando que os índices de violência podem ser ainda maiores, já que só são levados em consideração os casos de violência doméstica.

É importante evidenciar que, no contexto de violência, quando levada em consideração a raça-cor, as maiores vítimas são as negras. Os indicadores sociais apontam que a população negra encontra-se em desvantagem em todo o país,

uma vez, que os estudos concernentes a grupos racial/étnicos evidenciam que a grande maioria dos atendimentos por causas violentas dá-se na população negra, o que tem correlação com as desigualdades sociais e com os aspectos relacionados à violência de gênero e racismo (BRASIL, 2009).

O *Mapa da violência 2012* revelou que, no período de 2002 a 2010, o número de mortes causadas por assassinatos apresentou uma tendência de queda de 41% para 28,5% na população branca, em contraste com o aumento significativo de 58,6% para 71,1% na população negra. “Os dados apontam que essa vitimização está crescendo de forma rápida e altamente preocupante pelas suas implicações sociais e políticas” (WAISELFISZ, 2012, p. 39).

Estudos realizados por Garcia et al (2013) revelaram que, ao comparar a expectativa de vida das mulheres negras com a das brancas, verificou-se que 58% dos óbitos de jovens negras por causas externas referem-se a assassinatos. Estima-se que no período de 2009 a 2011, no Brasil, a cada ano, ocorreu cerca de 660 mortes de mulheres por causas violentas. Do total desses óbitos, 61% foram de mulheres negras, e as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste foram as que apresentaram as maiores taxas de feminicídio, situando-se nas proporções de 87%, 83% e 68%, respectivamente.

No tocante à violência sexual, as mulheres negras são as mais vulneráveis. Segundo as informações divulgadas

pelo Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado (PSTU) (2013, p. 1) em 2012, a cada hora, duas mulheres foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com sinais de violência sexual. A cada 12 segundos, no Brasil, uma mulher é estuprada e as principais vítimas são as mulheres pobres e negras que moram na periferia. 61% das vítimas de feminicídio são mulheres negras. De acordo com Santos (2013), o número de estupros praticados no território brasileiro excede o de homicídios hediondos. Neste sentido, endossamos a posição de Madeira (2004, p. 1), ao apregoar que:

O aspecto étnico é uma variável fundamental para definir a posição social, econômica e política que ocupam essas mulheres. As negras sofrem duplamente, tanto pela condição de gênero como de etnia, e a tradição escravista continua legitimando formas de violência, práticas impunemente toleradas de utilização dessas mulheres; atos que demonstram que tais mulheres são tidas como “coisas”.

O autor antes citado acrescenta que essas mulheres sofrem diferentes formas de violência, que vai do turismo à marginalização, passando pela prostituição e abuso sexual. Estas formas de violência se sustentam em estereótipos acerca da sexualidade em meio aos negros, veiculando ideias de disponibilidade sexual, sexualidade exacerbada,

sensualidade e pobreza. Este imaginário sobre a violência contra a mulher negra, no Brasil, tem sido romantizado, camuflando os aspectos graves dos atos violentos.

A mulher negra tem sido, historicamente, a maior vítima da desigualdade étnica combinada à discriminação de gênero em todo território nacional. A ela tem sido negada cotidianamente sua condição de cidadã, através do racismo e do sexismo. A partir do racismo e da consequente hierarquia construída, ser negra passa a caracterizar posição inferior, enquanto o sexismo atua na desqualificação do feminino, do gênero, dificultando sua inserção nos espaços institucionais, assim como sua representação política e suas possibilidades de ascensão social (SANTOS, 2009).

No tocante a saúde, pesquisas desenvolvidas sobre etnia e gênero têm elucidado a continuidade da desigualdade, tendo em vista que, em 2004, o percentual de mulheres negras que não tiveram acesso ao exame ginecológico é 10% superior ao número de mulheres brancas; as que não tiveram acesso ao exame clínico de mama são 27% acima das mulheres brancas. No período de 2000 a 2004, a infecção HIV/AIDS elevou-se de 36% para 42,4% entre as mulheres negras, enquanto na população feminina branca, a incidência diminui (SANTOS, 2009).

Além da violação do direito ao trabalho, a ascensão social, a educação e saúde, as mulheres negras são mais vul-

neráveis à violência que as mulheres brancas. Isso se mantém desde a época da escravidão, no qual a mulher negra era vista como objeto sexual, povoando as fantasias dos homens. Enquanto a mulher branca era guardada e vigiada, a mulher negra era submetida ao abuso sexual, ao estupro e às humilhações.

Sabe-se que um grupo social não se estabelece por relações de raça ou cor, mas as diferenças raciais e étnicas associam-se a desigualdades sociais, determinando e condicionando o modo de viver e de morrer dos grupos populacionais. A etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico é que se constitui em característica de vulnerabilidade (BRASIL, 2009).

De acordo com Tavares e Schmaltz ([200-9]), as análises dos dados de prontuários dos atendimentos realizados pela ONG SOS Mulher/Família, de Uberlândia, Minas Gerais, durante o período de 2000 a 2007, com mulheres que sofreram violência doméstica, familiar e intrafamiliar, indicaram que as mulheres estão mais sujeitas às relações de violência por parte de homens conhecidos. Neste estudo, em 89% dos casos, os autores da violência eram homens, próximos das mulheres, especialmente maridos, companheiros, namorados ou ex-parceiros, com os quais estas mulheres mantinham relações estáveis, especialmente entre aquelas que possuíam mais de cinco anos convivência entre os parceiros.

O relatório do sistema nacional de combate à exploração sexual infanto-juvenil (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, 2003) menciona que no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2003, foram realizadas 1.547 denúncias sobre abuso sexual. Do total das denúncias efetivadas, 54,0% eram referentes a casos de abusos intrafamiliares, nos quais 42,0% dos casos o pai era o principal suspeito. Com relação ao perfil das vítimas, a maioria das denúncias envolveu o sexo feminino (76,0%), na faixa etária entre 12 e 18 anos (47,0%). Uma análise realizada em processos jurídicos por violência sexual, do Ministério Público do Rio Grande do Sul, no período de 1992 a 1998, verificou-se que a denúncia do abuso sexual foi realizada em 37,6% dos casos pela mãe da vítima, em 29,0% dos casos pela própria vítima, em 15,1% por outros parentes e, em 6,5% dos casos por instituições. No entanto, em 61,7% dos casos analisados foi informado que dentre os familiares alguém já tinha conhecimento da situação abusiva e não denunciou. Em 55,2% desses casos, a mãe era a pessoa que tinha conhecimento da violência sexual (SANTOS; DELL'AGLIO, 2008).

De acordo com Ballone e Ortolani (2003), as transgressões sexuais acabam acarretando, nas vítimas, sentimentos de culpa, vergonha e medo, contribuindo para que a ocorrência desses crimes sexuais seja ocultada, de modo que

inúmeras mães negam a ocorrência da violência sexual por parte de seus maridos sobre suas filhas. Elas temem as consequências sociais, policiais e intrafamiliares. Nesta condição, a mãe costuma ser outra vítima e cúmplice simultaneamente.

(...) Muitas vezes, elas até mantêm certa cumplicidade com as atitudes agressivas do parceiro. Algumas destas mulheres vêm de famílias nas quais a violência e os castigos físicos faziam parte do cotidiano e é como se fossem obrigadas a repetir estas situações em suas relações atuais. No momento de escolher um parceiro, podem, mesmo não sendo consciente, escolher homens mais agressivos, inocentemente admirados por elas nos tempos de namoro. O namorado brigão era visto como protetor e o ciúme exagerado que ele expressava era considerado uma “prova” de amor (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008, p.3).

Ainda sobre a violência, estudos realizados por Schreiber e colaboradores (2003), com 322 mulheres vítimas de violência, usuárias de um serviço da rede pública do município de São Paulo, demonstraram que do total das mulheres entrevistadas, quando indagadas sobre humilhações, maus tratos e agressões, 55,6% (179 mulheres) responderam que já haviam vivido este tipo de situação. As informações reco-

lhidas revelam que 69,6% das entrevistadas passaram por algum tipo de humilhação, desrespeito ou alguma agressão física ou sexual na vida adulta.

A relevância deste estudo está em contribuir para a percepção de que grande parte das mulheres não reconhece algumas atitudes ou formas de dominação como atos violentos. Assim, quando indagadas sobre ter sofrido violência na vida, adulta ou não, do total das entrevistadas, apenas 36,6% destas consideraram ter sofrido violência, enquanto que 63,4% das mulheres entrevistadas, apesar de ter vivenciado algum desses episódios, não os caracterizavam como ações violentas.

Segundo levantamento feito por Narvaz e Koller (2006, p. 9), os estudos sobre violência revelam que 60% das mulheres violentadas pelos companheiros, mesmo após tentativas de separação, acabam retornando a conviver com eles. E que muitas delas permanecem nas relações abusivas a fim de manter a família unida, assim como por dependência financeira e por falta de apoio da família e da comunidade. Outros fatores foram também evidenciados, tais como: medo, insegurança; sentimentos provocados pelas ameaças e pela violência psicológica perpetrada pelo companheiro. Por isso, a autora afirma que “[...] a vergonha da violência sofrida também tem sido identificada como um dos fatores que dificulta a busca de suporte no sistema de

apoio familiar e comunitário, o que impede o rompimento com a situação abusiva”.

Estudos realizados por Rodrigues, Brino e Williams (2006) reforçam que a denúncia desse tipo específico de violência acaba por expor a família envolvida, ocasionando consequências na estrutura familiar, provocando inquietações emocionais e sentimentos de humilhação e medo entre as pessoas envolvidas. Pois, ao denunciar o agressor, a vítima torna pública sua intimidade, também violando sua privacidade e dignidade; desta forma, cabe deixar claro que ao não realizar a denúncia da violência intrafamiliar, os episódios de abuso continuam a ocorrer, podendo tornar-se mais frequentes.

O cuidado às mulheres vítimas de violência sexual

No Brasil, com a promulgação da Lei nº 10.778 de 24/11/2003, que determina a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendida nos serviços de saúde públicos ou privados, o setor saúde traz para si a responsabilidade de também participar na identificação dos casos de violência contra mulheres e de melhor organizar os serviços, promovendo, assim, atenção integral a essa população.

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República no ano de 2005 criou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que apresentou como um de seus objetivos a implantação de uma política nacional de enfrentamento da violência, a fim de garantir um atendimento integral, humanizado e de qualidade às vítimas (BRASIL, 2005).

É importante ainda destacar que, com a promulgação da Lei Maria da Penha, nº 11.340, em 7 de agosto de 2006, foram criados mecanismos legais para coibir a violência contra a mulher no Brasil (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, o governo brasileiro, em 2007, apresentou o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, composto por um conjunto de ações a serem executadas durante o período de 2008 a 2011. Essas ações serão implementadas por vários ministérios e secretarias especiais, nas diferentes esferas da vida social, tais como: na educação, no mundo do trabalho, na saúde, na segurança pública, dentre outras, e serão direcionadas, principalmente às mulheres da zona rural, negras e indígenas em situação de violência, em virtude de sua maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2007).

A Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de

25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores (BRASIL, 2010). Com esta Lei, os atuais crimes contra a dignidade sexual correspondem aos crimes de estupro (que abrange também o antigo atentado violento ao pudor), violação sexual mediante fraude, assédio sexual, estupro de vulnerável, corrupção de menores, satisfação da lascívia mediante presença de criança ou adolescente e favorecimento da prostituição, previstos nos art. 213 a 218-B do CP. Considera-se, portanto, que os atos libidinosos realizados contra vontade de outrem ou contra crianças e adolescentes terão maior rigidez penal.

No setor de saúde, as políticas de atenção às mulheres em situação de violência sexual estão voltadas para redução dos agravos decorrentes deste tipo de agressão, e tem como objetivo garantir a qualidade e humanização do cuidado. A oferta desses serviços propicia às mulheres o acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada, evitando danos futuros à sua saúde.

O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher, adotou a Norma Técnica em 1999, como um instrumento fundamental para que o tema da violência sexual fosse definiti-

vamente incorporado ao setor de saúde. A referida Norma Técnica vem atuando no sentido de capacitar e equipar os serviços de saúde no diagnóstico dos casos de violência; na promoção da assistência adequada; ampliação e desenvolvimento de serviços especializados ou de referência, voltados para a valorização do acolhimento, das estratégias de adesão e consolidação da eficácia das abordagens (BRASIL, 2007).

Dada às múltiplas consequências da violência sexual, o atendimento à vítima requer a participação de equipe interdisciplinar, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Para casos de maior complexidade, os serviços de referência podem acrescer à equipe outros especialistas, tais como: pediatras, infectologistas, cirurgiões, traumatologistas, psiquiatras, dentre outros, de modo a propiciar à mulher violentada assistência pautada numa visão biopsicosocial. Para tanto, todos os profissionais envolvidos na assistência devem estar sensibilizados para as questões da violência contra a mulher e capacitados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas. Tem-se em vista que as vítimas da violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos; elas esperam obter do serviço de saúde atendimento digno, respeitoso e acolhedor. Compete à equipe o reconhecimento de seu papel, com um exercício ético e responsável de me-

didadas protetoras de saúde e dos direitos humanos (BRASIL, 2005; FAÚNDES et al, 2006).

Os serviços de saúde referenciados para prestar assistência às vítimas de violência sexual devem estar estruturados com materiais e equipamentos necessários, que propiciem o atendimento com qualidade e rapidez, como também, a realização de exames laboratoriais para verificação de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez, contemplando o período de 72 horas preconizadas pela Norma Técnica. Dependendo do tipo de violência perpetrada, é coletado material para se tentar identificar o agressor, e realizada a notificação compulsória com a coleta de informações sobre a ocorrência. Nos casos em que a mulher não tenha constituído a denúncia, ela recebe orientações sobre a sua importância frente à agressão sofrida (MATTAR et al, 2007).

É difícil estimar a magnitude da violência sexual, além dos aspectos complexos relativos ao silêncio das vítimas. Até profissionais de saúde nos serviços de referência não escapam à armadilha do imaginário social, segundo a qual a mulher violentada sexualmente é responsável pela agressão sofrida (VILLELA; LAGO, 2007). Se este imaginário atinge àqueles que deveriam estar preparados para prestar assistência qualificada, o que dizer da sensibilidade dos profissionais de saúde de um modo geral? Se as mulheres não reconhecem o caráter violento de certas atitudes, o que

dizer dos profissionais? A saúde tem reconhecido muito a interface com valores morais, éticos e religiosos, envolvendo o corpo das mulheres e a prática do aborto.

Notável parte dos casos de violência sexual não é identificada, tornando-se um fenômeno invisível nos serviços de saúde. Uma das razões para isso consiste na falta de capacitação dos profissionais para detectar os efeitos da agressão nas queixas expostas pelas mulheres na ocasião do atendimento de emergência, tendo em vista, que muitas vezes os profissionais se voltam para os sintomas físicos em detrimento dos aspectos psicossociais.

Essa “invisibilidade” é fortalecida pela complexidade da violência, colocando-a no âmbito da saúde como um agravo de difícil intervenção. Dessa forma, muitas mulheres não relatam seus dramas e muitos profissionais não questionam, até mesmo pelo limitado tempo de atendimento disponível às vítimas, como, também, pela concepção de que a violência sexual é um problema privado que deve ser resolvido neste âmbito (MOREIRA; GALVÃO; MELO; AZEVEDO, 2008).

