

O FAZ MUNDO EM MEDICINA

A EMERGÊNCIA DA ANTROPOLOGIA MÉDICO-ESPECULATIVA

Paulo Rogers Ferreira
Lisandra Chagas
(Organizadores)



EDIÇÕES
UESB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)

Reitor

Prof. Dr. Luiz Otávio de Magalhães

Vice-Reitor

Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes

Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEX)

Profª Drª Gleide Magali Lemos Pinheiro

Diretora da Edições UESB

Me. Manuella Lopes Cajaíba

Editor

Yuri Chaves Souza Lima

COMITÊ EDITORIAL

Presidente

Profª Drª Gleide Magali Lemos Pinheiro (PROEX)

Representantes dos Departamentos/Áreas de Conhecimento

Profª Drª Alba Benemerita Alves Vilela (DS II)

Profª Drª Delza Rodrigues de Carvalho (DCSA)

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti (DS 1)

Prof. Dr. Flávio Antônio Fernandes Reis (DELL)

Prof. Dr. José Antonio Gonçalves dos Santos (DCSA)

Prof. Dr. José Rubens Mascarenhas de Almeida (DH)

Prof. Dr. Luciano Brito Rodrigues (DTRA)

Profª Drª Sylvana Naomi Matsumoto (DFZ)

Representantes da Edições UESB

Me. Manuella Lopes Cajaíba (Diretora)

Esp. Yuri Chaves Souza Lima (Editor)

Adm. Jacinto Braz David Filho (Revisor)

Dr. Natalino Perovano Filho (Portal de Periódicos)

Produção Editorial

Normalização Técnica

Jacinto Braz David Filho

Revisão de linguagem

Luciana Moreira Pires Flôres

Editoração Eletrônica

Ana Cristina Novais Menezes (DRT-BA 1613)

Capa

Imagem obtida em: <https://www.pexels.com/photo/magnetic-resonance-imaging-machine-13176358/>

Arte gráfica (montagem): Warley Souza dos Reis

Publicado em: 20/03/2025.

**Paulo Rogers Ferreira
Lisandra Chagas
Organizadores**

O FAZ MUNDO EM MEDICINA

A EMERGÊNCIA DA ANTROPOLOGIA MÉDICO-ESPECULATIVA



Vitória da Conquista – Bahia
2025

Copyright © 2025 by Organizadores.
Todos os direitos desta edição são reservados a Edições UESB.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação de direitos autorais
(Lei 9.610/98).

Livro selecionado conforme Edital UESB N.º 102/2022
Publicação de livros técnico-científicos em formato digital (e-books)

F294

O faz mundo em medicina: a emergência da antropologia médico-especulativa [recurso eletrônico]. / Orgs. Paulo Rogers Ferreira, Lisandra Chagas. -- Vitória da Conquista: Edições UESB, 2025.

129 p.

ISBN 978-65-87106-84-7

E-book

Antropologia médico-especulativa. 2. Antropologia médica. I. Ferreira, Paulo Rogers. II. Chagas, Lisandra. III. T.

CDD: 306.461

Catlogação na fonte: Karolyne Alcântara Profeta — CRB 5/2134
Biblioteca Universitária Professor Antonio de Moura Pereira UESB
Campus de Vitória da Conquista

Editora filiada à:



Campus Universitário – Caixa Postal 95 – Fone: 77 3424-8716
Estrada do Bem-Querer, s/n – Módulo da Biblioteca, 1º andar
45031-900 – Vitória da Conquista – Bahia
www2.uesb.br/editora – E-mail: edicoesuesb@uesb.edu.br

A Bruno Latour

AGRADECIMENTOS

Esta coletânea foi selecionada por meio do Edital nº 102/2022 de Publicação de Livros Técnico-Científicos em Formato Digital (*E-books*) da Edições UESB. Trata-se de uma obra que foi possível com a colaboração científica de duas instituições parceiras: a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

A coletânea é resultado de pesquisas desenvolvidas por pesquisadores associados do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM), vinculado ao curso de medicina do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Agradecemos a todos pela feitura de cada capítulo, como também às agências de fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), que financiaram boa parte dos trabalhos aqui apresentados.

Médicos, antropólogos, sociólogos, enfermeiros, psicólogos e odontólogos, em um fazer mundo, estão aqui presentes. Esta obra se volta para estudantes e profissionais das áreas de ciências humanas e de ciências da saúde e para toda leitora e todo leitor interessado em prática médica.

Por onde andavam os micróbios antes de Louis Pasteur?

Bruno Latour

Pasteur: guerre et paix des microbes (1984)

SUMÁRIO

Sobre os(as) autores(as).....	10
-------------------------------	----

Apresentação

<i>Paulo Rogers Ferreira e Lisandra Chagas</i>	15
--	----

PARTE I

ANTROPOLOGIA MÉDICO-ESPECULATIVA: RELAÇÃO HUMANO E MAIS QUE HUMANO SOB ALTERAÇÃO

Capítulo 1 – A Emergência da Antropologia Médico-Especulativa

<i>Paulo Rogers Ferreira e Lisandra Chagas</i>	21
--	----

Capítulo 2 – Da Inserção das Ciências Sociais na Área da Saúde no Brasil ao CBPAM/UFBA

<i>Sara Freitas, Tarcísia Castro Alves, Matheus Henrique dos Santos Silva, Uildson Pacheco de Dens e Gabriela Garcia de Carvalho Laguna</i>	38
---	----

Capítulo 3 – Antropologia Médico-Especulativa da Cardiomiopatia de Takotsubo

<i>Paulo Rogers Ferreira, Gabriela Chateaubriand Campos, Fernanda Beatriz Melo Maciel, Alane Alves Fernandes e Alessandra Mawu Defendi Oliveira</i>	48
---	----

Capítulo 4 – Antropologia Médico-Especulativa do Interdependente em Áreas Rurais

<i>Otávio Ribeiro Lago Netto e Paulo Rogers Ferreira</i>	58
--	----

Capítulo 5 – Antropologia Médico-Especulativa dos Cuidados Paliativos

<i>Luana Alves Ferraz e Paulo Rogers Ferreira</i>	68
---	----

PARTE II

EMARANHADOS

Capítulo 6 – É que Narciso Acha Feio o que não é Espelho: a Produção de uma Oficina de Saúde sobre Hanseníase Espelhada em Humanos	
<i>Roselly Mascarenhas, Daniela Arruda Soares e Paulo Rogers Ferreira.....</i>	<i>79</i>
Capítulo 7 – A Cartografia como Método em Educação em Saúde	
<i>Nívea Maria Silva Silveira, Alba Benemerita Alves Vilela e Eliana Amorim de Souza.....</i>	<i>92</i>
Capítulo 8 – A Clínica Ampliada é uma Clínica de Multiplicidades e não de Intersetorialidade	
<i>Katlene Rodrigues Menezes de Azevedo.....</i>	<i>105</i>
Capítulo 9 – Especulando Escalas em Pesquisas sobre Saúde Mental	
<i>Alex Viana de Araújo e Edi Cristina Manfroi.....</i>	<i>111</i>
Capítulo 10 – Saúde Bucal em Populações de Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil	
<i>Ricardo de Almeida Souto, Raquel Souza e Adriano Maia dos Santos.....</i>	<i>118</i>

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)

ADRIANO MAIA DOS SANTOS

Odontólogo. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Graduado em Odontologia pela UEFS. Professor associado da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA. Líder do grupo de pesquisa Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (OBRAS), vinculado à UFBA. Membro do Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, desenvolvida pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq — Nível 2.

ALANE ALVES FERNANDES

Médica. Graduada em Medicina pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Membro do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA). Autora de trabalhos no campo da cardiologia.

ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA

Enfermeira. Professora plena da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFBA. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB e do mestrado profissional em Enfermagem da Universidade Santa Cruz (UESC). Pesquisadora associada da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e líder do grupo de pesquisa Estudos Filosóficos em Representações Sociais da UESB.

ALESSANDRA MAWU DEFENDI OLIVEIRA

Antropóloga. Mestranda em Antropologia e Arqueologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), com graduação em Antropologia pelo Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (ILAACH/UNILA). Pesquisadora no Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA). Tem trabalhos publicados em relação à situação social em saúde de pessoas trans na América Latina e Caribe e a temas relacionados ao discurso fármaco-político e à antropologia da saúde universitária.

ALEX VIANA DE ARAÚJO

Técnico-administrativo do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Mestre em Psicologia da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde do IMS/UFBA. Especialista em gestão de pessoas, particularmente em gestão por competências, pela UFBA. Graduado em Administração pela Faculdade Juvêncio Terra (FJT).

DANIELA ARRUDA SOARES ALVES

Enfermeira. Professora associada do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EE/UFBA) e doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de graduação em Enfermagem e do mestrado acadêmico em Saúde Coletiva no IMS/UFBA.

EDI CRISTINA MANFROI

Psicóloga. Professora associada do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Mestre e doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pós-doutora em Psicologia: Cognição e Comportamento pela UFMG. Docente do curso de graduação em Psicologia e do mestrado profissional em Psicologia da Saúde do IMS/UFBA. Coordenadora do Núcleo de Estudos Especializados em Desenvolvimento Humano (NEEDH). Faz parte do grupo de trabalho de Terapias Cognitivas da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Integra a diretoria da Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA) no conselho científico.

ELIANA AMORIM DE SOUZA

Enfermeira. Professora adjunta do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Doutora em Saúde Coletiva pela UFC. Coordenadora do projeto Integração de ações de vigilância, prevenção e controle de DTN: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de chagas do SUS no Sudoeste do estado da Bahia. Atua no projeto-piloto Acesso à detecção e tratamento da doença de Chagas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil, financiado pelo Ministério da Saúde, projeto por meio do qual desenvolveu seu pós-doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), e no projeto *Towards elimination of congenital transmission of Chagas disease in Latin America*.

