

Ferreira Adorno, Rubens de Camargo
Consumos de Saúde e os Corpos Vulneráveis na Sociedade Brasileira
Saúde e Sociedade, vol. 23, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 7-11
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263653001>

Editorial

Consumos de Saúde e os Corpos Vulneráveis na Sociedade Brasileira Consumption in health and vulnerable bodies in Brazilian society

Este editorial antecede a introdução feita para o Dossiê que este número da revista apresenta e busca trazer a sua discussão juntamente com os artigos de contribuição espontânea dos autores.

Olhando para fotos antigas que ficaram expostas no corredor do subsolo da Faculdade de Saúde Pública da USP e que retratavam o uso daqueles corredores à época em que ali funcionava o Centro de Saúde fundado na década de 1920, nos deparávamos com imagens em que apareciam mulheres e crianças à espera do atendimento; em outras fotos, mulheres vestidas inteiramente de branco ocupavam a cena provavelmente “explicando” hábitos saudáveis para aquela população também predominantemente de mulheres, com seus filhos no colo ou em pé a seu lado, com olhares às vezes sem brilho. Ali estava representada uma parte da história da saúde pública: o momento em que os imigrantes, os pobres e as populações rurais eram alvo da intervenção sanitária na cidade de São Paulo e deveriam, através da sua presença ali, receber a educação que pretendia transmitir a eles hábitos de higiene que iriam promover sua saúde, educá-los e integrá-los à vida nacional.

O registro dessa história e a crítica a esses procedimentos animaram muitas das discussões da saúde pública e da saúde coletiva que em finais da década de 1970 se alinhavam com os movimentos sociais, políticos e de crítica ideológica, em um momento de resistência à ditadura civil e militar que durou décadas no Brasil.

O movimento de crítica às posturas tidas como autoritárias e ideológicas da pregação sanitária passou a sustentar o direito à saúde através da extensão da assistência médica de forma universal e integral a toda à população. O campo da saúde, através do Sistema Único de Saúde talvez tenha se tornado a política pública e social de maior impacto

sobre o conjunto da sociedade brasileira. A saúde, afinal, para o sentido comum e para a opinião pública, vem sempre antes do que a educação e outros “privilegios” sociais.

Outro registro de memória da investida nesse campo sanitário foi de uma vez em que participei de um seminário, realizado em um hospital público de uma cidade do interior de São Paulo. Era um equipamento hospitalar representativo da política de construção de equipamentos de saúde do governo do Estado de São Paulo entre as décadas de 1940 e 1950: prédios de cor cinzenta e por dentro com enfermarias e corredores enormes. Os prédios públicos, com a sua enormidade, contrastavam com as construções modestas que os rodeavam. Isso pode ser notado com os hospitais, fóruns e escolas em várias cidades do Estado de São Paulo, evidenciando uma tendência de muito tempo. Naquele momento de realização do seminário, década de 1980, haviam sido transferidos para aquele hospital algumas dezenas de corpos vivos, sobreviventes de décadas de internação no Hospital do Juqueri, antigo e famoso manicômio próximo à cidade de São Paulo. Os internos que ali haviam ficado durante anos foram distribuídos para outras unidades: naquele momento, grupos de profissionais jovens e dedicados ideologicamente à causa e à defesa do sistema público de saúde tinham como projeto o fechamento dos manicômios, mas tentavam também recuperar aqueles corpos que, na altura, só podiam ficar alojados em pequenos “chiqueirinhos”, pois anos e anos da repressão hospitalar levavam a que, nus, rastejassem no chão, soltassem gemidos e alguns urros, sendo constantemente higienizados com o lançamento de jatos de água para limpá-los e limpar também a área dos seus dejetos. Mostrando essas cenas, o jovem psiquiatra que então fora designado para dirigir a instituição nos explicava, didaticamente, os limites de qualquer projeto de recuperação associado às intervenções dos vários técnicos - como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e assistentes sociais que ele havia a custo conseguido trazer para formar uma equipe. Havia ali o efeito do

aprisionamento institucional e de uma cronicidade. O mais indignante, talvez, (ponderava ele) era pensar que, ao buscar o registro desses internos, se depararia com o fato de que em sua maior parte aqueles então sujeitos haviam sido internados por desavenças familiares, “vadiagem” - de acordo com o código civil da época que encarcerava nos manicômios mendigos, mulheres em crise emocional, mulheres que eram acusadas de prostituição, “pederastas”, etc..

Achei importante trazer esses registros - já parte da história das práticas sanitárias - como participante dessa história da saúde pública como uma saúde coletiva, visto que como ação interventora ela tem impactos em toda sociedade - para, através dessas lentes regressivas do passado, refletir sobre o presente através dos textos que essa publicação vem a oferecer.