A violência é problema complexo que arrasta sérias consequências, pois afeta a multidimensionalidade da pessoa. E a preocupação dos profissionais da saúde é tratar a vítima, utilizando um protocolo de atendimento que não responde pelas questões que envolvem a subjetividade do

outro, os problemas sociais. A chamada “pressa” no atendimento pode produzir resultado oposto ao esperado, isto é, outra violência, já que pode desprestigiar a trajetória dessa vítima, e acabará por frustrá-la (CORREA; LABRONICI; TRIGUEIRO, 2009).

Ainda que a assistência às mulheres vítimas de violência sexual seja realizada de forma normatizada, com procedimentos e condutas afirmados por um protocolo, identificamos que as necessidades postas por essas mulheres não são correspondidas. Dentre os limites institucionais encontrados nos serviços de assistência, pode-se citar: espaço físico limitado, baixo número de recursos humanos, e, ainda, o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as situações de violência sexual, como já dito. (FREITAS; LIMA; DYTZ, 2006; OLIVEIRA, 2007).

A intervenção em situações de violência sexual requer a atuação de profissionais sensibilizados e preparados para prestar assistência adequada. Nesse sentido, faz-se necessário promover formação profissional especializada e capacitada para atender às demandas. A capacitação deve inserir, além dos conhecimentos técnicos, reflexões sobre a problemática da violência sexual, crenças pessoais e o contato com as vítimas (MONTEIRO et al, 2008).

Considerações Finais

Apesar da luta por princípios legais e reconhecimento social em defesa da mulher na família e no entorno social, os casos de violência sexual não deixam de acontecer, nem passam a ser vistos de maneira uniforme pela sociedade como crime que deixa sequelas, muitas vezes irreparáveis.

A complexidade que envolve o fenômeno da violência precisa ser reconhecida e a capacitação das equipes de saúde deve passar pela construção do sujeito feminino como agente de direito e cidadania. No tocante à saúde, não existe ainda uma sistemática, ampla e regular de capacitação dos profissionais em relação às questões de violência, o que faz com que muitos deles atuem frente às vítimas de forma preconceituosa ou até mesmo discriminadora.

Não obstante, a Norma Técnica possibilitou a garantia de acesso às mulheres que sofreram violência sexual ao atendimento integral e de qualidade; no entanto, ela ainda representa um grande desafio, tendo em vista, que a expansão da rede de atenção se encontra na dependência da vontade política do gestor local, que muitas vezes se sente intimidado em adotar uma política que ainda não goza de plena aceitação por parte de vários segmentos da socieda-

de, em especial no que refere ao aborto, o que tem contribuído para limitar a expansão dos serviços.

Atualmente, a discussão acerca do atendimento a vítimas de violência sexual representa, para o setor saúde, um grande paradoxo. Trata-se do dilema ético de prestar cuidados às mulheres, a partir da ruptura com valores e percepções do feminino socialmente definidos. Confrontar-se com este paradoxo, a fim de garantir às mulheres o direito à saúde e à autonomia sobre seus corpos, demanda esforço contínuo e integrado dos diferentes setores da sociedade.

Como fenômeno complexo, a violência doméstica e sexual ganhou visibilidade, no Brasil, a partir da Lei Maria da Penha, porém permanece, no imaginário coletivo, a ideia de ser a vítima “responsável” pelos atos, cujas condições de vida, gênero e etnia denunciam a persistência de um modelo masculino dominante na vida cotidiana. Estes aspectos atingem profissionais de saúde, e a assistência às mulheres não foge aos princípios socialmente construídos. Um aspecto relevante consiste na normatização da assistência por serviços de referência, isso, no entanto, não altera os aspectos socioculturais que atingem profissionais e qualifica o cuidado prestado.

A abordagem do fenômeno da violência sexual visa contribuir para compreensão do assunto de forma mais abrangente e ampliar as discussões acerca da temática, ajudando

a todos aqueles que trabalham com mulheres em situação de violência sexual a atuar de forma mais cautelosa, acolhedora e conscienciosa. Em especial, devem reconhecer a mulher como cidadã e que o cuidado não é “neutro”, traz a experiência social do profissional e da equipe que o realiza.

Referências bibliográficas

BALLONE G.J, ORTOLANI I.V, **Violência doméstica**. 2003
<http://psiqwebmed.br/infantil/violzone.html> Acesso em 18/10/2006

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA/SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF; 2005.

BRASIL. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Lei 11.340, “Maria da Penha”**, de 7 de agosto de 2006, publicada em D.O.U. de 08 de agosto de 2006.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA/SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília, DF; 2007.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm. Acesso em 2010.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011. (Col. Enfrentando a Violência contra as Mulheres).

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2014.

CORREA, M. E. C; LABRONICI, L. M; TRIGUEIRO, T. H. Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 17, nº 3 Ribeirão Preto, maio/jun. 2009.

FAÚNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 2, Rio de Janeiro, fev, 2006.

FERRANTE, F. G. de; SANTOS, M.A.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Dez 2009, vol.13, no.31, p.287-299.

FREITAS, F. C; LIMA, M da G; DYTZ, J. L.G. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no programa Violeta, Distrito federal. **Com. Ciências Saúde**. 2007; 18(3): 185-196.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2013.

FREITAS, F. C; LIMA, M da G; DYTZ, J. L.G. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no programa Violeta, Distrito federal. **Com. Ciências Saúde**. 2007; 18(3): 185-196.

GARCIA, L. R. S. de F. et al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. IPEA. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/23/Documentos/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

LIMA, D. C; BÜCHELE, F; CLÍMACO, D. de A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 2, São Paulo, Apr./June, 2008.

LUCÂNIA, E. R. et al. Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso. **Psicol. Estud.** vol.14, n.4, Maringá, out./dez. 2009.

MADEIRA, Z. **Mulher negra no Ceará**. Destaques do Governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MATTAR, R. et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2, Rio de Janeiro, fev. 2007.

MEDINA, A. B. C; PENNA, L. H. G. A Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008, jul-set; 17(3):466-73.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um problema para saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF, 2005. p. 9-41.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MONTEIRO, C. F. de S. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre o serviço de atenção às mulheres vítimas de violência sexual. **Rev. Bras. Enferm.** V.61 n.4, Brasília, jul/ago, 2008.

MOREIRA, S. da N. T. et al. Violência Sexual contra a mulher na perspectiva de profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública.** vol. 42, no.6, São Paulo Epub Oct 03, 2008.

NARVAZ, M. G; KOLLER, S. H. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. **Psico.** v. 37, n. 1, pp. 7-13, jan./abr.2006.

OLIVEIRA, E. M. de. Fórum: Violência sexual e saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, Rio de Janeiro, fev. 2007.

OLIVEIRA, M. M. et al. Marcas psicológicas da violência doméstica: análise de histórias de vida de mulheres de comunidades populares urbanas. *Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 123-139. jan./jun, 2009.

PARTIDO SOCIALISTA DOS TRABALHADORES UNIFICADO (PSTU). **Violência:** a triste realidade das mulheres brasileiras. A violência machista, no capitalismo, tem classe, cor e território, 2013. Disponível em: <www.pstu.org.br>. Acesso em: 02 dez. 2013.

RIFIOTIS, T. **Nos campos da violência:** diferença e positividade. Laboratório de Estudos das Violências (LEVIS), UFSC, 2006.

RIBEIRO, M. A; FERRIANI, M. das G. C; REIS, J. N. dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas a vitimização nas relações familiares. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 456-464, mar-abr, 2004.

RIBEIRO, M. O; DIAS, A. de F. Prostituição infanto-juvenil: revisão sistemática da literatura. **Rev. Esc. Enferm.** USP. vol. 43, n. 2, São Paulo, jun. 2009.

RODRIGUES, J. L; BRINO, R. DE F; WILLIAMS, L. C. A. Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v.16, n. 34, Ribeirão Preto, maio/ago. 2006.

SANTOS, W. C. da S. Direitos Humanos: a mulher negra brasileira. **Revista África e Africanidades**, ano 2, n.5, maio, 2009.

SANTOS, S. S. DOS; DELL'AGLIO, D. D. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. **Estud. Psicol.** (Campinas), v. 25, n. 4, Campinas, out./dez. 2008.

SARTI, C. A; BARBOSA, R. M; SUAREZ, M. M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 2, Rio de Janeiro, 2006.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA JUNIOR, I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev. Saúde Pública**. v. 42, supl.1, São Paulo, jun. 2008.

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface** (Botucatu). vol.7, no.12, Botucatu, fev. 2003.

TAVARES, H. O. da R; FERREIRA, E. S. **Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica** (PIBIC/CNPq/UFU). Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Artes, Filosofia e Ciências Sociais – Departamento de Ciências Sociais. Uberlândia, ([200-9]).

UMA em cada 14 mulheres no mundo já foi vítima de abuso sexual. **Agência Brasil Beta**, 12 fev. 2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2014-02/uma-em-cada-14-mulheres-no-mundo-ja-foi-vitima-de-abuso-sexual>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

VIEIRA, Gabriela. OMS calcula que 35% das mulheres já sofreram violência. **Estadão**, 21 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,oms-calcula-que-35-das-mulheres-ja-sofreram-violencia,1045282>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

VILLELA, W. V; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. de Saúde Pública**, vol. 23, n. 2, Rio de Janeiro, FEB. 2007.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012**. Caderno Complementar 1. Homicídio de Mulheres no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2012.

_____. **Homicídios e juventude no Brasil: mapa da violência 2013**. Brasília: Secretaria Geral da Presidência/BRASIL, 2013.

Cidadania de mulheres HIV-POSITIVAS na sociedade brasileira

Anúbes Pereira de Castro

Aissa Romina da Silva

Fábio Pereira Figueiredo

Eduardo Sérgio Soares Sousa

A Aids é uma doença multifacetada, determinada pela pauperização, heterossexualização, interiorização e feminização. Tal face foi se conformando ao longo da história de epidemia dessa infecção. A trajetória da epidemia nos faz perceber o quanto ela pode atingir pessoas sem distinção de classe social, procedência ou região de domicílio, preferência sexual ou sexo.

No Brasil, a Aids foi conhecida inicialmente por intermédio da mídia, para depois se tornar um fato clínico exigindo intervenção médica. Como em todos os países atingidos por essa nova doença, na sociedade brasileira também se acreditava que a pandemia fazia parte, exclusivamente, dos grupos de homossexuais masculinos, tanto

que foi identificada como uma “epidemia de bichas ricas” (DANIEL; PARKER, 1991).

A propagação da infecção pelo HIV no País revela que essa epidemia de múltiplas dimensões vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico. De epidemia inicialmente restrita a alguns círculos cosmopolitas das metrópoles nacionais e marcadamente masculina, que atingia prioritariamente homens com prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, depara-se, hoje, comum quadro marcado pelos processos da *heterossexualização*, da *feminização*, da *interiorização* e da *pauperização*. O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, o que vem sendo apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia (BRITO et al, 2000).

Esse novo perfil traz embutido conseqüências dramáticas para os portadores do HIV¹ e Aids, visto que a sociedade brasileira é determinada por desigualdades sociais e econômicas que agravam ainda mais essas diferenças. Cabe acrescentar ainda que se trata de uma doença marcante em

1. Neste texto usaremos a expressão “pessoas vivendo” em referências às pessoas com exames positivos para o HIV, ou ainda “mulheres positivas”, fazendo coro aos demais estudiosos e aos movimentos sociais relacionados ao HIV/aids.

nossa sociedade, considerando que aguça preconceitos e a exclusão social.

Imperativo destacar que ao Estado não cabe apenas se abster de discriminar os portadores de HIV ou Aids, compete-lhe muito mais, para que reduza as desigualdades sociais, amparado no princípio maior da igualdade de direitos. A partir daí, seria possível tornar as desigualdades concretas da sociedade em situações e comportamentos não diferenciados, o que impediria que se mantivesse a postura de neutralidade, e assumindo maior compromisso com a dignidade humana.

Para tanto e independente de classe social e econômica, as pessoas têm, inicialmente, a seu favor, o princípio da igualdade, que é garantido pela Constituição Federal e, portanto, estabelecido por lei desde 1988, mediante os artigos 1º., Inciso III, que aponta a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. Já o artigo 3º., Inciso IV, estabelece, como um dos objetivos fundamentais da República, “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Ademais disso, o artigo 5º. prevê que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito

à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes” (BRASIL 1988).

O pressuposto básico da cidadania é o princípio da igualdade, expresso no direito civil, mas é difícil ao portador do HIV/Aids conseguir exercer sua cidadania plenamente. A questão não está na legislação criada a partir das demandas postas pelos soropositivos ou na legislação referente aos Direitos Humanos, mas, sim, no acesso a estes direitos, como, por exemplo, os direitos à saúde, à assistência, ao trabalho e à educação (SOUSA, et. al. 2000).

Assim, em associação, temos o direito e os deveres determinados pelo Estado e os direitos e deveres ao qual as pessoas têm acesso, em especial para as mulheres HIV positivas ou com Aids. Além da problemática relacionada à contaminação, manifestações clínicas e possíveis doenças associadas, essa população enfrenta questões culturais marcantes, que independem da região em que vivem. O espaço social que elas vivem pode estar impregnado – e na maioria das vezes está – de preconceitos e julgamentos de valor que as excluem, estigmatizando-as, e que causam dor de intensidade maior do que a da própria doença.

A Aids é uma doença que não afeta apenas o sistema imunológico e, por consequência, as condições físicas do ser humano, mas que pode ocasionar comprometimento psíquico intenso em virtude da relação com o meio social.

E essa relação é marcada por comportamentos e conceitos construídos historicamente, que desvalorizam as diferenças, impedindo-as de perceber, de maneira solidária e humana, o outro.

Obviamente, ao nos reportarmos ao que ao Brasil, do ponto de vista da legalidade, nosso país dispõe de políticas públicas para assistir às pessoas HIV positivas, determinando que deverá este grupo ter assistência integralizada. Entretanto, essas ações não são praticadas tal como é preconizado e desejado, visto que sofrem interferência das práticas sociais, culturais e econômicas determinadas pelo regime capitalista que vivenciamos.

A prevenção da infecção do HIV no grupo das mulheres tem sido entendida e considerada como uma das prioridades nas campanhas do governo federal. O apoio depositado pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, a partir do ano 2000, pelas coordenações municipais e estaduais de doenças sexualmente transmissíveis e Aids, para realização de projetos de organizações da sociedade civil voltados para o sexo feminino, depende do número e da qualidade dos projetos propostos para esta população. Em 1999, dos 250 projetos aprovados pelo Ministério, 31 eram dirigidos às mulheres. Durante a vigência do primeiro acordo de empréstimo do Banco Mundial para o financiamento de ações de enfrentamento da epidemia no Brasil (Projeto Aids I),

do total de 437 projetos financiados, 39 estavam voltados para a população feminina, havendo maior ênfase nos trabalhos dirigidos à prevenção primária – disseminação de informações sobre a epidemia e treinamento de habilidades para o uso do *condom* – do que naqueles voltados para as mulheres portadoras do HIV (BRASIL, 1998).

Essa afirmativa se baseia nas ações de saúde pública que, embora percebam o quanto é necessário assistir as pessoas vivendo em sua totalidade, não conseguem dispor dessas medidas por precisar de ações integradas de outras instâncias, que possam promover o que é determinado pelas chamadas Necessidades Humanas Básicas (NHBs) – a exemplo de moradia, educação, lazer, entre outras.