FERNANDA BEATRIZ MELO MACIEL

Médica. Graduada em Medicina pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Graduada no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela UFBA. Integrante do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA). Autora de trabalhos no campo da antropologia médica aplicada à medicina.

GABRIELA CHATEAUBRIAND CAMPOS

Médica. Professora auxiliar do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Mestre em *Ultrasound — Echocardiography* pelo *Imperial College London*, na Inglaterra. Especialista com acreditação na área de atuação em ecocardiografia pelo Departamento de Imagem Cardiovascular — Sociedade Brasileira de Cardiologia. Presidente da Sociedade Baiana de Cardiologia — Regional Sudoeste da Bahia — 2022-2023.

GABRIELA GARCIA DE CARVALHO LAGUNA

Graduanda em Medicina pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Pesquisadora do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA). Desenvolve projetos e é autora de trabalhos nos campos da antropologia médica, saúde pública, saúde mental e neurociências.

KATIENE RODRIGUES MENEZES DE AZEVEDO

Médica. Professora auxiliar do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Mestre em Psicologia da Saúde pelo IMS/UFBA. Especialista em Metodologias de Ensino e Aprendizagem e também em Residência Médica no Contexto do SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. Pós-graduanda em Neurociências e Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Preceptora da residência médica em psiquiatria, da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista (PMVC), na Bahia.

LISANDRA MARIA FONTES PEREIRA CHAGAS

Médica. Professora auxiliar da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), docente da graduação em Medicina da UESB, mestre em Psicologia da Saúde pelo IMS/UFBA. Especialista em Dependência Química pela USP e em Saúde Mental pela UFRJ. Preceptora da residência médica em psiquiatria, da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista (PMVC), na Bahia. Bailarina, formada pela *Royal Academy of Dance*, na Inglaterra, professora de ballet e dança contemporânea. Pesquisadora em dança como ferramenta terapêutica.

LUANA ALVES FERRAZ

Psicóloga. Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Mestre em Psicologia da Saúde pelo IMS/UFBA. Servidora pública do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Prefeitura de Salvador, Bahia. Membro do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA). Atuou nas áreas da saúde, educação e assistência social em municípios de pequeno, médio e grande porte da Bahia. Atua também como psicóloga clínica na perspectiva psicanalítica.

MATHEUS HENRIQUE DOS SANTOS SILVA

Graduando em Medicina pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Membro do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA). Autor de trabalhos no campo da formação médica do IMS/UFBA.

NÍVEA MARIA SILVA SILVEIRA

Enfermeira. Professora adjunta do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Especialista em Saúde Pública pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Mestre em Enfermagem e Saúde pela UESB e doutora em Ciências da Saúde na mesma instituição. Docente do curso de Medicina do IMS/UFBA.

OTÁVIO RIBEIRO LAGO NETTO

Psicólogo. Graduado em Psicologia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Especialista em Saúde da Família pela Escola de Governo Fiocruz (EGF). Mestre em Psicologia da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS/UFBA). Membro do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA), com atuação e pesquisa em políticas de saúde das populações do campo. Pesquisador associado aos estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde.

PAULO ROGERS FERREIRA

Antropólogo. Professor adjunto do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), docente do curso de Medicina e professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia (PPGA/UFBA). Líder do grupo de pesquisa Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA). Doutor em Antropologia pela *Université Laval*, no Canadá, com formação complementar em saúde pública, especificamente em áreas rurais e remotas, pelo *Canadian Centre for Rural and Agricultural Health* (CCRAH). Coordenador nacional (segundo-tesoureiro) e membro do conselho consultivo da Rede de Estudos Rurais. Autor de livros e artigos no campo da antropologia médico-especulativa e dos estudos rurais (Brasil-Canadá).

RAQUEL SOUZAS

Socióloga. Professora titular do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), docente na graduação e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (PPGSC/IMS/UFBA). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da População Negra e Indígena da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (PPGSPNI/UFRB). Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Membro do GT Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Líder do grupo de pesquisa Epidemiologia e Saúde Coletiva do CNPq.

RICARDO DE ALMEIDA SOUTO

Odontólogo. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da UFBA.

ROSÉLLY MASCARENHAS AMARAL DE ANDRADE

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Especialista em Saúde Pública pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

SARA FREITAS

Socióloga. Professora adjunta do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CFP/UFRB). Doutora em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com pós-doutorado pela *University College London* (UCL), na Inglaterra. É fundadora e coordenadora do Centro de Estudos sobre Política, Democracia e Estado da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CEPODE/UFRB).

TARCÍSIA CASTRO ALVES

Enfermeira. Professora adjunta do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), docente do curso de Enfermagem do IMS/UFBA. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Membro do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA). Membro do Departamento Nacional de Enfermagem e Saúde Mental da Associação Brasileira de Enfermagem.

UILDSON PACHECO DE DEUS

Médico. Graduado em Medicina pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Membro do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA). Autor de trabalhos no campo da formação médica do IMS/UFBA.

APRESENTAÇÃO

O FAZ MUNDO EM MEDICINA

Esta coletânea é resultado da colaboração entre membros associados do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica da Universidade Federal da Bahia (CBPAM/UFBA). O título *O faz mundo em medicina: a emergência da antropologia médico-especulativa* foi inspirado nos escritos da antropóloga Anna Tsing (2015) sobre o fazer mundos. Fazer mundo¹ em medicina não se limita a médicos ou a pacientes, ou melhor, aos humanos. Um faz mundo chamado corpo humano adoecido, objeto de intervenção médica, é um emaranhando de humano e mais que humano² se fazendo na interação e alteração: de micróbios, de bactérias, de células humanas, de tumores benignos e malignos e de filosofia anatômica³ de cada órgão, que remodela as circunstâncias do adoecimento ou da estabilização do paciente. Fazer mundo em medicina é considerar o humano e o mais que humano como passíveis de intervenção. Um bom médico só obtém sucesso na assistência ao paciente se micróbios, bactérias, células, artérias, vasos e tecidos também colaborarem.

Trata-se de uma coletânea inspirada na chamada “virada ontológica” em antropologia⁴. A “virada ontológica” surge nos anos 1990, com um grupo de antropólogos, tais como Philippe Descola, Eduardo Viveiros de Castro, Tânia Lima, Bruno Latour, entre outros. Esses antropólogos perceberam que o estudo de várias culturas humanas, de suas funções e de suas estruturas, que autorizava o exercício antropológico, concebia a natureza, ou melhor, o mais que humano, como entidade passiva, fria, objetiva, mecânica, sem intenções, como pano de fundo ou estrangeira às análises (Sá Júnior, 2014). Tal como o método cartesiano, o sujeito (humano) era o único que pensava, que tinha intenções, que produzia cultura, enquanto que o objeto (tudo o que não era humano) restava privado de pensamento, de intenções, de metafísica, logo de ontologia. O humano seria o único

¹ O conceito “faz mundo” é inspirado em Tsing (2015, p. 67): “As bactérias criaram nossa atmosfera de oxigênio e as plantas ajudam a mantê-la. As plantas conseguem viver na terra porque os fungos produzem solo a partir da digestão das rochas. Como esses exemplos sugerem, projetos de fazer-mundos podem se sobrepor, abrindo espaço para mais de uma espécie”.

² Para Bellacasa (2023, p. 109), “Esse termo [mais que humano] continua a não ser satisfatório, por sua falta de especificidade conceitual e pelos conteúdos morais que nos convidam a ‘transcender’ o humano por algo ‘mais do que’. O termo ainda parte de um centro humano, para depois chegar ‘além’ dele. No entanto, ele funciona bem o suficiente como terreno incerto para a delicada tarefa de ampliar a consideração das vidas envolvidas nas agências de cuidado, que ainda são pensadas em sua maioria como algo que as pessoas humanas fazem”.

³ O conceito “filosofia anatômica” foi cunhado por Saint-Hilaire (1818) e trata da modelagem de cada órgão do corpo na habitabilidade com as conexões em volta.

⁴ A “virada ontológica”, antes mesmo de despontar na antropologia, recebeu influência dos chamados *Sciences Studies*, mais precisamente dos trabalhos de David Bloor, nos anos 1970, quando Bloor inaugura o *Programa Forte*, voltado para a análise social da prática científica na seleção de determinados aspectos da realidade como objeto de estudo, excluindo outros (Callon, 1989; Law, 1999; Latour, 1999; Bloor, 1999).

protagonista do mundo, pelo ato de pensar, por produzir cultura. A “virada ontológica” irrompe da reivindicação por simetria entre o humano e o mais que humano no campo da antropologia⁵.

No caso da antropologia médica, buscar simetria na ação do humano (médicos e pacientes) e no mais que humano (micróbios, bactérias, tumores, tecnologias etc.) é algo recente na história científica desta disciplina. Desde os anos 1940 até os dias de hoje, a maioria dos antropólogos médicos ainda opta por abordagens em etnomedicina, cujo objeto é a cultura médica ou de pacientes, ou em antropologia médica crítica, centrada na análise da crítica social sobre a medicina. Tais vertentes se orientam nas relações humanas entre si: de cultura, sociedade, conjuntura, hierarquia, epistemologia, biopoder, necropoder etc. Vírus, bactérias e tumores são apenas pano de fundo, o palco da teatralidade das relações médico-paciente.

Quanto à antropologia médico-especulativa, Paulo Rogers Ferreira, coautor e organizador desta coletânea, se inspira em dois autores: Juan José Saer (2009) e Annemarie Mol (2002). O primeiro, escritor e ensaísta argentino, cunhou o termo antropologia especulativa para pensar a teatralidade da técnica literária de ficção à margem do verificável e da verdade-objetividade sobre biografias de escritores consagrados, enriquecendo estes últimos, quando, por exemplo, eles se tornam personagens exacerbados em romances e contos. O ficcional se torna, na prática recursiva teatral, a exacerbação das personalidades características já marcantes nos escritores consagrados. É assim que Saer define antropologia especulativa, como esse recurso teatral de exacerbamento do relato ficcional nas margens do verificável/verdade-objetividade, citando o exemplo das biografias objetivas dos escritores consagrados: “Por causa deste aspecto principalíssimo do relato fictício, e por causa também de suas intenções, de sua resolução prática, da posição singular de seu autor entre os imperativos de um saber objetivo e as turbulências da subjetividade, podemos definir de um modo global a ficção como uma *antropologia especulativa*” (Saer, 2009, p. 4). Ora, o ato médico de diagnosticar costuma exacerbar, com suas intenções, em sua resolução prática, sobretudo pela posição singular do médico que analisa simultaneamente exames clínicos e queixas do paciente e pelos imperativos do saber objetivo e das turbulências de sua subjetividade, o progredir de órgãos, tecidos, células e tumores em prescrição para o paciente.