Também considero oportuno fazer esses registros no sentido de destacar nesse número da Revista o Dossiê intitulado “Uma antropologia de interface: políticas públicas e assistenciais numa perspectiva comparativa”, apresentado a seguir pela Profa. Chiara Pussetti, que dividiu comigo a parceria na coordenação dos projetos que possibilitaram intercâmbio e pesquisas das ciências sociais na área da saúde entre Brasil e Portugal, apoiado pelo projeto do mesmo nome suportado pela CAPES no Brasil e pela FCT em Portugal.

Olhar de forma cruzada e numa perspectiva para além do nacional é talvez algo urgente e necessário para um país que sempre teve como questão o olhar para si mesmo e para o seu próprio “desenvolvimento”, com laivos nacionalistas ou não; as questões internas, das desigualdades às injustiças, da violência estrutural do estado às fases econômicas em que o endividamento externo comprometia as políticas sociais, sempre foram motivos mais do que suficientes para ocupar-nos sempre dentro de nossas fronteiras. Hoje, olhar na perspectiva de um mundo globalizado é mais do que uma urgência: é a forma de podermos exercer a própria crítica.

Vivemos em um momento em que distintas lógicas convivem na relação dos serviços e da população: a lógica da assistência e, junto com ela, uma lógica do controle ou da intervenção sobre a vida dos outros. A possibilidade de estudos internacionais vai possibilitar cruzar essas lógicas; este é o caso de

Portugal que, como parte da Comunidade Europeia, olha para sua população trabalhadora, hoje formada em grande parte pelos imigrantes, com essa lógica cindida entre a assistência e o risco. No Brasil, se o tema da imigração não se comporta dessa maneira - somos histórica e “teoricamente” uma sociedade “assimilacionista” - essa invisibilidade coloca os atuais imigrantes - como os bolivianos em São Paulo, na categoria dos “outros” e “vulneráveis” junto às grandes parcelas de nossa população.

O fato é que a existência de serviços obedece a uma lógica que escapa à dimensão meramente técnica. Ela envolve relações sociais, que por sua vez aparecem permeadas pelas posturas políticas, religiosas ou ideológicas dos profissionais e que ainda se subordinam a uma lógica de Estado que empreende políticas para a população no bojo de programas e de suas ações. Isto pode parecer difícil de compreender para a lógica presente, cada vez mais técnica, produtivista, com uma saúde voltada ao consumo de “serviços de saúde”, nas quais temas como a “promoção” e a “humanização” são tratados por pesquisas que replicam e validam questionários internacionais; nas quais são realizadas intermináveis discussões sobre “técnicas” voltadas para atividades meios ou para modelos de gestão, com a quantificação e a descrição apresentadas muitas vezes como conhecimento e inovação.

Se todo o saldo da ação das instituições que visavam o controle e os comportamentos aparece no decorrer do século XX, vejamos que na passagem para o século XXI vai ficando claro um processo já latente de outro nível desse controle, apoiado no “capital” técnico e nas tecnologias como fármacos, psicofármacos e técnicas de intervenção que apostam na viabilização de uma lógica do “bem-estar social” através do consumo de insumos farmacêuticos e seus efeitos sobre os corpos.

Observamos, tanto no plano nacional como internacional, programas voltados às consideradas “doenças de risco” e/ou populações vulneráveis, entre elas doenças tanto crônicas como infecciosas, e um crescente aumento das intervenções da chamada “saúde mental” e da psiquiatriização da vida. Assim, tanto temas como as “drogadições” como relativos às diferenças étnicas, sociais, sexuais, geracionais e outras causadas pela precarização do trabalho pas-

sam a ser objeto de intervenções no campo médico-sanitário. Há uma ampliação da medicalização da vida e das pessoas, que, sendo diferentes, podem constituir-se em ameaça à vida social.

As agências nacionais e internacionais procuram na especialização técnica e científica respostas para as questões que emergem na esfera da saúde e do controle dos agravos de maior risco, esmiuçando as causas das “vulnerabilidades”, mas de fato individualizando o “outro” como o “vulnerável”. No entanto, e apesar disso, suas ações passam tanto pela mediação política dos Estados como pelas barreiras das fronteiras nacionais e transnacionais, bem como pelas desigualdades sociais, étnicas e de todo tipo de marcador que constrói novas desclassificações sociais.