Então, até que ponto podemos dizer que as pessoas vivendo exercem sua cidadania? Ou que a estes é conferido o papel de cidadão que vive sem passar por acentuados conflitos sociais, culturais ou econômicos? Essas questões nos remetem, ainda, a um outro fator marcante, que é determinado pelas questões de gênero, tendo em vista que, embora as mulheres tenham seu percurso social, cultural e histórico marcado por mudanças notadamente valorizada e crescente do ponto de vista de participação no contexto social, partilham um cenário de contradições relacionados ao exercício de sua sexualidade. E esse fator marcante é significativo em

nossa discussão, por ocorrer incidência elevada de mulheres positivas, contaminadas por contato sexual.

A Organização Mundial da Saúde estima que, durante a primeira década da pandemia, existiam aproximadamente 500.000 casos de Aids em mulheres. Durante os anos 1990, essas estatísticas tornaram-se ainda mais dramáticas, já que a OMS calcula que a Aids será a causa de morte de aproximadamente 4,0 milhões de mulheres no mundo (SANCHES, 1999).

Ao ser humano cabe o direito de exercer sua sexualidade sem interferência de terceiros com respeito às normas impostas pela vida em sociedade; mas que normas são essas? Será que há imposição de condutas vistas como padronizadas? E para as mulheres, esses padrões sociais são ainda mais acentuados em virtude das diferenças culturais construídas ao longo da História da Humanidade?

No contexto social ocidental, sabemos que as mulheres passaram, no curso da existência, por processos de padronização de comportamento, que as inseriram em um contexto domiciliar, que é dominado pela figura masculina. Ela aprendeu, ao longo dos anos, a ser mãe, ter filhos, cuidar do lar e a assumir posição inferior ao do marido. Em condições como essa, não há possibilidade de vivência social em que ela pudesse ter participação ativa, e, portanto, certa independência.

Corroborar essa visão, as citações constitucionais, que são determinadas por aparente contradição entre seus preceitos e o que é de fato exercitado no cotidiano da vida social, determinando tratamento diferenciado às mulheres positivas ou com Aids. Ainda de acordo com a Constituição Federal, encontramos: “Art. 5º: Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos seguintes termos: I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição” (BRASIL 1988).

Ao longo da história, as mulheres conseguem transformar-se enquanto pessoas e transformar o que é defendido culturalmente, passando de pessoas consideradas socialmente “inativas” a pessoas com atividade social delimitada por dois contextos: domiciliar e profissional. Entretanto, será que essa transformação fora suficiente? Ou muito há por fazer? As mulheres com as quais hoje convivemos têm, como aspecto marcante em suas trajetórias de vida, a sexualidade. Embora se verifiquem mudanças significativas nos perfis de vivência social, as mulheres ainda enfrentam convicções do passado, que deitaram raízes profundas na cultura. Entre os quais, destaquem-se: não se atribuía à mulher direito ao prazer, o direito de escolha, as experiên-

cias sexuais, entre outros. “Empoderar” mulheres é essencial para reduzir sua vulnerabilidade (ONU, 2001).

Hoje, encontramos uma trajetória extremamente diferenciada, fruto da afirmação de que muito do que envolve a sexualidade feminina mudou, visto que são constantes as discussões sobre sexualidade e atividade sexual, no que tange aos hábitos, costumes e preferências das mulheres. Mas se houve real mudança, essa é vista como negativa ou positiva no que se refere ao processo saúde doença?

Ao iniciarmos essa discussão levamos em consideração que a Aids, na atualidade, é marcada pela heterossexualidade. Essa tendência nos remete ao fato de que os avanços sociais das mulheres, e particularmente o direito ao exercício da sexualidade feminina, não estiveram associados aos direitos à saúde e ao acesso aos meios de prevenção. Para o senso comum pode parecer que a liberdade sexual trouxe consigo modos de punição – na forma de processos de adoecimento –, quando está em jogo processos de negociação entre homens e mulheres acerca do exercício da sexualidade feminina. Por outro lado, porém, é perceptível a presença de traços culturais nessa afirmação tão impactante, tendo em vista que se torna socialmente cômodo traçar explicação tão singular para dois aspectos que determinam o perfil da Aids: heterossexualidade e feminização.

Mesmo com o perfil da epidemia da Aids diferenciado regionalmente, em termos de magnitude e modos de transmissão, é marcante a heterossexualização da epidemia no Brasil, sendo então a relação sexual desprotegida o principal modo de transmissão da Aids (Brasil, 2008).

Dada a condição de pobreza e desigualdade social em que vivem as mulheres, particularmente as que habitam países pobres, a Aids tem se configurado como um dos mais graves problemas – tanto de saúde quanto social – que afetam a vida das mulheres (VILLELA, 2001).

Podemos, sim, pensar esses dois aspectos de maneira pluralizada, percebendo a Aids em um contexto social que é determinado pela caracterização do masculino como sujeito de direito, pela ânsia feminina de vivenciar a sexualidade, pela dificuldade feminina de pronunciar-se, pela trajetória de imposição do homem, pelo desconhecimento quanto à prevenção e promoção da saúde dos grupos, pelas desigualdades sociais e econômicas que envolvem discussão tão complexa.

As razões para o maior crescimento relativo da epidemia entre as mulheres são: menor acesso à informação e aos meios de prevenção e diagnóstico; a baixa qualidade da atenção; e problemas de adesão ao tratamento (BRASIL, 2008).

Aids no grupo feminino surge porque existem diversos fatores associados que podem, em conjunto, explicar

esse acelerado crescimento, e as ações de saúde pública na tentativa de resolver tal problemática, tem se voltado para minimizar esses fatores que contribuem para o acelerado crescimento no número de mulheres infectadas pelo HIV. Segundo Barbosa (1999, p. 281),

(...) a vulnerabilidade feminina ao HIV necessariamente remete às formas como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade, a dinâmica de poder que perpassa tais relações e ao imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero—que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação do atual perfil da epidemia.

Quanto aos aspectos que envolvem a cidadania dessas pessoas, será que vêm sendo respeitados? Ou a preocupação em assistir esse grupo passa pelas questões de saúde física e até psicológicas, sem, no entanto, atentar para o que está relacionado ao direito do cidadão, esteja ele doente ou saudável no que tange ao fator biológico.

Assim, ao tentarmos entender como mulheres positivas são socialmente acolhidas e respeitadas em nosso contexto, precisamos esclarecer o que é cidadania e o que determinou essa discussão no cenário brasileiro.

Para tanto, entendemos cidadania como um processo em constante construção, que é determinada por direitos

e deveres, traduzindo conquistas a humanidade e apresentando maiores resultados individuais e coletivos. Portanto, ser cidadão é inconformar-se com injustiças e opressões voltadas para grupos desassistidos, e não concordar com privilégios em detrimento do reconhecimento da cidadania plena de outros.

Ser cidadão é ter consciência de que é sujeito de direitos. Direitos à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade, enfim, direitos civis, políticos e sociais. Mas este é um dos lados da moeda. Cidadania pressupõe também deveres. O cidadão tem de ser cômico das suas responsabilidades, enquanto parte integrante de um grande e complexo organismo que é a coletividade, a nação, o Estado, para cujo bom funcionamento todos têm de dar sua parcela de contribuição. Somente assim se chega ao objetivo final, coletivo: a justiça em seu sentido mais amplo, ou seja, o bem comum (SANTANA, 2010, p. 05).

Para Dallari (1998), a cidadania, expressão originária do latim, indicava a situação política de uma pessoa e seus direitos, exceto entre outros grupos, as mulheres, caracterizando-se por expressar um conjunto de direitos que dá à toda e qualquer pessoa a possibilidade de participar de maneira ativa e efetiva da vida e do governo de seu povo. Quem

não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social no qual está inserido.

Na Grécia antiga, cidadãos eram os proprietários de terras não podendo ser aqueles que trabalhavam, porque o fato de estar envolvido com atividades públicas exigia dedicação integral e, portanto, eram considerados pessoas que não tinham tempo para se dedicar às questões públicas. Assim, a quantidade de pessoas consideradas cidadãos era reduzida, visto que excluía além dos comerciantes e artesãos, os escravos, os estrangeiros e, mais uma vez, as mulheres.

No que tange a esse processo de exclusão, Quintão (apud SOARES, 2001) explica que cidadania é um mecanismo de representação política que permite relacionamento pessoal entre governantes e governados. Então, como podemos nos guiar por um sistema que defendia a cidadania baseada em representação ineficiente e inconsistente do “povo”? Se tivéssemos registro de mulheres positivas naquela época? Como seria considerado e encarado na perspectiva da cidadania?

Esse histórico demonstra como o processo de cidadania se construiu e fora conquistado, sofrendo transformação e necessitando de manutenção. “Na Idade Média, o Estado moderno começa a se organizar, então surge a preocupação de definir quais são os membros deste Estado, e, dessa forma, a ideia atual de nacionalidade e de cidadania só será

realmente fixada a partir da Idade Contemporânea” (BERNARDES, 1995).

O exercício da cidadania plena pressupõe ter direitos civis, políticos e sociais e estes, se já presentes, são fruto de um longo processo histórico que demandou lágrimas, sangue e sonhos daqueles que ficaram pelo caminho, mas não tombados, e sim, conhecidos ou anônimos no tempo, vivos no presente de cada cidadão do mundo, através do seu “ir e vir”, do seu livre arbítrio e de todas as conquistas que, embora incipientes, abrem caminhos para se chegar a uma humanidade mais decente, livre e justa a cada dia (SANTANA, 2010, p. 10).

Diante de tal citação, cabe-nos pensar sobre os direitos políticos, civis e sociais na sociedade brasileira, e, portanto, o que é ter Aids em uma sociedade que não aceita o diferente e que exclui atos e atitudes que não condizem com o que é culturalmente aceito pelo meio social. No Brasil, com a Constituição em 1988, percebeu-se movimentos de luta por um país cidadão que promovesse a assistência a interesses sociais, ao cidadão, sem confundir o termo com direitos humanos, embora fosse conveniente.

Podemos dizer que foram dados passos importantes em busca de cidadania justa, que respeite as diferenças e mini-

mize as desigualdades da sociedade brasileira. Entretanto, muito ainda precisa ser feito, e cabe aos brasileiros, aos injustiçados, aos inconformados, aos que acreditam e torcem por um mundo de igualdades, tornar a vida melhor, mais equilibrada.

Voltando a outros aspectos marcantes da infecção do HIV, nos deparamos com a pauperização e interiorização, que acentuam ainda mais o nível de desigualdade da sociedade brasileira, visto que os pobres são os excluídos, e, portanto, as pessoas têm necessidade de assistência, não compreendem o grupo assistido.

Se pensarmos no processo de interiorização, que marca a trajetória da epidemia da Aids, veremos que em cidades de pequeno e médio porte existem representações sociais que acabam restringindo, e até estigmatizando, o sexo feminino. A interiorização da Aids é marcada pela influência de comportamentos e atitudes dos grandes centros urbanos, promovendo um outro tipo de choque cultural, determinado pelas crenças e valores da comunidade local.

A Aids era uma doença inicialmente urbana, e vista como uma mazela das grandes cidades das regiões Sudeste e Sul do país, e, ao longo de vinte anos, confirmou-se a tendência de interiorização (BRASIL, 1998).

Então, o que dizer dessas mulheres? Com os parâmetros que envolvem a infecção pelo HIV, torna-se difícil exercer

o papel de cidadãs, e desempenhar a liberdade que a cidadania promove, tendo em vista que esta última se encontra ainda em construção, e a infecção pelo HIV está presente, em pessoas que também vêm construindo a história com o desejo de eliminar as diferenças já aludidas, e também com preconceitos que produzem atropelos para a conquista da cidadania plena.

A discussão em torno de cidadania moderna inicia em meados do século XX, em 1967, com T. H. Marshall, primeiro autor a analisar os aspectos que envolvem a cidadania em uma sociedade de classes. Para este autor, os direitos de cidadania não podem ser desvinculados da discussão referente ao capitalismo, posto que, mesmo a cidadania gerando igualdade e o sistema capitalista desigualdade, ambos podem conviver conjuntamente (MARSHALL, 1967).

Para ele, a cidadania moderna se explica a partir do direito civil, direito político e direito social, os quais surgiram em épocas diferentes e são determinados, por serem condições distintas que se complementam, explicado da seguinte maneira:

O primeiro é determinado por se tratar da primeira expressão da cidadania e surge no século XVIII, constituindo-se no direito de ir e vir, direito ao trabalho, direito à propriedade e o direito à justiça,

pois é através da justiça que os homens têm acesso aos demais direitos; a primeira expressão dos direitos políticos, surge com a consolidação do processo de industrialização no século XVIII, a partir do qual os trabalhadores começaram a se organizar. É justamente através desse movimento que, a partir do século XIX, há a organização de sindicatos, com o objetivo de lutar pela jornada de trabalho reduzida e pela negociação salarial diretamente com os empregadores, denunciando os males que o capitalismo causa ao trabalhador (DELGADO, 2004, p. 11).

Caso conseguíssemos o reconhecimento desses direitos, haveria possibilidade da sociedade conviver em um paradoxo: igualdade de direitos e desigualdade do mercado.

A concepção de cidadania teve início no Brasil em meados da década de 1930, com a implantação de um projeto urbano-industrial que foi considerado fundamental para ampliação do sistema capitalista no país. Entretanto, o Estado não possuía estrutura industrial consolidada que permitisse intervenções como as que nos referimos.

O Estado passa a regular a acumulação capitalista e a intervir nas relações capital/trabalho de forma diferenciada de outros Estados capitalistas, e por não possuir bases

industriais consolidadas, passa então a reconhecer o cidadão mediante sua inserção no processo produtivo.

Segundo Santos (1994), a cidadania passa a ser considerada a partir de três elementos: a regulamentação da profissão; a associação compulsória a um sindicato e a carteira profissional de trabalho, sendo os não cidadãos amparados pelas igrejas e ações filantrópicas.

Essa forma de cidadania é concebida por Santos (1994, p. 84) como *cidadania regulada*:

... a cidadania regulada possui as raízes em um sistema de estratificação ocupacional (...) definido por norma legal. São cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz via regulamentação de novas profissões/ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei.

Na década de 1960, surgiram movimentos que tentaram romper com esse conceito, mas que foram desestruturados pelo Golpe Militar de 1964, que adotou um modelo econômico que privilegiou a entrada do grande capital no Brasil, unindo o planejamento estatal ao capitalismo estrangeiro, formando um pacto com a autocracia burguesa. E em meados da década de 1970, houve ascensão dos movimentos dos trabalhadores e do povo, promovendo o fortalecimento da sociedade civil organizada (NETTO, 1992).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 configurou um *pacto social*, apontando para a construção de uma espécie de Estado de Bem-Estar Social, ao consagrar explicitamente os direitos sociais. As forças políticas comprometeram-se à convivência social parametrada pela prioridade de diminuir as desigualdades sociais geradas pelo período militar. Com isto, formava-se um arcabouço para implantar políticas sociais compatíveis com as exigências de justiça social, equidade e universalidade, se rendendo ao neoliberalismo posteriormente (NETTO, 1999).

O regime democrático que vivenciamos, embora defendendo liberdade e igualdade de direitos para todos os cidadãos, é enfático ao preconizar que saúde é direito de todos e dever do Estado. Na prática, entretanto, e a partir do Sistema Único de Saúde, os cidadãos têm dificuldade de acesso principalmente em virtude da oferta ser menor que

a procura. Então, essa problemática gera crise em nosso sistema público de saúde, expondo fortemente, e de maneira acelerada, as enfermidades da “questão social”.

Dessa maneira, é necessário um processo seletivo para escolher quem terá direito aos serviços de saúde e quem não terá. A desigualdade nos serviços transforma cidadãos em excluídos, e essa exclusão se acentua quando a sociedade (a partir de seus valores culturais) já considera grupos passíveis de exclusão, como é o caso das pessoas vivendo.