Seguindo esse caminho pragmático-especulativo em medicina, Annemarie Mol (2002), ao tratar do ato médico de diagnosticar, também demonstra que tal ato é múltiplo e exacerbado, como uma tradução da influência mútua entre tumores, exames clínicos, decisão do médico, queixas de pacientes e tecnologias. O diagnosticar, portanto, relaciona-se com a exarcebação de camadas sobrepostas de toda essa influência mútua. Para Mol, “Cada nova página pode render uma imagem diferente, feita com uma técnica diferente [exames de raio-x, sanguíneos, queixas de pacientes etc.] e na medida em que uma escala é reconhecível, pode novamente, a cada vez, ser diferente. Não existe um ponto fixo de comparação” (Mol, 2002, p. 157, tradução nossa). Desse modo, cada exame clínico, com o seu modelo, exacerba o diagnóstico, tornando-o múltiplo pela instantaneidade e concomitância no ato médico, que traz o verificável de várias realidades clínicas ao mesmo tempo. Portanto, essa terceira fase da antropologia médica, o que Paulo Rogers Ferreira passa a chamar

⁵ Latour afirma (2019, p. 120), “Para que a antropologia se torne simétrica não basta que acoplemos a ela o primeiro princípio de simetria — que só dá cabo das injustiças mais óbvias da epistemologia. É preciso que a antropologia absorva [...] um princípio de simetria generalizada: o antropólogo deve estar situado no ponto médio, de onde pode acompanhar, ao mesmo tempo, a atribuição de propriedades não humanas e das propriedades humanas. Não lhe é permitido usar a realidade exterior para explicar a sociedade, tampouco usar os jogos de poder para dar conta daquilo que molda a realidade externa. Também não lhe é permitido alterar entre o realismo natural e o realismo sociológico, usando ‘não apenas’ a natureza, ‘mas também’ a sociedade, a fim de conservar as duas assimetrias iniciais, ao mesmo tempo em que dissimula as fraquezas de uma sob as fraquezas da outra”.

de antropologia médico-especulativa, inspira-se neste percurso ficcional-pragmático-especulativo-verificável do diagnóstico médico em ato com tumores, células, vírus, bactérias, queixas de pacientes, sangue, exames de raio-x etc.

A emergência da antropologia médico-especulativa no Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA), na história científica da antropologia médica brasileira, é, portanto, o que se apresenta no primeiro capítulo. Os autores traçam, em um didatismo para não antropólogos, as três fases da antropologia médica (etnomedicina, antropologia médica crítica e antropologia médico-especulativa), o método adotado por cada uma, a emergência da antropologia médico-especulativa e a dança-terapia como um faz mundo em psiquiatria. A intenção é introduzir essa nova vertente da antropologia médica para um público mais amplo.

Já o segundo capítulo traça um breve histórico da inserção das ciências sociais nos cursos de medicina do Brasil, com a criação da área de saúde coletiva e a implementação da antropologia médica/da saúde e da sociologia médica/da saúde. Esse percurso histórico permite entender as diferenças e progressões de nuances antropológicas que enriquecem o currículo e contribuem para a formação médica como também para a batalha pela implantação do curso de medicina no Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA). Acrescentam-se a esse ponto a versatilidade e a riqueza para o discente do curso de medicina desse Instituto, que pode perceber todas as sutilezas do uso da antropologia médica, tendo em seu currículo o conhecimento das três fases dessa subárea da antropologia, e optar por qual caminho para conduzir o seu trabalho de conclusão.

A filosofia anatômica do coração humano orienta o terceiro capítulo. Inspirado no conceito de filosofia anatômica de Étienne Saint-Hilaire, os autores buscam colaborar com a antropologia médico-especulativa no entendimento da cardiomiopatia de Takotsubo. Reconsiderando a importância de cardiologistas, de antropólogos médicos e dos órgãos do corpo humano, todos em interação e com intenções, o sucesso da estabilização do paciente depende da interdependência do humano e do mais que humano no fazer mundo em cardiologia.

Adentrando o âmbito da política nacional de saúde integral das populações do campo, o quarto capítulo nos convoca a refletir sobre saneamento básico e acesso à água nas áreas rurais. Levantando questões como: quais espécies se beneficiam dessa política? Que contrato foi firmado? Qual desejo coletivo?, os autores discutem as políticas de saneamento básico no Brasil, sob a ótica da antropologia médico-especulativa e de uma psicologia especulativa. O tema é desenvolvido em uma escrita que chama a atenção pela ênfase que é dada à espécie humana no direito ao saneamento básico, em detrimento das formas de vida e do mundo rural. Assim, os autores ressaltam o perigo do antropocentrismo, das tecnologias sociais e do narcisismo de humanos, que descuidam das misturas e dos afetos que fazem o mundo.

Os equipamentos de apoio nos cuidados paliativos passam também a atuar nesta coletânea e são objeto do nono capítulo, descentralizando o protagonismo dos profissionais de saúde. Em um texto inspirado nos objetos técnicos de Gilbert Simondon, o mais que humano (sofás para recepção dos familiares de pacientes, equipamentos tecnológicos de emergência, um quadro na parede etc.) ganha sua ontologia, com as abordagens em antropologia médico-especulativa e em psicologia especulativa.

Entre o quinto e o sexto capítulos, o leitor experimentará um interlúdio, isto é, a antropologia médica em *cartoon*. As três fases da antropologia médica serão expostas de forma lúdica por meio

da arte de Uildson Pacheco de Deus, coautor desta coletânea, graduado em medicina pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA).

Quanto ao sexto capítulo desta coletânea, os autores discutem o exercício antropocêntrico na proposta de uma oficina em saúde, por meio de etnografia, que foi realizada em encontros entre pesquisadores, professores da UFBA, o bacilo de Hansen, os profissionais de saúde e as pessoas afetadas de hanseníase no município de Tremedal, na Bahia. O texto ocupa-se de demonstrar como uma oficina em saúde preocupada com a qualidade de vida de humanos pouco interage com o bacilo de Hansen e como a antropologia médico-especulativa reescreveria toda a história da oficina, fazendo perceber de que forma o bacilo de Hansen também poderia colaborar.

No sétimo capítulo, será proposta uma discussão da cartografia, enquanto uma proposta metodológica de seguir conexões, contribuindo com as reflexões sobre a educação em saúde e com a antropologia médico-especulativa. Inicialmente, o texto descreve conceituações da cartografia, como um mapeamento dos territórios existenciais e dos espaços de relações, embasado no conceito de rizoma de Gilles Deleuze e Félix Guattari. O princípio da conexão, pelo conceito de rizoma, é a capacidade de conectar qualquer um de seus pontos a outros pontos, desenvolvendo-se em qualquer direção. Na heterogeneidade dessa conexão está contida a ideia de que a cadeia do humano e do mais que humano é conectada ao modo de codificações diversas. Assim, o capítulo trata das conexões heterogêneas, com o diferente, na diversidade das relações de potência e de sistemas produtores de alterações. Acréscimos afetuosos da obra de Baruch Spinoza são propostos para o entendimento do fluxo dessas conexões.

A clínica ampliada é uma clínica de multiplicidade e não de intersetorialidade, eis o que abarca o oitavo capítulo. Em um texto lúdico, a autora busca instigar a imaginação repensando um faz mundo com a clínica e os devires que perpassam os encontros.

O nono capítulo adentra o mundo da pesquisa científica em saúde mental, faz o paralelo da produção científica moderna, que é excludente e dura, com um modelo alternativo, que dá permissão ao fluxo das conexões. Assim, faz emergir da narrativa o conceito de descolonizar o pensamento de Eduardo Viveiros de Castro, e que foi inspiração à crítica ao método científico moderno por Isabelle Stengers, em busca de uma nova forma de produzir conhecimento científico. Contagiados com a antropologia médico-especulativa, seus autores descrevem a possibilidade de assumir uma postura fluida, que guiará o pesquisador no caminho para descobertas do ainda inexplorado.

Seguindo a proposta da coletânea, o último capítulo da nossa proposta desenvolve uma análise integrativa, voltado para a pesquisa sobre a saúde bucal em populações de comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. Passando pela conceituação da palavra quilombo, com seu significado político e social, o capítulo discute a problemática dessas comunidades, que se localizam em áreas rurais com grande quantidade de “problemas de saúde”, o que acentua as análises centralizadas em humanos e o diálogo com a antropologia médica crítica. A intenção é que a leitora e o leitor possam identificar como a crítica social pode transformar as bactérias das cáries em pano de fundo.

Convidamos, assim, a leitora e o leitor a esse faz mundo na interação entre o humano e o mais que humano em medicina, refazendo, desde Bruno Latour, os passos de uma antropologia médico-especulativa.