Feita essa chamada e considerações e retomando a referência ao Dossiê aqui publicado, vamos encontrar nos primeiros artigos uma temática formada por um recorte geracional contemporâneo: os jovens marroquinos que tentam entrar na Europa, motivados tanto por pares jovens e adultos como pela situação de suas próprias famílias e que cruzando a fronteira tornam-se alvo da assistência e da segurança; os jovens em “conflito com a lei” no Brasil, ou jovens que realizam performances de gênero e se incluem no mercado sexual, na disputa da “mente” e do corpo com os profissionais da assistência e das religiões, que propõem destinos e posturas diferentes em relação aos consumos, ao corpo e à sexualidade. Há uma disputa entre os corpos jovens que atravessa a assistência e o risco, a vulnerabilidade e a segurança, da prescrição de normas às internações compulsórias. Os propalados jovens - que passam da esfera de suas performances “estranhas” para serem os jovens ameaçadores na ótica do dispositivo de assistência que os torna alvo da segurança - de vulneráveis passam a ser construídos como o “risco” da sociedade, na medida em que também tomam para si cada vez mais o desejo de se tornarem autônomos em relação às famílias de origem.

Dessa mesma maneira, outros artigos ainda nesse dossiê vão falar das diferenças dos corpos nos serviços de saúde e prevenção: o corpo migrante e o corpo dos profissionais do sexo como campo de atuação entre a assistência e a segurança. Acrescenta-se a esse campo um tema tradicional da saúde pública,

a tuberculose, hoje alvo dos programas globais, trazendo uma discussão sobre a “vulnerabilidade” ou “vulnerabilidades”, termos que nas últimas décadas foram impregnando vários campos de conhecimento e intervenção desenvolveram uma polissemia quase que autoexplicativa - muito pouco entendida e decodificada como produto das situações sociais que envolvem os sujeitos hoje em escala global e lida e interpretada muito mais como atributos dos sujeitos. Conclui-se que não se trata de pensar o tratamento de tuberculose como uma relação “técnica”, mas de circunscrever a convivência com episódios de tratamento e de conviver com a doença como expressão da própria precariedade da vida dos sujeitos que transitam em vários terrenos e que seriam, portanto, portadores do que aqui nesse editorial chamaríamos de “Corpos Vulneráveis”. Os artigos destacam também as formas de “subjetividades” que são construídas a partir desse embate entre a vida e as práticas de assistência/seurança, subjetividades que resistem e assim passam a articular seus agenciamentos entre as vulnerabilidades e os riscos.

A partir desses temas introdutórios, partimos para um conjunto de três artigos que dialogam com um tema construído política e sanitariamente na atual conjuntura de governamentalidade brasileira. O que intriga na imagem produzida pela mídia dos “viciados/usuários/dependentes” do crack é talvez o fato de que o consumo público, nas cidades brasileiras, de uma droga já por si mesma portadora de um estigma, tornou visível um grupo social, talvez não tão imenso como quisesse a mídia e certos atores políticos, mas representativo de uma parcela da população que vive a vida em estado de pobreza e em situação de permanentes e constantes perdas, de sucessivas desestruturações cotidianas dentro de uma intensa precarização da vida e dos meios de vida. Há aí semelhanças com a história de vida que envolve o sujeito alvo do programa de tratamento de tuberculose, tema do artigo anterior.

Os movimentos de rua -que ficaram conhecidos como “movimentos de junho” no Brasil de 2013 - ao reivindicar saúde, infraestrutura, transporte, também denunciaram uma relação corrente entre as instituições da sociedade brasileira e a exclusão ao trazer, ao lado das faixas que reivindicavam saúde, mais transportes, infraestrutura básica

etc., a insígnia “Onde está o Amarildo”, em alusão à procura de um corpo, vivo ou morto, de um homem simples. Mais tarde, as investigações mostraram que Amarildo desaparecera com a participação da então “polícia pacificadora”. A denúncia pública à procura de um corpo é a própria face de uma biopolítica que passa a ser cobrada pelas vozes da rua, e que nos remete a memórias clássicas e profundas da cultura ocidental: como o drama de Antígona na tragédia de Sófocles, que clama pelo enterro do corpo do irmão, da mesma forma denunciar um desaparecimento torna-se uma ideia de direito em uma sociedade que esconde corpos¹.

Todo biopoder é uma política dos corpos, seja na maneira com que eles se mantêm vivos, seja a sua maior vulnerabilidade e risco para o desaparecimento e a morte. Entre práticas nem sempre exemplares ou promotoras e a reivindicação de direitos e acesso encontra-se o terreno da intervenção do Estado, que transita entre a segurança e o risco; a instituição saúde faz interface com essa relação.

São então diversas as maneiras de se tornar “vulnerável”: uma delas é ser trabalhador em uma posição precária do mercado de trabalho, portar uma doença transmissível como tuberculose, outra é ser um usuário de crack. O que há em comum entre os diversos segmentos da população abordados nos artigos deste Dossiê é sua situação de “desclassificação social” em sociedades contemporâneas inseridas na economia global, na qual migrantes, imigrantes e pobres nativos vivem a partir de trabalhos precários ou em trabalhos participantes de circuitos paralelos ou economias ilegais, como o pequeno tráfico de drogas. No caso do uso de uma droga como o crack, ocorre mais um tipo de desclassificação social que, para o sujeito, torna-se quase que uma situação de exclusão irremediável: ele se torna para o modelo médico um “dependente químico”, ou seja, um atributo de fracasso ou mais uma incorporação problemática à sua subjetividade.