Como percebemos, a crescente luta pela cidadania, ainda e sempre em construção, se envolve e se confunde em muitos aspectos com as lutas pelos direitos humanos ao longo da História do país.

Como cidadãos, todos nós, buscamos sempre mais direitos, mais liberdade, mais garantias, menos desigualdades, menos injustiças. No caso da infecção pelo HIV ou Aids nas mulheres, respeito individual e coletivo a esse grupo e o direito a que todos os cidadãos devem ter. Entretanto, com o evidente avanço na contaminação pelo HIV de mulheres com parceiros estáveis e com as estatísticas comprovando que a proporção da infecção nesse grupo é maior que em outros grupos etários, firmou-se uma outra realidade, que caminha na contramão do que é comumente defendido em nossa sociedade – a luta pela sobrevivência, ou seja, o direito social.

As lutas organizadas e constantes para minimizar as diferenças e a realidade enfrentada pelos cidadãos – direitos políticos –, forçam a sociedade a se posicionarem buscando reduzir esses desafios, e quanto a grupos que são social e culturalmente diferenciados, essa realidade é ainda mais acirrada.

Para disseminar a problemática da Aids nas mulheres, e contribuir para que sejam melhor assistidas, e reverter esse quadro, traçamos essa discussão na tentativa de compreender e, principalmente, acolhê-las do ponto de vista social e cultural. Muitas mulheres morrem de Aids no Brasil e no mundo, e, dentre esses casos, metade acontece com o sexo feminino. Além dos óbitos, temos hoje milhões de mulheres vivendo com HIV/Aids. Isso acontece porque há décadas, falando e vivendo a infecção pelo HIV, nos deparamos com os avanços da terapêutica medicamentosa, mas não com o ambicionado processo de cidadania.

Se observamos dados relacionados à heterogeneidade na faixa etária, à região de domicílio, e as semelhanças quanto à pauperização e heterossexualização, fatores responsáveis por infectar mulheres, ano a ano, averiguamos a insuficiência de políticas públicas, ausência de investigação diagnóstica para o HIV, dilemas e conflitos acerca da sexualidade, autonomia e conjugalidade. Fatores que se somam para tornar essas mulheres privadas do maior bem social e jurídico-institucional: a cidadania.

Referências bibliográficas

BARBOSA, R. H. S. AIDS e Saúde Reprodutiva: novos desafios. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

BERNARDES, W. L. M. **Da nacionalidade**: Brasileiros natos e naturalizados. 1.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. 22ª Edição, São Paulo, Saraiva, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde/CN-DST/Aids. **Boletim Epidemiológico-Aids**, Brasília/2008.

_____, Ministério da Saúde/CN-DST/Aids. **Aids II**: desafios e propostas, versão preliminar. Brasília, 1998.

BRITO, A. M. de. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 34(2): 207-217, mar-abr, 2000. Disponível em: www.scielo.br.

DALLARI, D. A. **Direitos humanos e cidadania**. 1.ed. São Paulo: Moderna, 1998.

DANIEL, H.; PARKER, R. **AIDS**: A terceira epidemia. São Paulo: Iglu, 1991.

DELGADO, M. G. Princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da proporcionalidade. **Revista Síntese Trabalhista**, Porto Alegre, v. 186, p. 5-20, dez. 2004.

LEITE, Janete Luzia. **AIDS, cidadania e direitos humanos**

– Pontos de Partida e Horizontes de Espera. Tese de Doutorado. ESS/UFRJ, 1999.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU. Disponível em: http://www.unAids.org/whatsnew/others/un_special/Declaration2706_en.htm. Acesso em: 27 jun. 2001.

QUINTÃO, S. M. L. **Teoria do estado**. 1.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SANCHES, K. R, de B. **A Aids e as mulheres jovens**: uma questão de vulnerabilidade. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 143 p.

SANTANA, M. S. de. **O que é cidadania**. Artigos Jurídicos: Disponível em: www.advogado.adv.br, 2010.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro, Campus, 1994.

SOUSA, Z. **Cidadania e HIV/AIDS**. Universidade Federal Fluminense, Disponível IN: www.scielo.br, 2000.

VILLELA, W. **Dossiê Mulher e AIDS**. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Rede Saúde, 2001.

Comunidades, organizações não-governamentais e conhecimento: aspectos da realidade brasileira

Átila Andrade de Carvalho

Os primeiros casos de Aids no Brasil foram notificados por volta do início da década de 1980. Os valores sociais que tal doença mobilizou acerca dos interditos do comportamento dos sujeitos ampliariam as suas significações, construindo um cenário marcado por medos, discriminação e culpabilização das vítimas, que abarcavam um heterogêneo recorte social, envolvendo gênero e sexualidade (SONTAG, 1989 *apud* BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

O HIV/Aids é um tema que remete à construção de estratégias identitárias, no qual as lógicas de intervenção sobre o HIV/Aids praticadas pelas organizações não-governamentais (ONGs), envolvem a dinâmica histórica e cultural a que contextualmente se ligam. Sair da dimensão puramente biológica e observar o indivíduo enquanto ente social é perti-

nente ao entendimento sobre as estratégias identitárias adotadas pelas organizações não-governamentais.

É interessante notar que as práticas de combate ao estigma adotadas pelas organizações não-governamentais ligadas ao HIV/Aids entraram em conflito com as identidades presentes em alguns movimentos sociais, principalmente o denominado, hoje, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais), nas décadas de 1970 e 1980. Galvão (1997) e Parker (2000) citam que os homossexuais, nessas décadas, foram chamados a sair do “armário”, e nesse período ocorreu a eclosão da doença, juntamente com a incidência de casos entre homossexuais. Não demorou muito para que a epidemia fosse relacionada a esse grupo. Assim, surgiram denominações como “câncer gay”. O controle da informação tornou-se uma estratégia de atuação das ONGs, instaurando como objetivo a quebra dos estigmas criados e o resgate de uma imagem positiva do sujeito portador.

Outro elemento de interesse é a questão do sigilo, relacionada à tentativa de “banalização” da Aids, no sentido dado por Sontag (2007), que consiste em desviar-se das “metáforas” e tratar a doença apenas na sua realidade biológica. Esse tipo de lógica encontra sua base maior no tipo de ação social sedimentada na intervenção clínica biomédica.

As organizações não-governamentais puseram em cena medidas centradas, segundo Altman (1995), na política e

na solidariedade. A força política advinha da própria formação dessas organizações. A base comunitária é a força responsável pela sua constituição. Tal base implica, essencialmente, que as organizações tanto se originam de grupos como dão origem a eles. O conceito de comunidade não circunscreve as pessoas vivendo com HIV/Aids aos locais de encontro, como grupos de ajuda mútua e reuniões de ONGs, mas está relacionado às identidades e comportamentos desenvolvido no fluxo cotidiano das instituições, indo além de qualquer limite físico ou geográficos.

Nesse sentido, trabalharemos a ideia de organizações não-governamentais a partir da concepção central trabalhada por Dennis Altman (1995), Jane Galvão (1997, 2000) e Richard Parker (1997, 2000), que versa sobre a base comunitária dessas instituições.

Organizações e Comunidades

Autores como Jane Galvão e Richard Parker argumentam que a categorização da ação dos diversos grupos a partir da ideia de comunidade em contraponto ao formato assistencial técnico, envolveu, na década de 80 do século XX, e ainda envolve, um debate acerca do seu papel. “Debate, este, que falava [...] das ONGs criadas ‘a serviço dos grupos e movimentos populares’ ou de ‘assessoria e apoio aos

movimentos populares” (LANDIM, 1993 apud GALVÃO, 1997, p. 75).

Ainda nessa perspectiva, a heterogeneidade dos grupos que tomam parte dessas estratégias, segundo GALVÃO (1997), torna um tanto conflituosa a formação de uma unidade de interesses. Outra marca desse processo é a não existência de um movimento acerca da Aids fora das ONGs/ Aids. Dennis Altman (1995) propõe diferenciações genéricas entre esses grupos que fazem referência ao tipo de atuação de tais organizações, divididas em Organizações de Base comunitária e Organizações Não-Governamentais de base técnico-assistencial. Esse tipo de distinção revela demandas específicas, cujas respostas podem ficar circunscritas a questões pontuais, aos espaços de atuação, como também ao tipo de acesso e à qualidade do serviço de saúde em uma determinada localidade; ou se entrelaçar a questões mais abrangentes, como direitos civis ligados a grupos sociais, articulando-se em redes de atuação que compreendem diversas comunidades.

Grupos que representam pontos de vistas e agem em nome dos seus próprios membros. (...) Tais entidades são chamadas de ‘organizações comunitárias’ para distingui-las das ONGs, que agem como inter-

mediárias no processo de desenvolvimento (BROADHEAD; O'MALLEY apud ALTMAN, 1995, p. 48).

Entender a ideia de comunidade é pertinente para a compreensão da perspectiva que traçamos neste estudo. Segundo Altman (1995), comunidade em referência à Aids passa tanto por grupos constituídos em espaços geográficos específicos de relacionamento e atuação, como em grupos articulados por identidades, sexualidades e comportamentos que perpassam os limites físicos. Outro aspecto é que, no sentido empregado nas organizações, ela remete a um tipo de associativismo e voluntarismo. O que se deve destacar é que premissa de comunidade, como base das organizações não-governamentais, não remete a coerção, em um primeiro momento, por força de tradição dos grupos, mas remete ao desejo de participação e integração para enfrentamento de um elemento comum, a doença (ALTMAN, 1995); (GALVÃO, 1997, 2000); (PARKER, 1997, 2000). Porém, não se deve naturalizar a ideia de *elemento comum* como um aspecto que articula as diversas comunidades, sendo capaz de criar uma comunidade de enfrentamento à Aids do tipo universalista. Nesse sentido, Grangeiro, Laurindo da Silva e Teixeira (2006) demonstraram que na formação das primeiras organizações de base comunitária em resposta à Aids no Brasil, nos anos de 1980, os primeiros

grupos a se articular foram os de *gays*, que incorporam, logo em seguida, o de lésbicas e o de homossexuais em um só segmento. De modo tal, que as diferenciações fossem diluídas; o que acarretou, segundo os autores, uma frágil resposta social à doença para as lésbicas, criando, por sua vez, um sentimento de discriminação dentro dos grupos.

A pluralidade das comunidades na história social da Aids, no Ocidente, demonstra que os tipos de arranjos da sociedade civil, que incorporaram a diferenciação como um fator de atuação dos grupos, construíram ações sociais e políticas de maior eficácia às demandas sociais impostas pela epidemia. Apontamos que esse tipo de atuação não levou à segregação entre as organizações civis, mas possibilitou articulação entre elas (ALTMAN, 1995).

Um fator que exporemos, aqui, é que a temática da Aids fora incorporada pelos movimentos sociais. Os movimentos sociais vinculados aos direitos sexuais, civis e humanos de grupos marginalizados, a exemplo dos homossexuais e das profissionais do sexo, ganham visibilidade a partir da segunda metade do século XX.

Os anos 1960 e 1970 foram marcados pela contestação dos valores tradicionais e pela reivindicação das liberdades individuais. Foram anos de conquistas relacionadas às liberdades sexuais e à quebra de

tabus, como, por exemplo, o questionamento do casamento como condição de união entre casais. Esse movimento de contestação dos valores então vigentes se iniciou nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental e logo assumiu proporções consideráveis na sociedade brasileira, principalmente entre a classe média urbana e intelectual. Nesse contexto, a identidade homossexual ganhou visibilidade em algumas cidades do Brasil, como São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador, com o florescimento de locais de interação social e de um intenso movimento político, que, fundamentado no reconhecimento de diferenças, visou a romper os limites marginais do grupo, denunciar situações de violência e afirmar e defender direitos de pessoas com identidade homossexual (GRANGEIRO; LAURINDO DA SILVA; TEIXEIRA, 2006, p. 89).

Nessa perspectiva, é que os movimentos sociais tomam espaço enquanto construtores de sentido nas relações sociais.

Ao longo da década de 1980 e início da década de 90, as respostas à Aids se baseavam em ideias epidemiológicas, centradas na responsabilização dos indivíduos e na construção de grupo de risco. Esse tipo de intervenção logo criou um tipo de conhecimento que ligou crenças e valores a determinados tipos de comportamento e grupos, a exemplo da comunidade *gay*, das prostitutas, dentre outros,

dando margem ao surgimento de preconceitos e estigmas sobre algumas comunidades. A noção de grupo de risco epidemiológico, que agregou os comportamentos individuais, segundo Parker (2000), trouxe problemas ao enfrentamento da epidemia, já que, como destacado por Altman (1995), algumas comunidades homossexuais passaram a adotar condutas não-preventivas, por acreditarem que o fato de serem *gays* ou lésbicas implicariam que algum dia, inevitavelmente, contrairiam a doença. Nesse sentido, a categorização biomédica e o modo como ela foi veiculada ao conjunto da sociedade, estruturou um imaginário social estigmatizador dos sujeitos sociais.

A mobilização das organizações comunitárias auxiliaria na transformação da percepção e intervenção sobre a epidemia, saindo de um conjunto de respostas individuais e isoladas a conceitos epidemiológicos, para a adoção de uma proposta de caráter educativo coletivo, expondo o perfil multidimensional da epidemia. Outro processo ressaltado por Parker (2000) e Altman (1995) é que um conjunto maior de fatores sociais ganhou destaque, como os aspectos socioeconômicos das populações e o contexto social das comunidades e dos sujeitos. Por meio deles, se demonstrou como as diferenças nesses campos contribuem para a vulnerabilidade de determinados grupos. Assim, parcelas pobres em contextos de precário acesso à informação e frágil

representação política, estariam em situação mais vulnerável. Esse caráter advém da ausência de políticas públicas que incorporem a diversidade dos grupos, e garantam o acesso de grupos constituídos em organizações governamentais e não-governamentais a medidas que possibilitem a superação de fatores, como acesso à educação e à renda.

Os estudos sobre as estratégias de intervenção sobre Aids a partir da comunidade colocam a dinâmica das identidades e os comportamentos na perspectiva do tipo de atuação das organizações. Nesta linha, Parker (2000) e Galvão (1997) declinam sobre as estratégias de intervenção a partir do controle da informação, alicerçadas na reconfiguração de um imaginário social, que reduzia, num primeiro momento, os sujeitos a um tipo doente que morre por força do seu tipo de comportamento ou vínculo aos grupos sociais. Indagamos a respeito dessa perspectiva, considerando que as atuações das organizações voltam-se para como dar visibilidade a demandas de determinados setores e grupos da sociedade.

Pesquisa, Intervenção e Organizações não-governamentais

Desde o início da epidemia, a construção das políticas de intervenções sociais da Aids passou pelos processos de estigmatização relacionadas, em um primeiro momento, à identificação do HIV com a ideia de grupo de risco. Esta lógica circunscrevia a contaminação, advogando que a heterossexualização do vírus era algo impensado, e, portanto, a “sociedade” estava a salvo, como destaca Galvão (2000). Com a constatação do avanço da epidemia para outros setores sociais, a noção de grupo de risco passou a abranger uma nova gama de sentidos no Brasil. Na primeira década, um quadro alarmante se desenhava com relação à velocidade da epidemia.