Os organizadores

Referências

- BELLACASA, M. O pensamento disruptivo do cuidado. *Anuário Antropológico*, v. 48, n. 1, p. 108-133, 2023.
- BLOOR, D. Anti Latour. *Studies in History and Philosophy of Sciences*, v. 30, n. 1, p. 81-112, 1999.
- CALLON, M. *La science et ses réseaux*. Paris: La Découverte, 1989.
- LATOUR, B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. São Paulo: Editora 34, 2019.
- LATOUR, Bruno. *Les Microbes: guerre et paix*. Paris: Éditions Anne-Marie Métailié, 1984.
- LAW, J. (org.). *Actor-network-theory and after*. Oxford: Blackwell, 1999.
- MOL, A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.
- SAER, J. O conceito de ficção. *Sopro*, v. 15, p. 1-4, 2009.
- SÁ JÚNIOR, L. Philippe Descola e a virada ontológica na antropologia. *Ilha*, v. 16, n. 2, p. 7-36, 2014.
- SAINT-HILAIRE, E. *Philosophie anatomique*. Paris: J-B Baillière, 1818.
- TSING, A. *O cogumelo no fim do mundo: sobre a possibilidade de vida nas ruínas do capitalismo*. São Paulo: N-1 Edições, 2015.

Parte I

**Antropologia Médico-Especulativa
relação humano e mais que humano sob alteração**

Capítulo 1

A Emergência da Antropologia Médico-Especulativa

Paulo Rogers Ferreira

Lisandra Chagas

Depois de cinco décadas de crítica social em antropologia médica crítica, em que a história natural da doença, o modelo biomédico, a medicina baseada em evidência, a biotecnologia, os vírus, as bactérias e os tumores eram criticados em nome de uma elevação do antropocêntrico (humanismo em saúde), essa vertente da antropologia médica vai-se constituindo: de início, passa a limitar as pesquisas ao protagonismo de seres humanos e suas organizações sociais (médicos, pacientes, indústrias farmacêuticas, governos, capital, luta de classe, biopoder e necropolítica), protagonismo este que põe como pano de fundo a influência e a ação do mais que humano¹; depois, tal vertente passa a considerar que em tudo há uma explicação social (crítica social) como prova “justa” de etnografia.

Recobrando o percurso científico da antropologia médica, podemos dividi-lo, grosso modo, em, digamos, três grandes fases. A primeira, chamada de culturalista ou etnomedicina, decorrente do período de 1940 a 1960 nos Estados Unidos, centrava-se no conceito de cultura humana ou, se preferirem, era a fase da centralidade no “culturalmente construído por humanos” que submetia toda e qualquer conclusão de pesquisa longe da relação simétrica intencional entre o humano e o mais que humano. Os representantes clássicos desse modelo foram os antropólogos Byron Good (etnomedicina), Arthur Kleinman (antropologia textualista e hermenêutica) e James Trostle (epidemiologia cultural), entre tantos outros. A título demonstrativo, deixemos com Good (1994) e Trostle (2013) a exemplificação dessa corrente. Good afirmava (1994, p. 5, tradução nossa):

Estou convencido, mais do que nunca, que a linguagem da medicina [...] é uma linguagem cultural rica, ligada a uma versão altamente especializada da realidade e do sistema das relações sociais, e quando empregada na assistência médica, une preocupações morais profundas com suas funções técnicas mais óbvias.

¹ Para Bellacasa (2023, p. 109): “Esse termo [mais que humano] continua a não ser satisfatório, por sua falta de especificidade conceitual e pelos conteúdos morais que nos convidam a ‘transcender’ o humano por algo ‘mais do que’. O termo ainda parte de um centro humano, para depois chegar ‘além’ dele. No entanto, ele funciona bem o suficiente como terreno incerto para a delicada tarefa de ampliar a consideração das vidas envolvidas nas agências de cuidado, que ainda são pensadas em sua maioria como algo que as pessoas humanas fazem”.

Trostle (2013, p. 26), por sua vez, no campo da epidemiologia cultural, apontava:

O conceito de epidemiologia cultural [...] dá ênfase à cultura [...], porque desejo argumentar a favor de uma alternativa complementar à epidemiologia social: uma cuja atenção esteja focada em classificação, significado, risco e comportamento de doença, além de variáveis sociais como renda, estado marital e ocupação.

De mais a mais, o etnocentrismo, proveniente da cultura médica e da cultura do paciente, com seus preconceitos e limitações, também era fonte de investigação dessa corrente.

Foi somente por volta dos anos 1970 que a etnomedicina passaria a ser chamada por antropólogos de antropologia médica, o que representa sua segunda fase, em decorrência da instrumentalização do aporte antropológico, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS), voltado para a preocupação com o dito “desenvolvimento das nações”, com a chamada saúde das populações e com a ampliação do conceito de saúde, em que a diplomacia para a implementação desse conceito entre os países-membros era urgente. Cada vez mais, antropólogos médicos passavam a criticar o modelo biomédico, porém dessa vez não apenas como um modelo etnocêntrico, mas apoiado em jogos de poder da medicina e sua “desumanização” do paciente, consequência de um dito “reducionismo” biológico, de sua tecnicidade, de sua hegemonia e da sua convivência com o *establishment* e o mercado da indústria farmacêutica (Saillant; Genest, 2012).

Tudo isso era visto sob a influência política dos movimentos cidadãos de desmedicalizar a medicina, como as associações de pacientes, e sob o impacto das obras desconcertantes de Michel Foucault, mais precisamente *O nascimento da clínica*, de 1963, a respeito do olhar e do poder do médico na invenção e criação da medicina moderna, e *O nascimento da biopolítica*, de 1979, voltada para o discurso, o poder biopolítico e a governabilidade. Assim, antropólogos médicos críticos analisarão as diversas especialidades em medicina (obstetrícia, psiquiatria, cardiologia, oncologia, gastrologia, urologia, nefrologia, entre outras) na intenção de demonstrar o “enquadramento” de pacientes aos diagnósticos médicos.

Além disso, as análises antropológicas médico-críticas se voltavam para a arquitetura de hospitais, para a bioética e, mais recentemente, para a necropolítica. Nesse sentido, Saillant e Genest (2012, p. 24) observam: “Foi o segundo Foucault [...], o da biopolítica, quem desferiu o golpe decisivo para a mudança de escala. O deslocamento das análises do universo da clínica para o biopolítico e a governabilidade”. A antropologia médica crítica desenvolveu, portanto, uma tradição em crítica social.

Finalmente, a fase atual, que Paulo Rogers Ferreira, coautor deste capítulo, conceitua de antropologia médico-especulativa, aparece com a chamada “virada ontológica” em antropologia. A “virada ontológica” em antropologia surge nos anos 1990², com um grupo de antropólogos, como Philippe Descola, Eduardo Viveiros de Castro, Tânia Lima, Bruno Latour, entre outros. Os antropólogos perceberam que o estudo de várias culturas humanas, de suas funções e de suas estruturas, que autorizava o exercício antropológico, concebia a natureza, ou melhor, o mais que humano, como entidade passiva, fria, objetiva, sem intenções, como pano de fundo ou estrangeira às análises (Sá Júnior, 2014). Tal como o método cartesiano, o sujeito (homem) era o único que pensava,

² A “virada ontológica”, antes mesmo de despontar na antropologia, recebeu influência dos chamados *Sciences Studies*, precisamente dos trabalhos de David Bloor, nos anos 1970, quando Bloor inaugura o *Programa Forte*, voltado para a análise social da prática científica na seleção de determinados aspectos da realidade como objeto de estudo, excluindo outros (Callon, 1989; Law, 1999; Latour, 1999; Bloor, 1999).

que tinha intenções, que produzia cultura, enquanto que o objeto (tudo que não era humano) passava a ser privado de pensamento, de intenções, de metafísica, logo de ontologia. O homem seria o único protagonista do mundo pelo ato de pensar, por produzir cultura. A “virada ontológica” irrompe a partir da reivindicação por simetria entre o humano e o mais que humano em antropologia, o que influenciará também o campo da antropologia médico-especulativa.

Quanto à antropologia médico-especulativa, Paulo Rogers Ferreira se inspira em dois autores: Juan José Saer (2009) e Annemarie Mol (2002). O primeiro, escritor e ensaísta argentino, cunhou o termo antropologia especulativa para pensar a teatralidade da técnica literária de ficção à margem do verificável e da verdade-objetividade sobre biografias de escritores consagrados, que altera esses últimos, quando, por exemplo, eles se tornam personagens exacerbados em romances e contos. O ficcional se torna, na prática recursiva teatral, o exacerbamento das personalidades características já marcantes nos escritores consagrados. E é assim que Saer define antropologia especulativa, como esse recurso teatral de exacerbação do relato ficcional nas margens do verificável/verdade-objetividade, citando o exemplo das biografias objetivas dos escritores consagrados: “Por causa deste aspecto principalíssimo do relato fictício, e por causa também de suas intenções, de sua resolução prática, da posição singular de seu autor entre os imperativos de um saber objetivo e as turbulências da subjetividade, podemos definir de um modo global a ficção como uma *antropologia especulativa*” (Saer, 2009, p. 4). O ato médico de diagnosticar costuma exacerbar, com suas intenções, em sua resolução prática, sobretudo pela posição singular do médico que analisa simultaneamente exames clínicos e queixas do paciente e pelos imperativos do saber objetivo e das turbulências de sua subjetividade, o progredir de órgãos, tecidos, células e tumores em doença do paciente.

Seguindo esse caminho pragmático-especulativo em medicina, Annemarie Mol (2002), ao tratar do ato médico de diagnosticar doenças, também demonstra que tal ato é múltiplo e exacerbado, como uma tradução da influência mútua entre tumores, exames clínicos, decisão do médico, queixas de pacientes e tecnologias. O diagnosticar, portanto, relaciona-se com a exarcebação de camadas sobrepostas de toda essa influência mútua. Para Mol, “Cada nova página pode render uma imagem diferente, feita com uma técnica diferente [exames de raio-x, sanguíneos, queixas de pacientes etc.] e na medida em que uma escala é reconhecível, pode novamente, a cada vez, ser diferente. Não existe um ponto fixo de comparação” (Mol, 2002, p. 157, tradução nossa). Desse modo, cada exame clínico, com o seu modelo, exacerba o diagnóstico, tornando-o múltiplo pela instantaneidade e concomitância no ato médico, que traz o verificável de várias realidades clínicas ao mesmo tempo. Portanto, essa terceira fase da antropologia médica inspira-se neste percurso ficcional-pragmático-especulativo-verificável do diagnóstico médico em ato com tumores, células, vírus, bactérias, queixas de pacientes, sangue, exames de raio-x etc.