Nessa direção, o artigo de Taniele Rui, mostrando as fronteiras simbólicas construídas no território urbano e os mitos em torno dos usuários da cra-

colândia de São Paulo, sem dúvida o espaço público de maior relevância nacional, vai destacar como esse espaço é útil à população que frequenta a área, favorecendo perspectivas de mudanças no seu próprio cotidiano. Regina Medeiros contribui para desvelar a trama institucional e terapêutica em torno de uma multiplicidade de papéis assumidos pelos usuários, mostrando como o proibicionismo e os mitos criados influem nos próprios usos assim como nas falhas da assistência. Ela dialoga novamente com a dicotomia segurança/risco, assistência/vulnerabilidade e, mais do que isso, consegue mostrar a ineficácia dos tratamentos baseados na ideia da abstinência. Mostra-se como o proibicionismo e a política de guerra às drogas, além do encarceramento em massa de parcela da população brasileira, vem legitimar as mortes praticadas pelos agentes da segurança e a internação social dos usuários.

Entre os artigos dessa edição enviados por contribuição voluntária dos autores é abordada a relação entre usuários de crack e seus familiares, novamente para mostrar como os estereótipos, preconceitos e visão dos familiares acabam por construir o problema que poderíamos chamar do uso de droga e relação de “dependência”. Acrescenta-se a essa linha temática do consumo das chamadas drogas o texto que trata da certa institucionalidade do uso de álcool pelos agentes da marinha.

Destacam-se além disso nesses artigos a contribuição etnográfica, mostrando como de uma maneira não formal pode-se realizar “pesquisas qualitativas” saindo do clichê “entrevistas - análise de conteúdo” muitas vezes estereotipado e responsável pela construção de narrativas meramente descritivas, que em nome de uma suposta “metodologia” constroem formas que artificializam dos dados nativos coletados.

Se na verdade pensarmos no papel cada vez mais central que os fármacos, como produtores do “bem-estar”, vêm ocupando como principal técnica da assistência médica - entre eles os psicofármacos que têm sido amplamente prescritos para uma demanda que envolve um “sofrimento social” contemporâneo

¹ Amarildo é o nome de um ajudante de pedreiro que desapareceu em uma unidade policial pacificadora no Rio de Janeiro e que foi tema de diversas manifestações de rua ocorridas no Brasil em junho de 2013, com faixas que perguntavam sobre o destino de seu corpo.

- vamos ver que o consumo técnico passa, cada vez mais, a fazer parte da vida. Mas nesse caso, longe de pensar apenas em uma continuidade entre técnica/natureza/ medicamentos/ cultura, vamos verificar que essas prescrições envolvem conflitos e relações de poder de classe, gênero ou etnia na sociedade; também problemáticos são os efeitos desses dispositivos na produção de subjetividades².

Artigos como o que trata da regulamentação da bula por parte das agências expressam como os consumidores estão atentos aos benefícios/malefícios dos fármacos. Da mesma maneira, o texto que versa sobre a disposição da “contracepção de emergência” é representativo de como o uso de fármacos vem tomando o lugar do discurso da prevenção, ao mesmo tempo em que passa a ser regulado pelas intencionalidades e crenças dos profissionais.

O relato de uma pesquisa sobre a “humanização” do programa de idosos vai concluir pela necessidade de compreender melhor o sentido da “autonomia” e da “comunicação” como questões críticas nas relações entre os profissionais e a população atendida.

O tema do ambiente se faz presente na discussão de indicadores e formas de financiamento voltados para a melhoria da qualidade de vida ambiental e outros textos tratam da necessidade de compreender processos às vezes não visíveis tanto nas administrações terapêuticas como nos eventos de vida, como o stress.

Enfim, a partir dessa chamada que coloca a saúde em um território de interface, no qual, o tempo todo, as relações sociais atravessam as relações, normas, regulamentações, procedimentos etc., tomados sempre por um caráter técnico, nesse número da revista podemos estimular o exercício reflexivo e crítico chamando a atenção para aquilo que desde a década de 1970 vem sendo reconhecido como o biopoder. Biopoder que envolve uma relação não apenas unilateral da ação técnica, mas as respostas da sociedade, a contraposição dos direitos e a resistência às investidas do poder.

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Professor Associado III da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

² Nesse caso ver BIEHL, J. Antropologia do devir: psicofármacos - abandono social - desejo. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 413-449, 2008.