Ao final da década de 1980, os indicadores epidemiológicos da AIDS no Brasil eram semelhantes aos de muitos países da África Austral (6), onde, atualmente, a epidemia apresenta contornos alarmantes (3). À época, análises apontavam para o risco de a epidemia se generalizar na população brasileira e provocar expressivo impacto na economia e na saúde. Esse temor era justificado pela velocidade de

crescimento da doença no Brasil, um país marcado pela diversidade social, econômica e cultural, pelo surgimento de um expressivo número de novos casos entre mulheres e homens heterossexuais e pela manutenção de incidências altas em grupos sociais mais vulneráveis (GRANGEIRO; LAURINDO DA SILVA; TEIXEIRA, 2006, p. 87).

O chamado grupo de risco era o conceito-chave na discussão sobre a identidade nesse primeiro momento, que vai até meados da década de 1990. A doença esteve ligada à ideia de morte eminente, morte social, homofobia e promiscuidade. (GALVÃO 2000). O avanço das terapias antirretrovirais aliadas a políticas públicas de acesso universal para o tratamento do HIV/Aids, ainda em meados desta década, definiu um segundo momento no curso social da doença, que permitiu o aumento da sobrevivência e queda na taxa de mortalidade (AMORIM; SZAPIRO, 2008). Nessa perspectiva, ocorre uma mudança no caráter da doença, passando do *status* de morte iminente para um estado mórbido, que pode ser manipulado. Ocorreu, também, a ampliação da ocorrência de casos em outros segmentos sociais, como os grupos de transmissão heterossexual, mulheres, jovens e recém-nascidos (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Nesses dois momentos, podemos reportar três fases de compreensão na forma de expansão da epidemia. A primeira fase era

marcada pela categoria do “grupo de risco” e se restringia a homens homossexuais. A segunda etapa se caracterizou por um ponto de vista cujo centro era a exposição ao vírus a partir da ideia de “comportamento de risco”. A terceira fase, e atual, procura caracterizar a suscetibilidade ou a vulnerabilidade dos diversos segmentos sociais ao vírus (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

Nos modelos de intervenções e pesquisa de HIV/Aids, Parker (2000) destaca três linhas: a primeira abordagem remete aos padrões de comportamentos em sua relação com a Aids, tendo em vista “oferecer uma base empírica para ideia de intervenção sobre o comportamento, objetivando reduzir a incidência de infecção por HIV”. A segunda se centra nas estruturas sociais e culturais interligadas ao crescimento do risco de infecção por HIV, incorporando um enfoque sociológico e antropológico. A terceira abordagem focaliza a relação entre fatores políticos e econômicos e a disseminação da Aids, condicionando as repostas das comunidades frente à epidemia.

Galvão (1997) destaca que, num primeiro momento, as repostas e as categorizações foram “importadas”. A qualidade de “estrangeira”, conferida à doença, é mantida, por exemplo, pela separação da “população em geral” versus “grupos de risco”. Sobre a realidade brasileira, contextualizada no espaço latino-americano, se observou que,

Talvez a característica mais importante ou mais profundamente enraizada da cultura sexual na América Latina seja o que se convencionou chamar, popularmente e na literatura acadêmica, de “cultura do machismo”, ou seja, o complexo sistema ideológico que organiza as relações de gênero, hierarquicamente, estabelecendo relações de poder e domínio dos homens sobre as mulheres (LANCASTER, 1992; PARKER, 1991 apud PARKER, 2000, p.80).

Até o início da década de 90, as propostas de intervenções comportamentais não davam conta da complexidade de elementos socio-culturais. Assim, a abordagem cultural impunha-se frente a gama de significações sociais, tentando compreender a sociabilidade do portador em seu contexto vivido. Na construção da terceira abordagem, a comunidade entra em foco, assim como proposta de intervenção política e os fatores sócio-econômicos. Nessa perspectiva, Parker salienta que não há um “movimento da Aids”, mas, sim, intercâmbio de estratégias a partir da formação de uma rede de organizações não-governamentais, que têm como principal característica a dualidade entre a ação assistencial e a promoção do ativismo político (PARKER, 2000).

Os redirecionamentos do foco comportamental para o comunitário e político permitiram que o indivíduo fosse

diluído em suas redes sociais. A visibilidade dos sujeitos é redimensionada para a visibilidade da doença em si, em suas interligações sociais mais abrangentes. Assim, a vida privada do sujeito se torna não visível frente à rede social. Este tipo de transformação põe em cena a constituição de uma bioidentidade e uma biossociabilidade nas práticas de intervenções, que se fundamentam na perspectiva do biopoder. Foucault (2009) salienta que “O dispositivo de sexualidade tem, como razão de ser, não o reproduzir, mas proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global.”

Os estudos sobre representação social da Aids destacam que a ampliação da epidemia a outros segmentos sociais e o modo de transformação da figura do *aidético* isolado em espaços e grupos de riscos, que se contrapõem à sociedade para a figura do portador, um sujeito ligado a estruturas sociais e práticas comunitárias. A sociedade não podia ignorar os atores sociais colocados em primeiro plano, pela forma como a epidemia foi tratada pelos diversos meios sociais; essa é uma das prerrogativas da redefinição. Richard Parker (1997, 2000), Jane Galvão (1997, 2000) e Dennis Altman (1995) destacam o papel das ações não-governamentais na promoção de novas informações e intervenções para a construção de uma visibilidade da doença, em

contraponto à visibilidade das identidades dos portadores que as categorias grupo de risco e comportamento de risco promoveram durante o primeiro momento da história da AIDS no Brasil.

Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005) salientam a eminença da ampliação da epidemia como responsável pela multiplicação dos sentidos sociais da AIDS, em meio aos quais as estratégias de intervenção funcionam como processo de esclarecimento. Autores como Parker (2000), Galvão (1997) e Altman (1995) afirmam que mais do que esclarecimento, estas estratégias funcionam como construtores de sentido, e que põe em andamento um processo dialético: “[...] as comunidades dão origem às organizações, mas as organizações também podem ajudar a criar comunidades, na medida que o HIV/AIDS abre novas possibilidades e necessidades das pessoas em se organizarem em categorias, tais como a sexualidade [...]. (ALTMAN, 1995).

No domínio das estratégias identitárias referentes ao HIV/AIDS, remetemos ao conceito de estigma apresentada por Goffman (2009), enquanto categoria analítica central para a compressão dos significados levantados em torno da doença. O estigma centra seu conteúdo na interação; neste caso, é um caractere referencial, ou seja, a portabilidade por parte de um sujeito incide a partir do compartilhamento com o outro. Compartilhar agrega grupos, classes ou uma

relação a dois em um sistema de rede. Assim, o estigma não é confinado no indivíduo, mas realizado nas redes sociais.

O estigma é um ponto central nas interações relacionadas ao HIV/ AIDS. Este remete a uma ordenação cultural ou interacionalmente construída em formas de sociabilidade. Um estigma está ligado a uma marca socialmente reconhecível. Com relação à transformação dos significados, Susan Sontag (2007) propõe: “No entanto, é altamente desejável que determinada doença temível venha a ser considerada como algo comum. Até mesmo a doença mais carregada de significado pode vir a tornar-se apenas uma doença [...]”. (SONTAG, 2007).

Na construção dos modelos de intervenção entram em cena a bioidentidade e a biosociabilidade, que estão relacionadas à ótica de bio-poder de Foucault. Diz este pensador francês que “As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida” (FOUCAULT, 2009). Assim, as práticas das intervenções orientam o sujeito a uma sociabilidade centrada na constituição de “grupos de interesses privados, [...] segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade etc. Criam-se novos critérios de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação de tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseados no desempenho físico” (ORTEGA, 2003).

De maneira geral, nestes estudos sociológicos sobre os efeitos das construções dos sentidos, da sociabilidade, da identidade, relacionando-os com os estudos dos papéis das organizações não-governamentais, os autores têm buscado mostrar os processos de transformações dos significados da doença, a sociabilidade e o papel das organizações não-governamentais na construção dos significados do HIV/AIDS.

Considerações finais

As demandas sociais criadas pela epidemia da Aids na sociedade ocidental foram diferentes a cada contexto, no qual os movimentos sociais e a formação das organizações não-governamentais construíram um modelo de resposta, focados nos tipos de comunidade e conjunturas sociais a que estão ligadas. Altman (1995) coloca que essas organizações, de um modo geral, estão estruturadas em dois fundamentos: Política e solidariedade. O fundamento político emergiu devido à pressão que tais organizações tiveram que adotar para que as políticas de saúde dos estados e o respeito aos direitos civis fossem incorporados às respostas à AIDS, de modo que fosse além do caráter epidemiológico. A solidariedade deu-se como um tipo de assistência que promovesse a sociabilidade das pessoas que convivem com a doença, saindo, desse modo, de categorias estigmatizan-

tes, a exemplo do termo *aidético*, ou de categorias centradas em aspectos biomédicos, a exemplo do termo *portador*. No Brasil, a mobilização civil propiciou uma resposta que operou transformação no contexto da epidemia.

Foi essencial, para tanto, o desenvolvimento de conceitos que permitiram a superação de abordagens normativas e frequentemente estigmatizantes, desenvolvidas no campo da saúde. Nesse contexto, a solidariedade, como matriz do ativismo, permitiu que a sociedade criasse um movimento para minimizar os impactos negativos da doença e promover o envolvimento de uma multiplicidade de pessoas e de instituições na luta contra a epidemia. É necessário ressaltar que, se a epidemia contribuiu para reafirmar a exclusão de segmentos sociais já marginalizados, foi a resposta à doença que permitiu que esses grupos se organizassem, alcançassem maior visibilidade social e ganhassem espaço nas políticas públicas. Entre esses avanços merece destaque o fortalecimento do movimento homossexual, das profissionais do sexo e de usuários de drogas. (GRANGEIRO; LAURINDO DA SILVA; TEIXEIRA, 2006, p.93).

No que concerne a modelos de intervenção e pesquisa, a mobilização da sociedade civil formulou uma lógica que transcende a simples associação entre doença e identidade

de, como nos lembra Altman (1995). O descentramento das lógicas biomédicas proposto em algumas formulações não-governamentais é um dos pilares da esfera de atuação política (VALLE, 2002). Assim, as organizações centraram parte de sua atuação na sociedade sobre as representações culturais e na produção de conhecimento como forma de constituir ou auxiliar em respostas concretas à epidemia da AIDS no Brasil, sendo ainda incorporada em outras lutas como, por exemplo, a do pleno exercício da sexualidade, dentre outras.

Ao fim no presente texto tentamos expor o modo como a construção do conhecimento e a base comunitária auxiliaram na formação da ONGs e nas respostas sociais à doença. Não pretendemos fazer um quadro geral acabado que aborde de forma integral a complexidade do campo dos movimentos civis com relação a doença, mas aborda alguns aspectos pertinentes para o entendimento da importância e da forma de atuação de tais organizações nas últimas três décadas.

Referências bibliográficas

AMORIM, Camila Miranda de; SZAPIRO, Ana Maria. Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v 13. Nº. 6. Nov./ dez. 2008.

ALTMAN, Dennis. **Poder e comunidade**: respostas organizacionais e culturais à AIDS. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA ;IMS/UERJ, 1995.

BARBARÁ, Andréa, SACHETTI, Virginia Azevedo Reis, CREPALDI, Maria Aparecida. Contribuições das representações sociais ao estudo da Aids. Curitiba. **Interação em Psicologia**, v.9, nº.2, p.331-339. Jul/Dez. 2005.

CARVALHO, Átila Andrade de. **O campo das ONG/AIDS**: etnografando o ativismo em João Pessoa. João Pessoa, 2012. 123p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Sociologia – PPGS, Universidade Federal da Paraíba, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**. A vontade de saber. 19ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 2009.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: A agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Ed.34/ABIA, 2000.

_____. As repostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, Richard (org.). **Políticas, instituições e AIDS**: Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar / ABIA, 1997.

GRANGEIRO, Alexandre; LAURINDO DA SILVA, Lindinalva; TEXEIRA, Paulo R. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev. Panam. Sa-lud Publica**. 2009; 26(1): 87-94.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

MARTINEZ, Elvis Nel Rodríguez, GAVIDIA, Nelly Garcia. Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. Maracaibo/Venezuela. **Opción**, Vol.22, nº. 50, p.9-28. Ago. 2006

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 11, nº 1, p.59-77, 2003.

PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS**: Sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Ed.34/ABIA, 2000.

_____. Desafios para o futuro: questões-chave para a política de HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard (org.). **Políticas, instituições e AIDS**: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor/ ABIA, 1997.

SONTAG, Susan. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TERTO JR, Veriano. Soropositividade e políticas de identidade no Brasil. In: BARBOSA, Regina Maria. PARKER, Richard (org.). **Sexualidade pelo avesso**: Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo:Ed. 34, 1999.

TORRES, Tatiana de Lucena e CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais da Aids e da terapia anti-retroviral para pessoas

vivendo com HIV. **Psicologia: teoria e prática**, vol.10, nº. 1, p.64-78. Jun. 2008

VALLE, Carlos G. Identidades, doença e organização social: Um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS”. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 8, nº. 17, p. 179-210, junho de 2002.

Negligência seletiva e racismo: reflexões sobre condições de vida da população negra no Brasil

Wagner Solano de Arandas
Eduardo Sérgio Soares Sousa

O período de formação social do Brasil foi marcado, entre outros eventos, pela escravidão. Este sistema de exploração ultrapassou balizas do Atlântico deixando algumas feridas ainda abertas. Para reparar os danos causados algumas políticas públicas e leis foram trabalhadas desde a década de 1950, como a Lei Afonso Arinos que visava combater a discriminação racial em estabelecimentos comerciais, e culminando com o Estatuto da Igualdade Racial em 2010 que se estabelece como principal referencial das garantias legais para a promoção da equidade.

O sistema de racismo em *terras brasilis* fundamentou-se no regime escravocrata que se estendeu por 3/5 da chamada História do Brasil, mais precisamente 328 anos, quando homens e mulheres, quase em sua totalidade negros, foram escravizados, classificados como mercadorias

em seu sentido literal quando apenas era concedido o direito à vida, pois estes integravam com o “direito à propriedade” dos seus senhores. Peças importantes para a geração de capital, a satisfação das necessidades dos escravos limitava-se basicamente à alimentação e descanso do corpo.

Com a abolição da escravatura e a dependência econômica do setor primário de produção, poderíamos construir um cenário de integração destes trabalhadores à sociedade, contudo outra estratégia foi adotada. A libertação dos escravos foi o catalizador do processo de imigração europeia que explorou novos trabalhadores e excluiu os antigos.

O incentivo à presença de europeus no país vinha atender ao plano de “higienismo” social, e branqueamento do povo brasileiro. Predominavam, no país, duas correntes, uma que via a miscigenação como prática de consequências catastróficas, e que, portanto, dever-se-ia construir uma nova sociedade sem o cruzamento de indivíduos. E outra que defendia o branqueamento progressivo do povo brasileiro, com o cruzamento de mestiços com brancos até “purificar” a sociedade.

Na ponta deste problema encontramos Gilberto Freyre, ora elogiado por aqueles que o interpretam como antirracista, ora criticado por aqueles que viam o conservadorismo dos Senhores de Engenho em seu discurso. Todavia, sua obra representa um referencial importante nos estu-

dos raciais, pois ele desloca o debate do campo da biologia e o posiciona na etnicidade, a partir deste momento uma nova unidade de análise se estabelece. Diante destes antagonismos não podemos considerar Gilberto Freyre de uma forma anacrônica, conforme observações de Jerry Dávila: “Gilberto Freyre tornou-se o principal expoente da ideia de que a diversidade racial do Brasil era uma força e não uma fraqueza, descentrando aquela fraqueza da raça e atribuindo-a à baixa saúde e cultura” (DÁVILA, 2006, p.30).