A antropologia médico-especulativa é uma análise do fazer mundo em medicina no instante da interação entre o humano com o mais que humano, no plano ontológico e pragmático, em antropologia médica. Ela está, e sempre estará, em curso por causa de sua natureza empírica³ de seguir, a todo instante, o passo a passo das ações conectivas provisórias e alteradas, reagrupando médicos, pacientes, patógenos, tecnologias, vísceras e artérias do corpo humano no fazer cotidiano da prática médica. Assim, a antropologia médico-especulativa não considera uma explicação

³ No caso das duas primeiras fases da antropologia médica, o empirismo não fica claro, pois tais correntes trabalham com conceitos generalizados (cultura e crítica social) que são aplicáveis acima de tudo e a todos.

social (crítica social) do que estaria *por trás*⁴ de tais interações, nem reserva ao mais que humano a passividade, a homogeneidade, a frieza e a não intencionalidade.

A necessidade de descentralizar a crítica social se dá porque, na prática médica, as interações nem sempre são “justas”, isto é, não são conformes à análise da “conjuntura social”⁵, em seu ideal de justiça e de saúde em antropologia médica crítica, mas a um mundo que comporta também modos de existir⁶ genéticos, perigosos, associativos, intencionais, contagiosos, alheios, venenosos, alterados e mortais, que alteram vírus, bactérias, órgãos do corpo humano, células, patologias etc. Esse mundo escapa, dessa maneira, as explicações sociais, culturais, simbólicas, identitárias e redefine, na interação com médicos e pacientes, o que seria finalmente conectar cada modo de ir existindo à prática médica e a uma nova forma de pensar a política/diplomacia⁷ em medicina. Nessa nova antropologia médico-especulativa, o poder e o social são provisórios, por se tratar de instantes de estabilidade que vão durar somente enquanto existir a interação entre o humano e mais que humano. Assim, eles aparecem e desaparecem rapidamente.

1 Seguindo a prática médica

Como seguir, assim, a prática médica? Quais os modos de existência humano e mais que humano que fazem parte dela? Do que são capazes? Como pensar a questão da habitabilidade desses modos? Como traçar uma etnografia em zonas críticas⁸ que também cobrem essa prática? O que é medicina, finalmente? Como partir de uma “sociologia”, diria Latour (2006)? Como desenvolver, por fim, no campo da antropologia médico-especulativa, uma alteridade provisória, urgente, necessária, ética-estética e política/diplomática entre profissionais médicos na interação humano e mais que humano?

⁴ Boltanski, analisando a história das novelas policiais, de espionagem, e o campo da sociologia crítica, quando do surgimento delas em finais do século XIX na Inglaterra e na França, tem demonstrando que, desde o nascimento dessas vertentes, elas continuam se retroalimentando mutuamente pautadas na suspeita do “por trás” da realidade: “Como na novela policial, na novela de espionagem, a sociologia [crítica] não deixa de pôr à prova a *realidade da realidade*, ou, se preferirem, de pôr em dúvida a realidade *aparente*, tratando de alcançar uma realidade que estaria mais oculta, que seria mais profunda e mais *real*. Por isso, ela se apoia no *enigma*, quer dizer, nos acontecimentos ou fatos que parecem contradizer a realidade ou que ao menos não se integram facilmente aos cenários utilizados para dar sentido ao que ocorre” (Boltanski, 2012, p. 57, tradução nossa).

⁵ A antropologia médico-especulativa passa a abandonar toda análise antropocêntrica sobre a “crítica social” da medicina. A inspiração vem de Latour (2006, p. 12, tradução nossa): “Ora, existe outra abordagem, bem menos conhecida, que rejeita esse axioma fundamental. Nessa nova maneira de ver, afirmamos que a ordem social não tem nada de específico; que não existe nenhuma espécie de ‘dimensão social’, nenhum ‘contexto social’, nenhum domínio distinto da realidade no qual poderíamos colar a etiqueta ‘social’ ou ‘sociedade’. Nenhuma ‘força social’ se oferece a nós para ‘explicar’ os fenômenos residuais”.

⁶ A inspiração para pensar a complexidade dos modos de existência vem de Souriau: “O pensamento existe, em si mesmo e por si mesmo? A matéria existe, e da mesma maneira? Deus existe? Hamlet, a *Primavera*, Peer Gynt existiu, existe; e em que sentido? As raízes quadradas dos números negativos existem? A rosa azul existe? Você consegue responder a cada uma dessas perguntas (talvez sim, talvez não, ou por certa forma, e isso já não é fácil)? Seguramente que não. Por sua própria acumulação, essas perguntas afloram outra, mais vasta e que concerne a todas: não nos seres que se atualizam e se investem senão em sua espécie?” (Souriau, 2010, p. 95, tradução nossa).

⁷ Sobre a arte diplomática, Stengers (2022) acresce: “A ideia de que os diplomatas possam hoje nos ajudar a articular o que nos divide não deve ser abandonada, mas sim reformulada: tentar pensar na possibilidade de um futuro digno desse nome não é pensar em um futuro sem conflito ou divisão, mas pensar em um futuro onde a diplomacia poderia recuperar suas condições de felicidade ao invés de ficar sem aderência, como rodas que giram loucamente em um ambiente sem atrito, um ambiente onde o retorno do diplomata não tem o poder de perturbar o *business as-usual* daqueles que são responsáveis por dar consequência ao seu acordo.”

⁸ O conceito de zonas críticas parte de um grupo de cientistas das geociências e se refere à frágil camada da Terra, sua superfície, que se compõe da mistura de vários modos de existência e produz interdependências para a manutenção da vida. Latour e Weibel afirmam (2020, p. 13, tradução nossa): “Para nós, a Zona Crítica é uma invenção de alguns poucos cientistas, principalmente das ciências da Terra e da geoquímica, como forma de reunir diferentes disciplinas para refrescar o estudo da camada fina da Terra viva. Certamente, o adjetivo ‘crítico’ tem muitos significados. Cada cientista tem uma visão diferente sobre isso: ‘frágil’, ‘química da água’, ‘interface’ ‘o que deve ser protegido’, enfim, tudo o que pode cruzar abruptamente ‘um ponto de inflexão’ e muitos outros. O que todos esses significados têm em comum, porém, é a ideia de que o planeta Terra — em seu sentido astronômico ou geológico — não é suficiente para definir onde residimos e de que precisamos de outro enquadramento para situar todos os fenômenos críticos para nós — ou seja, nós humanos e todas as outras formas de vida!”.

A primeira tarefa da antropologia médico-especulativa é perceber as várias controvérsias nas práticas médicas em sua interação com bactérias, células cancerígenas, vírus, tecnologias, queixas de pacientes, genética, dança-terapia, práticas integrativas, paliativas, por exemplo, quando seus profissionais são surpreendidos pela presença paradoxal desse aglomerado em conexões humana e mais que humana, que, em sua sutileza, provoca tentativas estranhas de protocolar a prática médica (descentralidade do médico). É quando médicos afirmam que “a doença se comportou de forma atípica”, quando eles apresentam as exceções diagnósticas ou quando os exames não explicam a rápida evolução do paciente.

Afinal, que interações são essas que reelaboram a hipótese diagnóstica e com quem os médicos negociam para a estabilização do paciente? A prática médica não é formada por grupos (médicos, pacientes, bactérias, tecnologias etc.), mas por reagrupamentos provisórios, em alteração constante, transformados pela relação conectiva em que o conceito de sempre também se altera, consequência da mudança na interação que toda prática exige. E assim são produzidos equilíbrios provisórios em fluxos de acontecimentos para deixar passá-la. A prática médica se faz prática em meio às alterações de órgãos, de células, de tecidos, sob a intervenção médica e química, no agir em conjunto — é o agir em conjunto, pois órgãos, tecidos e células precisam se alterar para estabilizar o paciente. O médico aguarda o desempenho também do fisiológico.

É preciso, pois, seguir a “natureza” dessas alterações, compreender a transformação de médicos, de pacientes, das patologias das células e de tecnologias em negociação para a estabilização do paciente. Os agrupamentos são alterados, pois médicos também se alteram no percurso, perpassados por negociações diagnósticas com órgãos, tecidos e células, em um movimento bem distante de um mero enquadramento⁹ de todas essas negociações em uma “cultura médica” (etnomedicina) ou em uma “crítica social” (antropologia médica crítica).

Buscamos, sobretudo, uma aproximação com o método praxiográfico¹⁰ de Annemarie Mol (2017) ao analisar a aterosclerose, o qual se distancia do que se convencionou chamar de “crítica social” em antropologia médica crítica. Diferentemente desta, é uma antropologia médica que não contribui para o convencional conceito de “social”, pois não se relaciona a pessoas e às relações entre elas, ou a instituições e à forma como funcionam, ou ainda à sociedade e a tudo que gera a ordem social. Pelo contrário, e com Mol (2017, p. 53, tradução nossa):

Essa é uma história sobre práticas. Sobre eventos. E talvez nem queiramos chamar isso de história, pois não há uma narrativa suave e contínua. Em vez disso, apresento-lhe esboços de cenas, com instantâneos. Esses instantâneos são justapostos entre si por meio de especificação ou ponto de contraste. Os papéis importantes nesses esboços são desempenhados tanto pelas coisas como pelas palavras, pelas mãos e pelos olhos, pelas tecnologias e também pelas organizações. Juntos, esses ingredientes heterogêneos me permitem dizer sobre aterosclerose.

Estamos longe das famosas “causas e consequências sociais da doença” como também da Grande Divisão História Natural da Doença x História Social da Doença ou ainda da primazia

⁹ É válido afirmar que no campo das ciências biológicas modernas também há enquadramentos, quando vírus, bactérias, células, animais, plantas e fungos são compreendidos por seu comportamento padronizado, previsível, objetivo, sem metafísica, sem ontologia. Para romper com esse paradigma, ver Despret (2021).