No prefácio da primeira edição do livro *Casa-grande e senzala*, Gilberto Freyre reserva espaço para falar de sua experiência com o paradigma racial norte-americano e sua heterogeneidade racial.

Era como se tudo dependesse de mim e dos de minha geração; da nossa maneira de resolver questões seculares. E dos problemas brasileiros, nenhum que me inquietasse tanto como o da miscigenação. Vi uma vez, depois de mais de três anos maciços de ausência do Brasil, um bando de marinheiros nacionais - mulatos e cafuzos - descendo não me lembro se do São Paulo ou do Minas pela neve mole de Brooklyn. Deram-me a impressão de caricaturas de homens. E veio-me à lembrança a frase de um livro de viajante americano que acabara de ler sobre o Brasil: “*the fearfully mongrel aspect of most*

the population”. A miscigenação resultava naquilo (FREYRE, 2003, p.31).

O mulato deriva do nome atribuído ao animal fruto do cruzamento entre asno e equino, é importante salientar que não foi Freyre quem cunhou este termo, mas o uso em sua obra é um dos pontos criticados, assim como a descrição dos “esquálidos” marinheiros brasileiros na citação anterior. A própria miscigenação, característica comum em colônias portuguesas, é o que sustenta a percepção de uma ausência de conflitos raciais no Brasil.

Hodiernamente atribuisse às vulnerabilidades da população negra as questões sanitárias que estes eram submetidos, o desgaste físico das atividades laborais e a falta de sensibilização de uma atenção de saúde individual. A visão relacionada à inferioridade cultural pode ser explicada através do narcisismo eurocêntrico começaria a ser superada com a Semana de Artes Moderna. “Oswald de Andrade, escritor e ensaísta, líder do Movimento Modernista ao lado de Mário de Andrade, formulou a noção de antropofagia para explicar a fusão dos elementos culturais diversos e a criação de uma nova cultura, a brasileira, distinta da europeia” (BRYM, 2006, p.217). Macunaíma de Mário de Andrade é um exemplo do hibridismo cultural das “três raças”.

O desenvolvimento do racismo no Brasil ocorreu de forma “dissimulada”, diferente do que se sucedeu, por exemplo, nos Estados Unidos e África do Sul. Fato que chegou a transmitir a ideia de que seria o Brasil uma “democracia racial”, uma vez que não haviam ações ostensivas do poder estatal de forma clara contra os negros, assim como alguns poucos conseguiam ascender economicamente. Apesar de “não se pode afirmar, objetivamente, que eles compartilhem, coletivamente, das correntes de mobilidade social vertical vinculadas à estrutura, ao funcionamento e ao desenvolvimento da sociedade de classes” (FERNANDES, 2007, p.67).

Desta forma, se delimitam as classes, ou subculturas, dominantes e dominadas no sistema de relações de poder na lógica do racismo. Ainda que, para muitos, a sociedade brasileira seja mestiça, sem brancos “puros”, é reconhecido que alguns indivíduos sofrem discriminação em virtude da cor de sua pele. Destarte, seria visto como grupo dominante basicamente os brancos cristãos, fomentadores do distanciamento dos negros nos postos de trabalho. Pois, assim como os imigrantes ilegais, contemporaneamente na Europa e nos Estados Unidos, os negros só teriam espaço nos empregos reconhecidos como “desqualificados”.

E embora não tenha se formalizado uma política de Estado de exclusão racial, o racismo seguiu disseminando culturalmente através das gerações, em “uma sociedade

hierarquizada e que foi formada dentro de um quadro rígido de valores discriminatórios” (DA MATTA, 1986, p.31). Nestes aspectos, o modo racista brasileiro apresenta predominância cultural, arraigada na sociedade, e brotando nas estruturas do Estado, no setor privado e nas mais diversas estruturas sociais.

Em pesquisas sobre racismo, os indivíduos tendem a não se auto-declarar racistas, porém quase sempre afirmam que conhecem pessoas racistas. Esta constatação indica alguns elementos importantes para entender como se manifesta o racismo no Brasil. Primeiramente, embora reconheçam a existência do racismo, entendem que esta prática é moralmente repudiada, de modo a não se assumirem como racistas. O segundo aspecto, menos fundado, relaciona-se à percepção do racismo em suas práticas cotidianas, identificando o racismo apenas em situações mais extremas de intolerância.

No racismo “cordial”, a discriminação ostensiva só é acionada quando a estabilidade da hierarquia racial é ameaçada. Essa fragmentariedade constitui o recurso chamado *álibi negro*, ou seja, o recurso retórico a uma relação, situação ou pessoa como *exemplum in contrarium*: refutação da generalização mediante indicação direta dos casos particulares compreendidos em seu enunciado aos quais não

se pode aplicar: um amigo negro, um parente negro próximo, cônjuge negro, gostos pessoais, hábitos etc. que o aproximem de pessoas negras (SALES JÚNIOR, 2006, p.245).

Diferente de outros problemas sociais como a pobreza, a violência, o desemprego, entre outros, o racismo não pode ser aferido através de índices concretos. É possível até medir as disparidades entre brancos e negros no Brasil, os índices de criminalidade sobre o racismo, mas não propriamente o racismo. “Podemos dizer que a desigualdade racial é uma das principais consequências do racismo e da discriminação racial” (BRYM *et al*, 2006, p.239), portanto não se pode negar o racismo, pois além de tudo ele produz efeitos concretos. Assim, não há nesta pesquisa a intenção de verificar se o racismo vem aumentando ou não no Brasil, pois mesmo atribuindo melhores condições de vida para as populações negras não quer dizer que o racismo venha diminuindo.

Outro traço do reconhecimento da “raça” no Brasil consiste nos elementos de identificação do negro. Um ponto básico para a distinção entre os paradigmas brasileiro e norte-americano corresponde, respectivamente, ao racismo de marca e ao racismo de origem. No Brasil, o preconceito racial manifesta-se conforme a aparência da pessoa, como: a cor da pele, textura dos cabelos, formato do nariz,

entre outros indícios visuais que classifiquem os indivíduos como negros, ressaltando a cor da pele como característica determinante.

Nos Estados Unidos, o racismo é de origem. Mesmo se um indivíduo não apresentar nenhum traço da “raça” negra, mas tiver um ancestral negro, ele será para os brancos americanos negro. Porém, esta condição pode gerar um conflito maior, pois para os brancos ele será negro, mas para os negros ele será branco. Muitas vezes, nestes casos, a pessoa que tem origem negra, mas apresenta fenótipos de pessoa branca, acaba escondendo sua origem, tornando mais fácil sua aceitação e fugindo dos estigmas do racismo.

Para a pessoa inabilitada, a incerteza quanto ao *status*, somada à insegurança em relação ao emprego, prevalece sobre uma ampla gama de interações sociais. O cego, o doente, o surdo, o aleijado nunca podem estar seguros sobre qual será a atitude de um novo conhecido, se ele será receptivo ou não, até que se estabeleça o contato. É exatamente essa a posição do adolescente, do negro de pele clara, do imigrante de segunda geração, da pessoa em situação de mobilidade social e da mulher que entrou numa ocupação predominantemente masculina (GOFFMAN, 1988, p.23).

No Brasil, a qualidade de vida dos negros ocupa o patamar de “Índice de Desenvolvimento Humano similar ao de países como a Argélia e o Vietnã” (RIOS, 2004, p.465), chegando, inclusive, a situações mais críticas nas regiões mais pobres do país. Reflexo de barreiras sociais e da ausência de algumas políticas públicas inclusivas para os negros, não apenas de cotas, mas também na valorização da identidade cultural e no atendimento de necessidades específicas.

Ações afirmativas são entendidas como políticas públicas que pretendem corrigir desigualdades socioeconômicas procedentes de discriminação, atual ou histórica, sofrida por alguns grupos de pessoas. Para tanto, concedem-se vantagens competitivas para membros de certos grupos que vivenciam uma situação de inferioridade a fim de que, num futuro estipulado, esta situação seja revertida. Assim, as políticas de ações afirmativas buscam, por meio de um tratamento temporariamente diferenciado, promover a equidade entre os grupos que compõem a sociedade (BERNARDINO, 2002, p. 257-256).

Estas medidas de ações afirmativas vêm tomando conta do debate acadêmico brasileiro na atualidade, almejando, além das equiparações econômicas e educacionais, também representar um papel político nos espaços democráticos. Em

certas profissões, o número de profissionais negros apresenta baixos índices, como na medicina, na magistratura, sobretudo nas superiores, entre outras qualificações laborais.

A territorialidade no racismo é outro elemento problemático a se superar, pois os espaços de maior prestígio da sociedade não são vistos pelos racistas como lugar para os negros; neste ponto semelhante aos *outsiders* apresentados por Norbert Elias, “a exclusão e a estigmatização dos *outsiders* pelo grupo estabelecido eram armas poderosas para que este último preservasse sua identidade e afirmasse sua superioridade, mantendo os outros firmemente em seu lugar” (ELIAS; SCOTSON, 2000, p.22).

Assim, interpreta-se que o racismo está para além das relações de poder, seja econômico, político ou de qualquer natureza. O preconceito está no “reconhecimento do outro” e na “delimitação de espaços”. O pensamento racista trabalha a representação dos negros como indivíduos inferiores. Teorias evolucionistas acreditavam que os Europeus do leste eram os seres humanos mais desenvolvidos na escala das espécies, “uma hierarquia das raças tomando por base capacidades intelectuais, físicas e até beleza” (BRYM *et al*, 2006, p.214).

Um exemplo desse pensamento encontra-se na obra de Raymundo Nina Rodrigues (1862-1906). Médico, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia,

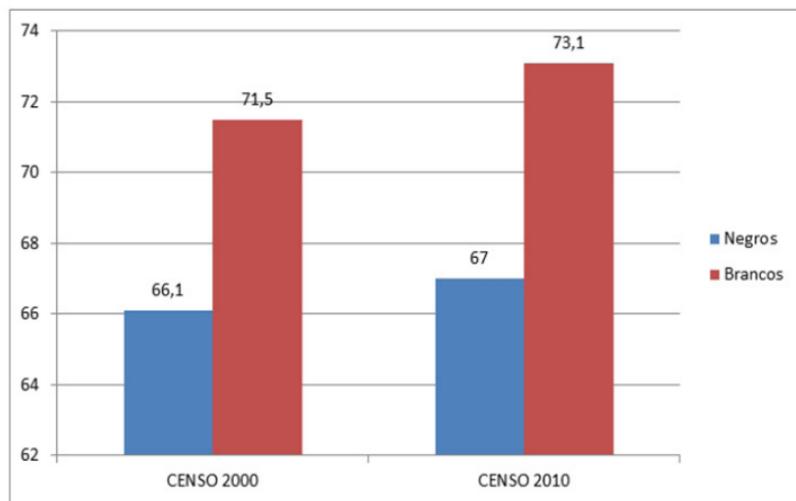
Nina Rodrigues dedicou-se ao estudo das culturas afro-brasileiras. Para ele, a razão do atraso e dos desequilíbrios da sociedade brasileira encontrava-se nas misturas raciais e culturais aqui existentes. Ao contrário do que teria ocorrido nos Estados Unidos, onde a “direção suprema da Raça Branca” foi uma garantia de civilização, nossa inferioridade persistiria por um longo tempo. Para ele, a raça negra no Brasil seria sempre “um dos fatos da nossa inferioridade” e a intensidade da mestiçagem existente no país [...] Desse modo, ele deixava claro que o fator biológico era o principal responsável pela nossa inferioridade (BRYM *et al*, 2006, p. 216).

Portanto, se as teorias que fundamentam o racismo acreditam que os negros são inferiores, estas mesmas não podem admitir que eles ocupem *status* de maior destaque sociedade. Assim, para os racistas, um negro não pode obter sucesso profissional, não pode ser um médico, um magistrado, professor universitário, entre tantas outras profissões de prestígio. Desta forma, se um negro está ocupando lugar de destaque na sociedade, ele está “ocupando lugar de um branco”.

Em relação à expectativa de vida, podemos ver as primeiras distinções relacionadas aos índices de qualidade de vida entre negros e brancos no Brasil. Conforme dados

do CENSO de 2010 a vida média é de 73,1 anos para os brancos e 67 anos para os negros. Tais disparidades foram ampliadas se comparadas ao CENSO de 2000 apesar dos investimentos em políticas públicas destinadas a promoção da saúde da população negra, que verificou que brancos viviam em média 71,5 anos, enquanto os negros viviam em média 66,1 anos.

Expectativa de vida Censo 2000-2010 (anos de vida)



Fonte: IBGE, 2010.

O índice de expectativa de vida é um indicador extremamente importante, pois reflete diversas outras ações de qualidade de vida, como acesso ao sistema de saúde, me-

dicamentos, alimentação de qualidade, carga de trabalho menos exaustiva, entre diversas outras até mais subjetivas, portanto com maiores dificuldades de mensuração; além de influir diretamente na composição do Índice de Desenvolvimento Humano/IDH.

Quando os entraves são muitos para se inserir no sistema formal da democracia, outras estratégias são adotadas para alcançar a representação, como o fortalecimento dos movimentos sociais. No Brasil atual, o movimento negro é um dos mais representativos, por mais que em alguns casos se apresente difuso. Outra observação importante a ser feita se dá no fato de não ser de interesse do movimento negro converter-se em partido político, pois a criação de tal instituição perderia força, uma vez que não possuiria representação proporcional nos órgãos legislativos, além de se submeter às regras do jogo da democracia partidária, se desvencilhando de seu caráter próprio de movimento.

As primeiras medidas de combate ao racismo surgiram com o pensamento iluminista, expresso no “Decreto de 11 de agosto de 1792, que proibiu o tráfico; embora tenha sido depois revogado, ações como esta acabaram minando práticas discriminatórias que eram consagradas e, até então, indiscutíveis” (BACILA, 2005, p.108-109). Reações mais intensas em relação ao racismo surgiram apenas com o fim da II Guerra Mundial, em repúdio às práticas antissemitas.

No Brasil, a cor escura da pele tem uma estreita associação com a classe baixa. Tradicionalmente, os afro-brasileiros têm uma representação exagerada entre os pobres e até entre os chamados “pobres indignos” – delinquentes, prostitutas e vagabundos. O emprego uniformizado tem sido uma saída tradicional da pobreza para os afro-brasileiros. No caso dos escravos, a Marinha foi um lugar para eles escaparem de sua situação e se tornarem marinheiros, sob a proteção de capitães que frequentemente os escondiam da polícia ou dos mercenários dos senhores de escravos (SANSONE, 2002, p.519).

A simples criação da norma não produz eficácia, o ideal é que a lei seja derivada da cultura social ou da conquista da vontade da sociedade. Depois, é que devem ser preenchidos outros requisitos, como o respeito a normas superiores, aplicabilidade da norma, interesse social na sua aplicação e controle sobre a sua aplicação, pois “a maior eficácia dos direitos humanos não decorre apenas dos discursos a seu favor, mas também — e talvez sobretudo — da diminuição das condições que dão origem à sua violação” (OLIVEIRA, 1999:61).

As medidas de combate ao racismo não devem se limitar à repressão, também é importante uma mudança cultu-

ral, trazendo desta forma novas perspectivas ao combate do racismo institucional. Pois este problema representa maior complexidade em virtude da construção da intolerância. A punibilidade muitas vezes representa apenas a ponta do problema, cujas raízes estão num nível mais profundo, a cultura da intolerância.