¹⁰ Ao tratar da passagem da epistemologia à praxiografia da realidade, Mol ainda acresce: “A minha estratégia etnográfica depende da arte de nunca esquecer uma análise sobre microscópio, de atender persistentemente à sua relevância e incluí-lo sempre em histórias sobre fisicalidades. É com essa estratégia que a doença é transformada em algo sobre o qual os etnógrafos podem falar, porque enquanto os aspectos práticos de lidar com a doença fazem parte da história, é uma história sobre práticas: a praxiografia” (Mol, 2002, p. 31, tradução nossa).

da tecnologia sobre o humano. Buscamos, com Mol (2017, p. 53-54, tradução nossa), o que a aterosclerose é:

Depois da mudança de uma abordagem epistemológica para uma apreciação praxiográfica da realidade, falar sobre o que é a aterosclerose não é mais o que costumava ser. Em algum lugar, ao longo do caminho, o significado da palavra “é” mudou. Dramaticamente. Isto é o que a mudança implica: o novo “é” é aquele que está situado. Não diz o que é a aterosclerose por natureza, em todos os lugares. Não diz o que é em si, pois nada “está” sozinho. Ser é estar relacionado.

A antropologia médico-especulativa é esse “é” se fazendo no situado relacionado.

Quando a etnomedicina, com seu conceito de cultura, e a antropologia médica crítica, com sua crítica social, procuram enquadrar a esses conceitos uma gama gigantesca de bactérias, de vírus, de tecnologias, de ferramentas cirúrgicas, de médicos, de pacientes, de hipóteses diagnósticas, por exemplo, no “culturalmente construído por humanos” e na “conjuntura social”, respectivamente, essas duas fases da antropologia médica provocam, já como ponto de partida para as pesquisas, o protagonismo dos humanos na prática médica. Tudo ocorre *conforme* a cultura ou a conjuntura social fabricada por humanos. Pouco diplomática com a descentralização do papel do médico ou do paciente na prática médica, o que é o excepcionalismo humano em antropologia médica, essas duas fases continuam impondo uma ordem “sociocultural” antropocêntrica a todo o mais que humano ali envolvido no fazer medicina.

Diferentemente, a terceira fase, ou com essa nova antropologia médico-especulativa, o pesquisador não parte de uma explicação (cultura ou crítica social) como um *a priori* impositivo e fonte de orientação, pois a ordem, sempre provisória, só aparece como um vislumbre de instante, ao analisar todas as interações controversas na interação entre o humano e mais que humano no ir fazendo a prática médica. É preciso, pois, analisar como o mais que humano se conecta com médicos e pacientes provocando transformações e expansões¹¹. É preciso, sobretudo, entregar a tarefa da ordem (a prática médica como ordem) às alterações em interações, e não às categorias *a priori* como cultura ou crítica social, e, por fim, etnografar como essas transformações e expansões se estabelecem na prática médica, por mais contraintuitivas que elas possam parecer ao método em etnomedicina e em antropologia médica crítica.

A tarefa exige uma cartografia dessas transformações e expansões que compõem a prática médica logo que o método cartográfico tenta reproduzir o contorno do espaço desconhecido dessa prática, logo que a antropologia médico-especulativa deixa de apresentar soluções automáticas, por meio de conceitos como cultura e crítica social, para, finalmente, voltar-se para a natureza das ações dos reagrupamentos em alterações constantes pelo contato, pela relação, pela conexão entre médicos, pacientes e o mais que humano, demonstrando, sobretudo, a imensa quantidade de identidades controversas em cada modo de ir existindo, envolvido no percurso da prática médica. E é por isso que o antropólogo médico-especulativo deve se voltar à natureza dessa ação, pois, seguindo um curso de ação dada na prática médica, o mais que humano (células, tecidos, tecnologias etc.) aparece, em

¹¹ Sobre a expansão tardiana, citemos Tarde (1999, p. 35, tradução nossa): “Assim é o princípio vital: a doença, outra entidade, tratada como pessoa pelos antigos médicos, pulveriza-se em desordens infinitesimais de elementos histológicos, e, por outro lado, graças, sobretudo, às descobertas de Pasteur, a teoria parasitária das doenças, que explica essas desordens pelos conflitos internos dos organismos minúsculos, generaliza-se dia após dia e mesmo com um excesso que deve chamar uma reação. Mas os parasitas têm também seus parasitas. E assim sucessivamente. Ainda infinitesimal!”.

sua alteração dentro da prática, e transforma o biológico e o tecnológico¹² também em mediação¹³ para a estabilização do paciente. O resultado dessa transformação é o aumento da lista de entidades alteradas que a etnomedicina e a antropologia médica crítica não supunham relevância¹⁴.

No mais, o objeto da etnomedicina e da antropologia médica crítica (cultura e crítica social) se multiplica em controvérsias com a interação do mais que humano, provocando vislumbres estranhos no campo das duas primeiras fases da antropologia médica, sobretudo por meio de questionamentos como: a doença seria um conjunto de símbolos e metáforas? O adoecer é produto da conjuntura social? E, com a antropologia médico-especulativa, a antropologia médica passa a ser uma ciência empírica, não reservada à redução de símbolos, de metáforas, ou à crítica social.

O momento decisivo para iniciar essa nova antropologia médico-especulativa é quando a relação entre o humano e o mais que humano, em interação na prática médica, apresenta todas as controvérsias dessas interações: o que liga, o que desliga, o que mata e o que estabiliza. E, a partir dessa apresentação, é preciso procurar entre todas as controvérsias no ir fazendo uma prática, procurar um elo que as liga à estabilização do paciente. O antropólogo médico-especulativo não pode disciplinar essas interações em nome da cultura ou da crítica social, por causa da *natureza* do mais que humano, mas ele pode etnografar a transformação pela interação entre o humano e o mais que humano na implementação da prática em medicina. E só após a prática, sem nenhum *a priori*, é que o antropólogo médico-especulativo analisará como tal ato se deu, estabilizando ou não o paciente. A tarefa da prática em medicina amplia, assim, o protagonismo do que é o humano e o mais que humano envolvido em um processo tenso de negociações controversas: quem será o beneficiado, o paciente ou os órgãos acometidos, e porquê.

É impressionante como tecidos, células patológicas e tecnologias sempre superam o que os antropólogos médicos da etnomedicina e da antropologia médica crítica tinham reservado para eles: a adequação à cultura médica ou à crítica social. É preciso, pois, ir lentamente em etnografia (Mol diria em praxiografia) com essa nova antropologia médico-especulativa, sem a pressa da aplicação de conceitos como cultura e crítica social, pois o mais que humano (células patológicas, tecidos, órgãos e tecnologias) sempre interrompe, perturba, paralisa e desorienta a hipótese diagnóstica rumo à estabilização ou à morte do paciente. Ir lentamente seguindo as conexões, sem implantar cultura e crítica social, para analisar a interação humano e mais que humano é o método por excelência em uma antropologia médico-especulativa. Como diria Mol do método praxiográfico:

¹² Quanto aos artefatos técnicos na prática médica (aparelhos de CTIs, ferramentas cirúrgicas, por exemplo), a ciência moderna costuma vê-los como inanimados e manipuláveis por médicos ou como passivos, frios, sem intenções. Porém, Simondon (2020, p. 39-40), ao recuperar a ontologia também para os artefatos técnicos, os *anima*: “Os objetos técnicos não devem ser vistos como artificiais. O sentido de sua evolução é uma concretização. Um objeto técnico primitivo é um sistema abstrato de funcionamentos parciais isolados, sem uma base comum de existência, sem reciprocidade causal, sem ressonância interna. Um objeto técnico aperfeiçoado é um objeto individualizado, no qual cada estrutura é plurifuncional, sobredeterminada; cada estrutura existe nele não apenas como órgão, mas como corpo, como meio, como base para as outras estruturas. Nesse sistema de compatibilidade, cuja sistemática se forma tal como uma axiomática se satura, cada elemento exerce não apenas uma função no conjunto, mas uma função de conjunto”.

¹³ Latour (2006, p. 58, tradução nossa) afirma: “Os mediadores transformam, traduzem, distorcem e modificam o sentido ou os elementos que eles devem carregar”.

¹⁴ Sobre a questão da relevância em pesquisa, Savransky assinala: “O que é necessário é uma exploração da ‘relevância’ como um evento que pertence não apenas a um ato de reconhecimento, que poderia residir em uma mente individual ou coletiva, mas ao próprio mundo. Nomeadamente, quero acalantar a proposição de que a relevância não é um valor ou julgamento que as ciências sociais, ou seus públicos, ‘acrescentam’ aos saberes que as primeiras produzem, mas ela já é inerente, como evento e como problema a serem desenvolvidos, nas situações em que conduzem inquéritos. Dessa forma, as questões desconcertantes que o mundo coloca não podem ser explicadas pelo recurso a uma teoria psicológica das respostas, pois a própria experiência da relevância envolve uma sensação de que há valor além de nós mesmos — que algo, que não somos nós, importa” (Savransky, 2016, p. 32-33, tradução nossa).

Como atender bem à complexa lista de intervenções que cada atividade médica implica? Essa questão é deixada em aberto aqui. Mas certamente o primeiro passo é consistentemente reconhecer que há muitos emaranhados em cada ação. Manter praticidades sem colchetes. Tratar tudo na medicina como uma prática, para envolvê-la em uma praxiografia. As histórias praxiográficas têm objetos compostos (Mol, 2002, p. 156, tradução nossa).