As políticas antirracistas representam possíveis soluções para o combate ao racismo e a desigualdade racial. No Brasil, onde tais políticas antirracistas não existem, a opinião pública pode ajudar a mostrar o quanto é desejável a sua implementação. O formato dessas políticas pode variar da criação de quotas para promoção dos negros, até medidas mais universalistas de redução do número de pobres, dos quais a maioria é composta de negros (pretos e pardos) no Brasil (TELLES; BAILEY, 2002:31).

Além da segregação socioeconômica, a cultura e a religião dos povos negros sofreram um processo infamante, já que não só os indivíduos eram “recusados”, sua cultura e sua identidade também. O “rito do ‘sabe com quem está falando?’ que implica sempre uma separação radical e autoritária de duas posições sociais reais ou teoricamente diferenciadas” (DA MATTA, 1997, p. 181), representa parte da relação de dominação, atrelando o poder ao jogo.

A cordialidade tem a incumbência de defender a paz e a ordem sociais, cuja estrutura política é organizada de maneira que alguns possam defender, contra os outros, o *status quo*, perenizando-o na “democracia racial”. É, pois, uma estratégia de desarticulação de forças emancipatórias mediante a criação de redes de interdependência e da integração subordinada dos grupos marginalizados, desmobilizando e deslegitimando as lutas ou confrontos emancipatórios, tachados de “conflitos raciais” (SALES JUNIOR, 2006, p.231).

Com a realização do 1º Congresso Brasileiro de Eugênio, ocorrido no Rio de Janeiro, em 1929, viu-se que, neste período, a influência do evolucionismo era muito forte nas ciências humanas, na saúde. No Direito, em particular, predominavam as teorias de Lombroso, Ferri e Garofalo. Vê-se bem este paradigma na trajetória da Faculdade de Direito do Recife. Na Europa, sobretudo na Inglaterra, discutia-se, inclusive em âmbito institucional, o Darwinismo Social, para o qual a “raça europeia” encontrava-se no ápice da cadeia evolutiva, por intermédio do qual se desaconselhava a miscigenação.

Em tal Congresso, abordou-se “O Problema Eugênico da Migração”, no qual se discutiu a proibição da imigração

não-branca para o Brasil. É evidente que esta proposta não se tornou política pública, no entanto, vivenciamos no final do século XIX o incentivo da imigração europeia para o país, e da japonesa, no início do século XX. Já na Alemanha nazista formalizou-se o eugenismo como política de Estado, iniciadas por Günther e Rosenberg, momento em que o problema ganhou maior notoriedade.

O racismo duro da Escola de Medicina da Bahia e da Escola de Direito do Recife, entrincheirado nos estudos de medicina legal, da criminalidade e das deficiências físicas e mentais, evoluiu, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, em direção a doutrinas menos pessimistas que desaguaram em diferentes versões do “embranquecimento”, subsidiando desde as políticas de imigração, que pretendiam a substituição pura e simples da mão-de-obra negra por imigrantes europeus (GUIMARÃES, 2004, p.11).

O fato do racismo provocar uma cisão entre paradigmas sociais, apenas corrobora o poder que tal ação representa em nossa sociedade. E embora a legislação brasileira tenha progredido significativamente as populações negras em relação à promoção de direitos, a sua efetividade ainda representa um grande desafio, pois a natureza da discriminação

encontra-se na própria sociedade, e nas ações dispersas de muitos dos seus indivíduos.

No entanto, há autores que defendem a ideia de que o problema do racismo não é tão crítico. Para Ali Kamel: “mais que ao racismo, a má situação do negro no Brasil se deve à pobreza” (2006, p.40). Kamel não nega a existência de racistas, “quando existem, envergonham-se do próprio racismo” (2006:40). Porém, vale lembrar, entre os pobres a maioria deles são negros, remontando à história do racismo, responsável pela condição de vida dos negros hodiernamente.

Até hoje, o Brasil fala sem pudor das diferenças abissais entre as classes. São constantes as denúncias relativas às desigualdades socioeconômicas, ainda que não se faça nada a respeito. A mídia as acolhe sem maiores problemas. Mas aí de quem ousar mencionar a cor da desigualdade. A cor é o não-dito, tanto quanto o gênero havia sido, durante séculos. “Nós não somos como os Estados Unidos”, dizem os que reagem às tentativas de colocar as cartas da cor sobre a mesa. Denunciar o racismo é quase ser antibrasileiro, é quase impatriótico. Há, sim, racismo, admitem, mas é diferente, completam, o que exige políticas também diferentes, concluem. Dessa diferença (quem a negaria, ora bolas, se somos outro país, com outra cultura, outra história? como não haveríamos de ser diferentes, ainda que o argumen-

to da diferença não valha em outros campos, como o econômico...?), dessa diferença parecem dizer que se caracteriza pela docilidade, pela moderação. Ou seja, teríamos uma espécie de racismo doce, cordial (ATHAYDE *et. al.*, 2005, p. 87).

Conforme o DIEESE, em pesquisa realizada entre 2011 e 2012 nas regiões metropolitanas de Belo Horizonte, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Salvador, São Paulo e Distrito Federal, a média salarial dos trabalhadores negros é 36,1% inferior a de trabalhadores não negros. Uma hipótese para explicar estes dados é que prevalecem os negros em cargos que remuneram menos, ao passo que os cargos com maiores remunerações são ocupados majoritariamente por não negros. Comparando com o CENSO de 2010 constatou-se que no Brasil 16,2 milhões de pessoas viviam na extrema pobreza, destes 70,8% eram negros.

Calculando o IDH com base no CENSO de 2010 encontra-se uma disparidade relevante entre na qualidade de vida entre negros e brancos, respectivamente 0,690 e 0,769, lembrando que quanto mais próximo de 1 maior o Índice de Desenvolvimento Humano. Se fossem países distintos o IDH dos brancos ocuparia a 66ª posição no *ranking*, enquanto o IDH dos negros estaria em 103ª, onde o primeiro

ocuparia o *status* de Desenvolvimento Humano Alto, e o segundo o *status* de Desenvolvimento Humano Médio.

Desta forma, os negros seguem subrepresentados nos índices positivos e sobrerrepresentados nos negativos, inclusive nas taxas relativas à saúde. Todavia, estes elementos não encontram amparo nas representações formais do poder público: não há hospitais que determinem que brancos possuam prioridade no atendimento, tampouco que fomentem o racismo entre seus funcionários.

Nas sociedades modernas, os atos explícitos de discriminação racial e étnica são publicamente condenados e proibidos por lei. Portanto, poder-se-ia supor que o preconceito racial estaria acabando? Não. Na verdade, o que parece estar ocorrendo é uma mudança nas formas de expressão e no conteúdo do preconceito. Assim, as explicações psicológicas da existência de um racismo aberto, militante e agressivo [...] estão sendo gradualmente substituídas pela preocupação em revelar as formas menos evidentes e mais difundidas de racismo, formas, estas, que reproduzem atitudes discriminatórias sem desafiar a norma social de indesejabilidade do racismo (CAMINO *et al.*, 2001, p. 15).

Assim o racismo contamina as estruturas sociais de dentro para fora, “algo que mantém os negros em uma situação

de inferioridade por mecanismos não percebidos socialmente” (WIEVIORKA, 2007, p.30). No atendimento público de saúde, por exemplo, não é possível afirmar que uma pessoa deixe de ser atendida por ser negra, mas ela pode ser negligenciada através de remarcação de consultas, maior tempo de espera, atendimentos médicos mais curtos e incompletos, entre diversas atitudes que dissimulam o racismo.

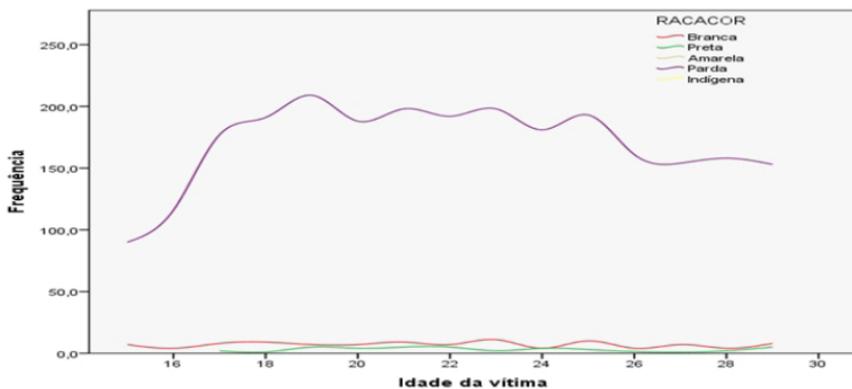
O relatório anual das desigualdades no Brasil apresenta alguns dados preocupantes em relação ao atendimento médico destinado aos negros: “a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes de pretos e pardos sem que se soubesse o motivo devido à ausência de um profissional de saúde que prestasse assistência foi de 32,45, entre homens, e de 24,01, entre as mulheres” (PAIXÃO; CARVANO, 2008, p.59).

Estas distinções apresentam os fundamentos para o atavismo, classificando indivíduos com determinadas características físicas como criminosos natos. De certa forma ainda presente na seletividade policial. Com fundamento em pesquisas anteriores é possível constatar que os negros no Brasil estão mais vulneráveis a uma abordagem da polícia ostensiva do que os brancos. A sociedade por sua vez constitui um perfil de potenciais agressões baseado na cor da pele e na maneira de se vestir, remetendo a princípios do atavismo, atribuindo a pessoas inocentes o estigma de indivíduos perigosos. E ao serem legitimadas pela socie-

dade certas práticas da polícia, oficiosamente se concede um alvará para as ações repressivas contra os extratos mais frágeis da sociedade, imprimindo a estas pessoas suplícios em decorrência de sua condição, aplicando a determinadas pessoas a natureza potencial para a criminalidade.

Relacionado aos homicídios constata-se uma situação alarmante, pois 25,7% dos homicídios são contra jovens negros. Ou seja, a cada 4 pessoas assassinadas 1 delas é do sexo masculino, possui de 15 a 24 anos de idade, e é negra. Os dados do SIM/DATASUS de 2004 apontaram que no Brasil houve 44.844 homicídios, destes 11.526 foram contra jovens negros, representando que 31,49 jovens negros foram mortos por dia.

Vitimização Raça/Cor por Idade em João Pessoa (2002-2012)



Fonte: SIM/DATASUS (2013).

Entre outros males da saúde da população negra encontra-se o traço falciforme, uma característica genética, que influi sobre a forma das hemoglobinas, principalmente entre os negros. Portanto, nesta perspectiva, é incorreto classificar a formação deste traço como doença, porque controverso este julgamento, uma vez que ela pode apresentar sinais como: crises dolorosas, palidez, cansaço, úlceras e maior tendência a infecções. Contudo, o consenso defende que a presença deste traço não impede os seus portadores de desempenharem atividades cotidianas normalmente.

Em linhas gerais há uma construção maniqueísta na relação vítima *versus* agressor, trabalhador *versus* bandido, enquanto em uma perspectiva ideal todos deveriam ser vistos apenas como usuários do sistema de saúde, embora não se tenha percepção de recusa de atendimento para nenhum destes, até mesmo porque o profissional pode responder por negligência ou omissão nestes casos. Em uma conjuntura pós-moderna as atitudes são mais sutis, expressando-se através do “não-dito”, pois no Brasil, o racismo é tipificado como crime passível de sanções severas, representando também uma atitude rechaçada socialmente e moralmente.

Durante um processo destinado a escolher a Seleção Brasileira Infante-Juvenil que representaria o país no Campeonato Sul-Americano de Vôlei, em 2004.

Na época que o caso aconteceu, a atleta tinha 16 anos de idade, era oriunda de uma família pobre e vinculada a um time estadual de vôlei. A carreira no clube estadual começou aos 11 anos de idade e, desde então, a atleta já havia disputado diversos campeonatos regionais e nacionais, sendo campeã estadual e brasileira. Foi considerada como uma das melhores jogadoras brasileiras de vôlei na categoria juvenil, quando iniciou a carreira profissional. Em 2004, a atleta recebeu uma convocação para disputar uma vaga na seleção que representaria o Brasil em campeonato internacional e, nessa ocasião, foi identificado que ela era portadora do traço falciforme. Ao serem convocados a disputar as eliminatórias que antecedem a escolha de uma seleção, os atletas são submetidos a testes físicos e exames laboratoriais. O resultado mostrou que a atleta era portadora da “hemoglobina do tipo AS” ou traço falciforme. A jogadora afirmou que desconhecia a presença desse traço no sangue e foi surpreendida ao receber o resultado do exame e o conseqüente afastamento da seleção (GUEDES; DINIZ, 2007, p.506-507).

O diagnóstico da anemia falciforme deve cumprir com a prevenção dos sintomas, e com a qualidade de vida de seus portadores e não como um elemento de estigma de seus indivíduos, “os benefícios da identificação neonatal em termos

de reduzir a morbidade e a mortalidade de crianças portadoras de hemoglobinopatias” (DAUDT, 2002, p.835).

Dados do Mapa da Violência de 2013 apontam que “no ano de 2010 morreram, vítimas de disparo de arma de fogo, 10.428 brancos e 26.049 negros [...] podemos verificar que as taxas resultantes foram 11,5 óbitos para cada 100 mil brancos e 26,8 óbitos para cada 100 mil negros” (WAISELFISZ, 2013, p.38).

O distanciamento dos serviços básicos como hospitais, escolas, mercado de trabalho, entre outros, configura mais uma modalidade de exclusão. A Inglaterra, em suas colônias africanas, “obrigou a mão-de-obra local a morar em barracos precários à margem de cidades segregadas e restritas” (DAVIS, 2006, p.61). Muitos clubes também restringem o acesso aos negros até hoje, quando só permitem a associação por indicação de membros antigos, e a aceitação deste novo membro deve ser aceita pelos demais.

Na atualidade, a discussão racial no Brasil tem colocado em foco sua relação direta com a falta de ética social e suas consequências para o aumento da violência no país. Esta reflexão, levantada principalmente pela filósofa Marilena Chauí, acresce à discussão racista o fator “reconhecimento do outro”. Para ela, do ponto de vista ético, no momento em que se pratica um ato de violência se desqualifica o outro como sujeito (de direitos, deveres e desejos) e não o trata e

nem o reconhece como ser humano, mas como uma coisa. Assim, o racismo encontra-se presente nas práticas sociais, ora de maneira discreta, ora nas condutas habituais.

A luta pelos direitos humanos nos Estados democráticos de direito, representam a dignidade humana como princípio fundamental deste modelo político, além de constituir “um veículo indispensável de expressão da indignação que sentimos diante do sofrimento infringido aos nossos semelhantes” (RABENHORST, 2005, p. 115). Sob este paradigma, se evidencia o trabalho de promoção dos direitos humanos, tendo em vista o combate à discriminação racial.

Desta forma, o racismo em si representa a desconsideração do indivíduo como sujeito de direitos, pois “a palavra dignidade designa tudo aquilo que merece respeito, consideração, mérito ou estima” (RABENHORST, 1999, p. 15), “a dignidade é acima de tudo uma categoria moral que se relaciona com a própria representação que fazemos da condição humana” (RABENHORST, 1999, p.15). Portanto, evidencia-se, na problemática do racismo, além da seletividade, a desqualificação do indivíduo como ser.

E é em razão desta amplitude ou abertura do conceito de dignidade humana que ações e práticas de naturezas bem diversas, tanto públicas como privadas, podem ser igualmente consideradas como

contrárias ao princípio constitucional da dignidade humana (RABENHORST, 1999, p. 19).

Há dois pontos básicos entre a dignidade humana e os direitos humanos: integridade física e integridade moral, os quais devem ser observados em sua indivisibilidade. Pois “os direitos humanos compõem uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, na qual os direitos civis e políticos não de ser conjugados com os direitos econômicos, sociais e culturais” (PIOVESAN; GOTTI; MARTINS, 2004, p.44). Conferindo à dignidade um caráter subjetivo, a integridade moral no âmbito dos direitos humanos econômicos, sociais e culturais (DhESC) alcança o combate ao racismo.

Assim, observa-se que o racismo no Brasil não apresenta predominantes valores biológicos ou étnicos. Porém, é evidente que a cor da pele ainda é um parâmetro fundamental para a discriminação, apesar de não ser o fator isolado. Quando Sérgio Adorno era pesquisador do Instituto de Medicina Social e Criminologia, ele observou que na investigação de periculosidade a denominação da cor da pele do indivíduo vai mudando no decorrer do andamento dos processos. Muitas vezes, o boletim de ocorrência classifica o cidadão como pardo, ou mesmo branco, e “à medida que o processo vai revelando maior envolvimento, vai se construindo maior

envolvimento dele com o crime; ele se torna mais escuro, ele fica negro” (ADORNO *et al.*, 2000, p.309).

O corpo negro leva para os hospitais, muito mais do que um indivíduo precisando de atendimento. Ele também carrega consigo o estigma, a visão do negro como um indivíduo perigoso, as taxas de mortalidade de jovens envolvidos com a criminalidade, e até mesmo a herança das teorias atávicas, como as defendidas por Lombroso, Gobineau e outros pensadores que fundamentaram o racismo científico no século XIX.

Apesar do SUS sustentar-se nas diretrizes da universalidade, equidade e integralidade, pouco se observa em relação à promoção da saúde dos negros. Seu sistema precário não consegue atender a todos os indivíduos, como se esperava em sua universalidade. As diferenças também não são complementadas pelo sistema de saúde, no qual muitas vezes a falta de especialização de seus profissionais impede um atendimento mais direcionado a casos específicos, como no exemplo da anemia falciforme. Por fim, o princípio da integralidade é inexecutável, pois, diante da estrutura de atendimento, as enfermidades são tratadas em isolado, não existindo comunicação entre os setores internos, o que leva muitas vezes os usuários a se perderem no percurso de ida e volta entre especialistas e setores dos hospitais.

Existem algumas políticas públicas voltadas à atenção dos negros, das mulheres, sobretudo com o avançar do Estatuto da Igualdade Racial. Contudo, muitas vezes estas medidas não vão além dos *folders* e cartazes afixados nas paredes dos hospitais. Poucos profissionais na área da saúde escolhem se especializar em determinadas enfermidades, devido ao baixo retorno econômico, e mesmo quando estas qualificações são fornecidas, geralmente em nível de capacitações, os profissionais não dispõem do tempo e dedicação necessários para esta formação, tendo o desinteresse como um dos maiores entraves.

A formação dos profissionais da saúde ainda é muito voltada ao domínio técnico, porém mudanças recentes no perfil curricular da medicina apresentam esforços para tentar formar um novo tipo profissional, apesar de representar poucas expectativas a curto prazo.

Referências bibliográficas

ADORNO, Sérgio *et al.* A violência contra minorias. In: VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos (orgs.). **Cidadania e violência**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

ATHAYDE, Celso *et al.* **Cabeça de porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

BACILA, Carlos Roberto. **Estigmas**: um estudo sobre os preconceitos. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

BERNARDINO, Joaze. Ação Afirmativa e a Rediscussão do Mito da Democracia Racial no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, v. 24, n. 2, 2002, pp. 247-273.

BRYM, Robert J. *et al.* **Sociologia**: sua bússola para um novo mundo. São Paulo: Thompson, 2006.

CAMINO, Leoncio *et al.* A face oculta do racismo no Brasil: uma análise psicossociológica. **Revista Psicologia Política**. Belo Horizonte, v.1, n.1, pp. 13-36, 2001.

CARVALHO, Patrícia; et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.16, n.3, pp. 185-194, 2007.

CHAUÍ, Marilena. Uma filosofia da liberdade. **Cult**, v.3, n.6, pp. 51-53, 2000.

DA MATTA, Roberto. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

_____. **Carnavais, malandros e heróis:** para uma sociologia do dilema brasileiro. 6.ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DAUDT, Liliane et al. Triagem neonatal para hemoglobinopatias: um estudo piloto em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.18, n.3, pp. 833-841, 2002.

DAVIS, Mike. **Planeta favela.** São Paulo: Boitempo, 2006.

DÁVILA, Jerry. **Diploma de Brancura:** política social e racial no Brasil 1917-1945. São Paulo: UNESP, 2006.

ELIAS, Norbert.; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders:** sociologia das relações de poder em uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

FERNADES, Florestan. **O negro no mundo dos brancos.** 2.ed. São Paulo: Global, 2007.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala:** formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 48.ed. São Paulo: Global, 2003.

FUNASA. **Saúde da população negra no Brasil:** contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.

GELEDÉS. **Número de óbitos maternos em mulheres negras e brancas, Brasil, 2000 a 2007.** <http://www.geledes.org.br/afrobrasileiros-suas-lutas/numero-de-obitos-maternos-em-mulheres-negras-e-brancas-brasil-2000-a-2007.html>

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GUEDES, Cristiano; DINIZ, Debora. Um caso de discriminação genética: o traço falciforme no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.17, n.3, pp.501-520, 2007.

GUIMARÃES, Antonio. Preconceito de cor e racismo no Brasil. **Revista de Antropologia**. São Paulo: v.47, n.1, pp. 9-43, 2004.

Kamel, Ali. **Não somos racistas**: uma reação aos que querem nos transformar numa nação bicolor. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, Luiz. (Orgs.). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2007-2008**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2008.

PIOVESAN, Flávia; GOTTI, Alessandra; MARTINS, Janaína. A proteção internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais. In: LIMA JÚNIOR, Jayme (Org.). **Direitos humanos econômicos, sociais e culturais**. Recife: Plataforma Interamericana de Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento, 2004.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas racial brasileiro**. PNUD, 2004. http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/atlas_racial.zip

RABENHORST, Eduardo. Breves considerações sobre o princípio da dignidade humana. **Revista Direitos Humanos - GA-JOP**. Recife, v. 1, n. 1, p. 14-19, 1999.

_____. A dignidade do homem e os perigos da pós-humanidade. **Verba Juris**. João Pessoa, v. 4, n. 4, pp. 105-126, jan./dez., 2005.

RIOS, Roger Raupp. Relações raciais no Brasil: desafios ideológicos à efetividade do princípio jurídico da igualdade e ao reconhecimento da realidade social discriminatória entre negros e brancos. In: BALDI, César Augusto (org.). **Direitos humanos na sociedade cosmopolita**. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

SANSONE, Livio. Fugindo para a força: cultura corporativista e “cor” na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. **Estudos afro-asiáticos**, v.24, n. 3, p. 513-532, 2002.

SALES JUNIOR, Ronaldo. Democracia racial: o não-dito racista. **Tempo Social**. São Paulo, v. 18, n. 2, pp. 229-258, 2006.

WASELFISZ, Julio. **Mapa da violência 2013**: mortes matadas por armas de fogo. Rio de Janeiro: FLACSO, 2013.

WIEVIORKA, Michel. **O racismo, uma introdução**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

Colaboradores

Adriana Pereira de Sousa

Graduada em História pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestre em Sociologia pelo Programa de Pós Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB). Professora de graduação e pós-graduação pelo Instituto de Ensino Superior Natalense (IESN). Endereço eletrônico: anairda30@ig.com.br

Aissa Romina Silva do Nascimento

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Especialista em Gestão e Planejamento em Educação pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), Mestre em Sociologia pelo Programa de Pós Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB), Doutoranda em Sociologia pelo PPGS/UFPB, Professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UAENF/CFP/UFCG). Endereço eletrônico: aissas@bol.com.br

Alba Jean Batista Viana

Professora do Curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande-PB, especialista em saúde pública, mestre em Ciências da Nutrição com área de concentração em saúde coletiva e doutoranda do Programa de Pós-

Graduação em Sociologia da UFPB, na linha de pesquisa saúde e sociedade. Endereço eletrônico: albaJean2009@gmail.com

Allan Sátyro Gomes

Graduando em Educação Física pela Universidade federal da Paraíba. Foi Bolsista PIBIC do projeto de pesquisa, intitulado “A compulsão por modelar o corpo nas academias” (2009/2010) coordenado pelo professor Iraquitã de Oliveira Caminha. Voluntário do projeto de pesquisa: Acessibilidade de portadores de deficiência no SUS (2008). Membro do grupo de pesquisa LAIS-THESIS – Laboratório de Estudos sobre Corpo, Estética e Sociedade. allangomessatyro@hotmail.com

Ana Carolina Gondim de A. Oliveira

Professora de Direito, graduada em Ciências Jurídicas pela UEPB; especialista em Processo Civil pela UCAM/RJ e mestre em Direitos Humanos no Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas CCJ/UFPB. Pesquisa na área de Teoria e História do Direito e Direitos humanos, com ênfase em Biodireito e Gênero. Endereço eletrônico: anagondim30@hotmail.com

Anúbes Pereira de Castro

Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Mestre em Saúde Pública (UFPB). Endereço eletrônico: anubes@ensp.fiocruz.br

Artur Perrusi

Professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Possui formação em medicina, especificamente em psiquiatria. Faz parte do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE e é colaborador do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPB. Atua na área de Sociologia, com ênfase em três eixos: Sociologia da Saúde, Sociologia Política e Teoria Social. Endereço eletrônico: aperrusi@uol.com.br

Átila Andrade de Carvalho

Doutorando em Sociologia do Programa de Pós Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba e membro do Grupo de Estudos em Saúde, Sociedade e Cultura – GRUPESSC/UFPB. Endereço eletrônico: atilajp00@gmail.com

Eduardo Sérgio Soares Sousa

Docente-Pesquisador do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Doutor em Sociologia (UFPB), esergiosousa@uol.com.br.

Elisa Pinto Seminotti

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestre em Antropologia pela Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB). elisaseminotti@hotmail.com

Fabiano Almeida da Silva

Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Mestre em Sociologia pelo programa de Pós-Graduação em sociologia (PPGS/UFPB). Durante o mestrado trabalhou com a temática da sociologia do corpo, cuja dissertação intitulada: “Body-building e a confiança e medo no uso dos esteroides anabolizantes: uma análise sociológica”. fas.marx@hotmail.com

Fábio Pereira Figueiredo

Docente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Especialista em Teoria e Prática Psicanalítica pela UNEPSI e Mestre em Ciências da Sociedade pela UEPB, Doutorando em Literatura e Interculturalidade pela mesma Universidade, possui Formação em Psicanálise Clínica pelo “Instituto Luís Maia” da Sociedade Psicanalítica da Paraíba. fabioapsicanalise13@yahoo.com.br.

Iraquitã de Oliveira Caminha

Professor-pesquisador do Departamento de Educação Física, do Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Estadual de Pernambuco/Universidade Federal da Paraíba e do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal da Paraíba. Líder do grupo de pesquisa LAIS-THESIS – Laboratório de Estudos sobre Corpo, Estética e Sociedade e do grupo de estudos de FILOSOFIA DA PERCEPÇÃO. Autor do livro **O distante-próximo e o próximo-distante:**

corpo e percepção na filosofia de Merleau-Ponty, entre outras publicações. Contato: iraqi@uol.com.br ou caminhairaquitan@gmail.com

Ivana Silva Bastos

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Paraíba e mestre em Sociologia pela mesma universidade. Pesquisa na área de Gênero e Religiões Afro-brasileiras. Vem desenvolvendo ao longo de sua vida acadêmica estudos voltados à liderança feminina no universo religioso afro-brasileiro, mais especificamente no candomblé. Endereço eletrônico: ivanna_bastos@yahoo.com.br

Luziana Marques da Fonseca Silva

Doutora em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba. Professora Adjunta do Departamento de Ciências Sociais do CCAE/UFPB e pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde, Sociedade e Cultura – GRUPESSC/UFPB. Endereço eletrônico: luzianas@gmail.com

Maria do Socorro Sousa

Professora adjunta do CCS/UFPB, graduada em medicina e mestre em Ciências das Religiões pela UFPB. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Campina Grande. Membro do Grupo de Pesquisa Hygia ligado ao Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões da UFPB, dentro da linha de pesquisa de Espiritualidade e Saúde. Endereço eletrônico: marisoussa@terra.com.br

Mayrinne Meira Wanderley

Graduada em História pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), mestra e doutora em Sociologia (PPGS) pela mesma instituição. Professora de graduação e pós-graduação pelo Centro Universitário de João Pessoa e Senac. Pesquisa com ênfase em corpo e consumo. Endereço eletrônico: mayrinne@gmail.com

Mércia Gomes Oliveira de Carvalho

Técnica do Ministério da Saúde (Brasil), mestre em ciências da nutrição, com a área de concentração em saúde coletiva pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Email: merciagoc@gmail.com

Raimunda Neves de Almeida Couras

Graduada em Economia, Especialista em Gestão Empresarial e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, Mestre em Ciências das Religiões pela UFPB, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Hygia ligado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, dentro da linha de pesquisa Espiritualidade e Saúde. Endereço eletrônico: nevescouras@gmail.com

Robson Antão de Medeiros

Professor de Direito da graduação e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas CCJ/UFPB. Pós-doutor em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Portugal. Endereço eletrônico: robson.antao@uol.com.br

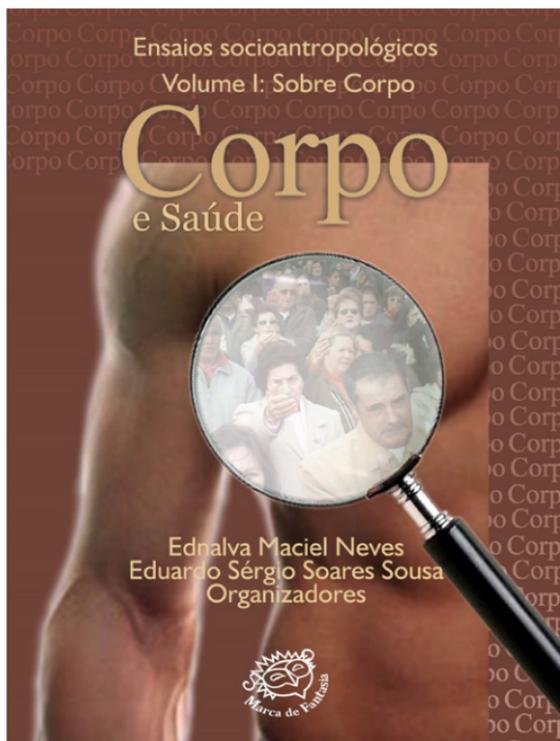
Wagner Solano de Arandas

Membro do Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos da Universidade Federal da Paraíba, e doutorando em Sociologia pela mesma instituição. Endereço eletrônico: wagnerarandas@yahoo.com.br.

Wallace Ferreira de Souza

Historiador pela Universidade Estadual da Paraíba/UEPB (2004), Mestrado em Ciências das Religiões/Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2008) e atualmente cursa o Doutorado em Ciências Sociais na Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Desenvolve estudos no campo da Antropologia pesquisando temas como Religião e Religiosidades Afro-brasileiras, etnicidade com ênfase nas comunidades quilombolas, Etno história, metodologia das Ciências Sociais e Direitos Humanos. Pesquisador do Laboratório de Estudos em Movimentos Étnicos - LEME. Endereço eletrônico: wallace.ferreiradesouza@gmail.com

Leia o primeiro volume de
Corpo e Saúde



www.marcadefantasia.com