É preciso identificar todas as dificuldades e os compostos no percurso, o preço de cada dificuldade e de cada composto das conexões no percurso. Somos inundados, em antropologia médico-especulativa, pela conexão entre o humano e o mais que humano na prática médica, isto é, por evoluções atípicas de doenças, por barulhos em equipamentos tecnológicos, por horários de plantão, por cirurgiões e suas ferramentas cirúrgicas, por gritos de dor de pacientes, por anestésicos, por capelas em hospitais, por orações de familiares de pacientes etc. Tudo isso demonstra que muito do reagrupamento humano e mais que humano compõe e decompõe a prática médica a todo instante, deixando traços no percurso. E quando o antropólogo médico-especulativo segue o percurso, entende que etnografar a prática médica é estar mobilizado por situações imprevisíveis, frágeis, controversas e flutuantes.

É necessário perceber todas as *afiliações* provisórias na prática médica, deixando de lado os grupos privilegiados pela etnomedicina e pela antropologia médica crítica (médicos e pacientes, tudo que for excepcionalismo humano, se preferirem), e voltar-se para as contradições e os dismantelamentos de grupos bem definidos pelas ações do reagrupamento humano e mais que humano sempre imprevisível, provisório, de ir seguindo uma prática no fluxo dos acontecimentos. Ou seguimos a etnomedicina e a antropologia médica crítica e decidimos, antes mesmo de iniciar a etnografia, quais grupos vamos privilegiar e quais conceitos vamos aplicar (cultura ou crítica social) ou, com essa nova antropologia médico-especulativa, partiremos dos traços deixados pelas conexões entre o humano e o mais que humano na prática médica, ambos em interação, fazendo assistência em medicina.

Com essa nova antropologia médico-especulativa até o humano, enquanto definição, é mediação. Dizem os cientistas que as células humanas constituem apenas 43% da contagem total de células do corpo humano. O “resto”, 57%, são micróbios e bactérias¹⁵. Não interessa, portanto, os grupos humanos e mais que humanos enquanto compostos pré-estabelecidos por uma cultura ou crítica social, mas tudo o que os altera para existir compondo e conectando na prática médica. Estamos longe de restabelecer novos grupos, novas identidades culturais, novas hierarquias, nova consciência crítica, sujeitos, estruturas sociais ou que é o humano, vírus ou bactéria, pelo contrário, essa nova antropologia médico-especulativa se inicia pelas controvérsias sobre o pertencimento.

É preciso seguir as traduções¹⁶ que esse emaranhado de modos alterados de existir (médicos, células, micróbios, tecnologias etc.) produz na prática médica para assistir o paciente, traduções que são o entendimento de cada um envolvido na passagem de um quadro de referência a outro rumo à estabilização do paciente ou não. E assim, após entendimento dessa passagem, é que o antropólogo médico-especulativo chegará ao adequado papel de sua área: a alteração provisória entre o humano

¹⁵ Nesse sentido, ver a reportagem da BBC “A maior parte de seu corpo não é humana — e é a nova aposta dos cientistas para vencer as doenças”. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-43716220>. Acesso em: 04 out. 2022.

¹⁶ É de Latour (2006, p. 157, tradução nossa) o conceito de tradução: “Para designar esta coisa que não é nem um ator entre outros, nem uma força que se encontra por trás de todos os atores e que seria transportada por alguns deles, mas uma conexão que vincula, por assim dizer, transformações, utilizamos o termo *tradução*. [...] O termo tradução adquire, assim, um sentido técnico: uma relação que não vincula causalidade, mas que induz a coexistência de dois mediadores”.

e o mais que humano, na medida em que tal passagem constitui a melhor alternativa para uma nova antropologia médico-especulativa, não antropocêntrica. O objetivo dessa nova antropologia médico-especulativa não é a estabilização dessas conexões, transformando-as em conjuntura, estrutura ou crítica social, mas deixá-las fazer o trabalho por elas mesmas de ir fazendo a prática médica sempre em movimento, em processo, em devir. Esse ir se fazendo deixa muitos traços de alteração provisória que o antropólogo médico-especulativo precisa verificar. Portanto, pouco interessa a definição de grupos de base (médicos, pacientes, células, tecnologias etc.), mas as controvérsias entre eles, quando das conexões, das alterações constantes do que venha a ser cada um deles fazendo a prática médica acontecer. Assim, o antropólogo médico-especulativo perceberá o *mecanismo de fabricação*¹⁷ do fazer medicina, do fazer cirurgia, do fazer antropologia médica.

Produtos provisórios são o resultado momentâneo das conexões do ir fazendo a prática médica. Tais produtos, expressos por milhões de vozes contraditórias da relação instantânea entre o humano e o mais que humano em conexão, definem um pertencimento pueril em uma prática. Ao invés de grupos estáveis, reagrupamentos estão sempre se refazendo, e, nesse processo de criação e recriação constantes, traços são deixados para ser etnografados pelo antropólogo médico-especulativo, traços que se alteram ou se flexionam para se manter na conexão, em que a inovação no percurso é a regra.

A antropologia médico-especulativa é sensível à relação entre o humano e o mais que humano na produção de inovações, sem nenhum conceito *a priori* por trás desse processo (cultura ou crítica social). Assim, nesse fluxo, é necessário que o médico ou paciente estejam em contato com tudo que é mais que humano e que compõe a prática médica, como células do corpo, vírus, micróbios, bactérias, tecnologias e tecidos, por exemplo. Portanto, em vez de um ponto de partida selecionado pela construção de um recorte de objeto preciso, pela contextualização do tema e da questão de pesquisa, há a imprevisibilidade de conexões, sem projeto inicial, sem projeto final, em que o antropólogo médico-especulativo terá de seguir as *razões* que essas conexões dão para elas mesmas e a solução que elas encontram, provisoriamente, para se manter em fluxo.

Trata-se de deslizamentos, de choques, de aproximações e de distanciamentos que transformam uma prática em prática médica. E esse meio interativo faz toda a diferença na abordagem em antropologia médico-especulativa: não há reservas de conceitos para serem aplicadas, não há ponto de partida fixo a delimitar, não há resultados esperados, por fim, apenas meio¹⁸, um emaranhado de fios em fluxo corrente que o antropólogo médico-especulativo embarca com a relação humano e mais que humano rumo à assistência do paciente em medicina. Afinal, o movimento, que é a vida ou a morte do paciente, precisa seguir seu fluxo.

Na antropologia médico-especulativa, o antropólogo precisa ficar atento a modos de existência alterados que serão os “da vez” na conexão. Sempre novos modos vão surgindo para que a conexão se transforme em um fluxo, sempre renovado, de eventos. É preciso que o humano e o mais que humano, como mediadores, transformem, traduzam, alterem e modifiquem os sentidos rumo à assistência do paciente. A prática médica torna-se uma invenção constante, apesar da formalidade de um protocolo¹⁹, da hipótese diagnóstica ou da cultura/conjuntura social do paciente.

¹⁷ Afirma Latour (2006, p. 47, tradução nossa): “A cada vez que se faz referência a um novo grupo, o mecanismo de fabricação, necessário à sua perpetuação, torna-se visível e, por consequência, traçável”.

¹⁸ Seguimos aqui os ensinamentos de Deleuze e Guattari (2019, p. 46): “Não é fácil perceber as coisas pelo meio, e não de cima para baixo, da esquerda para a direita ou inversamente: tentem e verão que tudo muda”.

¹⁹ Annemarie Mol e John Law (2002) nos ajudam a pensar a questão do protocolo em medicina quando analisam a assistência. Os autores mostram que a questão não é se a assistência em medicina é boa ou ruim, como se houvesse padrões, mas se ela é melhor ou pior do que era, do que suas alternativas, do que um limite acordado, do que seria de esperar, em um processo em que as avaliações envolvem comparações.

Tudo é surpresa nessa nova antropologia médico-especulativa, pois tudo sempre estará em interação constante e provisória. E é porque a antropologia médica sempre esteve em face do mais que humano, ao etnografar a prática médica, que as interações não podem se restringir a cultura ou a crítica social, mas a tipos de associações inéditas, o que obriga a antropologia médico-especulativa a deixar de lado a separação clássica entre Natureza x Cultura.

O localizado é deslocado, o fixo se torna movente, os conceitos fugidios e a antropologia médico-especulativa se transforma em uma ciência do fluxo dos acontecimentos de uma prática. Médicos, pacientes, células e tecnologias são solicitados, a cada instante na prática médica, a entrar e sair de interações em formação, o que faz da prática médica uma infinidade de conexões no ir estabilizando o paciente. Nesse “entra-e-sai”, a antropologia médico-especulativa não pode ser indiferente.

A etnografia em antropologia médico-especulativa deve partir da percepção de que o cultural (etnomedicina) ou a crítica social (antropologia médica crítica) nunca se constituíram como conceitos, em razão de tantos traços de hesitação, provindos também do mais que humano dentro do campo de extensão da “cultura humana” e da “crítica social”. Trata-se de demonstrar que, dentro desses dois conceitos (cultura e crítica social), o mais que humano não pode ser transformado em uma espécie de cenário homogêneo e mudo das análises. Coccia (2018) dá um exemplo sobre a representação do mundo vegetal em desenhos animados para as crianças, em que só o humano é destacado no desenho, ao passo que vegetais sempre aparecem como uma tarja verde homogênea, muda e de fundo para que o humano possa se destacar em primeiro plano, separado do “resto”. A antropologia médico-especulativa nos dá a ocasião de analisar com uma lupa o verde dos desenhos animados como parte do conectado.

Destacar, separar e protagonizar o humano em primeiro plano. É preciso superar a etnomedicina e a antropologia médica crítica que não enxergam as tonalidades do verde também em medicina. A grande intuição da antropologia médico-especulativa é que médicos e pacientes não estão no controle, muito menos vírus, células, bactérias ou tecnologias. Trata-se de metafísicas empíricas²⁰ por conexões constantes, as quais redefinem todos os elementos que compõem a prática médica. Nesse mundo de alterações metafísicas, é preciso que o antropólogo médico-especulativo trace a lista de situações que faz um processo passar de uma formação a outra. E dentro desse processo, perceber como essas alterações dão crédito e descrédito aos trajetos na prática médica.

Latour (2006), em sua teoria do ator-rede (TAR)²¹, inspira-nos a apresentação de um método potente a essa antropologia médico-especulativa que precisa ter uma lista de atributos para seguir as controvérsias constantes na relação do humano com o mais que humano na ação da prática médica. É preciso que as ações, nessa prática, tal como na teoria do ator-rede, façam parte de um *relato* na trajetória, pois elas recebem uma *figuração* particular pelo próprio movimento; que elas se opunham a outras *formas concorrentes* e, finalmente, apresentem uma *teoria explícita da ação*. Latour afirma (2006, p. 76, tradução nossa):

²⁰ O conceito de metafísica empírica vem de Latour (2006, p. 82, tradução nossa): “Se chamamos de *metafísica* a disciplina inspirada pela tradição filosófica que procura definir a estrutura básica do mundo, então a *metafísica empírica* é o ponto de chegada das controvérsias sobre as ações, pois elas povoam incansavelmente o mundo com novos impulsos e também, incansavelmente, contestam a existência de outros”.

²¹ Latour explica (2006, p. 104, tradução nossa): “A sociologia do ator-rede não é fundada sobre a afirmação vazia de sentido segundo a qual os objetos agiriam ‘no lugar’ dos atores humanos: ela diz somente que nenhuma ciência do social não poderia existir se não começasse por examinar, seriamente, a questão das entidades que participam da ação, mesmo se esta nos leva a admitir elementos que chamaremos, por falta de um nome melhor, de *não humanos*”.

As entidades controversas se apresentam sempre em um relato como *fazendo* ou *se fazendo* alguma coisa: elas introduzem uma certa diferença na situação dada, transformando A em B através dos testes C. Sem relato, sem testes, sem diferença, sem transformação de uma situação dada, sem quadro de referência detectável, jamais podemos dizer que uma entidade age.

Esse ponto é fundamental, pois a prática médica é um emaranhado de ações constantes na relação entre o humano e o mais que humano que altera e transforma todos os conectados no percurso até a estabilização ou não do paciente. As alterações e transformações então ocorridas se dão pela necessidade conectiva de uns pelos outros: um médico não opera sem ferramentas cirúrgicas, sem “a natureza fazer seu papel”, sem luzes artificiais sob medida, sem um paciente anestesiado, isto é, todos se alteram, conectando à prática médica, transformando no próprio percurso para que a assistência do paciente aconteça. Ainda afirma Latour (2006, p. 76, tradução nossa): “É necessário especificar mais ou menos a natureza dos testes e dos traços observáveis que são deixados — isto quer dizer que não se deve se limitar aos atos da linguagem, a palavra é apenas mais um dos numerosos componentes capazes de produzir um relato, e um dos menos frequentes”. A etnomedicina e a antropologia médica crítica sempre se limitaram à frequência de atos de linguagem humana, às narrativas humanas. Essa centralidade produziu estranhos conceitos, como cultura e crítica social, transformando a prática médica em um situado antrópico.

Faz-se necessário perceber a *figuração*, conceito que recobramos da teoria do ator-rede, que é construída com as conexões na própria prática médica. Essa *figuração* anda longe de se limitar às formas antropomórficas, pois trata-se de um movimento em que o figurativo se apresenta de várias formas para a assistência do paciente: conexão entre órgãos do corpo humano e tecnologias, entre cirurgiões e ferramentas cirúrgicas, entre paciente e orações de familiares. Em todos os casos, constroem-se figurações das mais diversas na prática médica rumo à assistência.

É preciso que essa nova antropologia médico-especulativa não se intimide com cada uma dessas formas provisórias em *figuração*, compreenda a vastidão do emaranhado de formas, não caia na limitação de filtrar todas as formas para juntá-las em uma cultura ou em uma crítica social. É preciso ainda que os atos controversos nas práticas médicas não sejam considerados como falsos, arcaicos ou irracionais, em suas controvérsias conectivas. Nessa nova antropologia médico-especulativa, médicos, pacientes, micróbios, células e tecnologias, todos eles, desenham e contornam sua própria metafísica empírica, com a qual são confrontados na prática médica. Cada interação, cada forma, apresenta tantas adições constantes no processo que se torna mediação.

A nova antropologia médica entende que a relação entre o humano e o mais que humano, em conexão, propõe sua própria teoria da ação, e não que tal ação é manifestada pela análise da cultura ou da crítica social. A mediação é a chave do conectado à assistência. Ainda com Latour (2006, p. 83, tradução nossa), tem-se como manifesto o seguinte entendimento:

Tudo isso é fundamental para dar continuidade a nossa proposta de bem compreender essa diferença atravessando todas as formas de existência, *seja qual for sua figuração*. A escolha de uma *figuração* não permite, nela mesma, predizer qual será a teoria da ação invocada: não é o tipo de figura que conta, mas a gama de mediadores que se pode implantar.

A gama de mediadores na prática médica rumo à assistência, esse ir diferenciando que se faz prática, é a própria mediação acontecendo. E conclui Latour (2006, p. 83, tradução nossa):

Foi tudo isso que contribuiu a semear a confusão nos debates entre as diferentes correntes em ciências sociais: insistimos muito sobre a questão de saber *quais* formas de existência devemos privilegiar — a figuração — em detrimento da questão: *como* cada uma delas pode agir? — o aparecimento dos mediadores.

2 A ação dos mediadores: por uma antropologia médico-especulativa da dança-terapia na psiquiatria

Como detectar as ações dos mediadores na dança-terapia? Como a antropologia médico-especulativa da dança-terapia pode contribuir com a psiquiatria? Podemos inferir que as ações dos mediadores na prática médica *figuram* a dança-terapia. A arte aparece como meio conectivo que proporciona mais um incentivo à manutenção provisória do conectado. É preciso interessar-se por aquilo que vincula e movimenta a dança-terapia em ação na prática médica. Assim, torna-se necessário deixar de lado a antiga divisão sujeito x objeto, homem x mundo ou dominante x dominado para seguir o movimento, o fluxo das conexões, as fontes de vinculação em abertura para laços que fazem existir a terapia por meio da dança como assistência em psiquiatria. Pensar a dança e a psiquiatria como um fluxo de vinculações, um eterno afetar e ser afetado de vários modos, sentir e ser sentido pela relação entre o humano e o mais que humano em dança, em arte, é vislumbrar uma antropologia médico-especulativa da dança-terapia.

Dançar é um elo de múltiplas interdependências²² e conexões: som, melodia, dores, alegrias, química, tecnologias, paciente e médicos que se conectam em uma prática médica, geram movimento e fluxo de sentidos, vinculações e afetos, em um bailar com as interdependências do ir fazendo uma prática criativa assistencial. Aventurar os passos da psiquiatria em sonoros acordes de dança é misturar sentidos, buscar tensões e se permitir fluir com a vida e assim tornar a prática médica um espaço-tempo de vinculações e afetos de interações constantes. Fazer prática médica, por meio do que se faz-fazer²³, é também dar sentido às pesquisas em antropologia médico-especulativa.

Quando a dança-terapia acontece, reagrupamentos reorientam a relação entre o humano e o mais que humano, passando à ação. Diferentemente de um paciente que não passou pela dança-terapia, um paciente em conexão experimenta um espaço em que o som, o ar, o relato com o corpo e a vibração do que compõe implantam mais uma metafísica empírica na prática médica. Aqui, cultura e crítica social não moldam “técnicas corporais²⁴” ou o “biopoder”, pois a antropologia médico-especulativa da dança-terapia não define um “domínio de realidade” ou um “objeto em particular”, mas ela se volta para um movimento, para um deslocamento, para uma transformação, para uma tradução e para uma inscrição entre médicos, pacientes, sons, música, dança, vibração do

²² Stengers afirma (2022): “A forma pela qual as relações de interdependência foram substituídas por cadeias de dependência cada vez mais longas durante toda a nossa modernidade não expressa um sonho de libertação, ainda que tenha seduzido os que inventaram mil e uma maneiras de se emancipar dos ‘caprichos da natureza’. Antes, ela traduz uma operação de mobilização, no sentido militar. [...] É por isso que a mobilização é um correlato da anestesia a qualquer coisa que possa perturbar a disciplina, a qualquer coisa não deve importar”.

²³ Latour explica (2015, p. 126): “Fazendo ressoar novamente, tanto pela verdade quanto pela falsidade, tanto pelos fatos apreciados quanto pelos fetiches criticados, essa duplicação do ‘faz fazer’ que a língua francesa preserva com precisão, deslocamos a atenção para o que nos *faz agir*, nós a desviamos da obsessiva distinção entre o racional — os fatos — e o irracional — os fetiches”.

²⁴ Eis o sentido proposto por Mauss (2003, p. 339): “Entendo por essa palavra [técnicas corporais] as maneiras como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos”.

ar, entre milhões de outras associações do faz-fazer, na terapêutica, a assistência acontecer. No mais, vale considerar a duração, que surge provisoriamente, e o que faz durar a dança-terapia conectada é uma questão basilar de antropologia médico-especulativa.

Para resolver a questão da duração de uma conexão em antropologia médico-especulativa da dança-terapia é preciso seguir o fluxo do conectado, perceber o que médicos, pacientes, sons, vibração do ar, música e dança ainda procuram agregar para tornar durável a terapia no momento em que ela é ensaiada como assistência. Trata-se da questão de *poder* durar. Se a ação é sempre transbordante, se ela sempre capta novos agregados no percurso (a energia elétrica para a música tocar e a tecnologia que faz tocar a música, por exemplo), é preciso detalhar, ainda mais, as conexões entre o humano e o mais que humano no percurso. Sempre há outras mobilizações, outras inscrições no percurso. É preciso reparar nas ações dos verbos: a corrente elétrica “ligou” o aparelho; o aparelho de som “tocou” a música. E novos agregados, em ação, surgem nesse momento. Eles são percebidos pela ação que exercem levando a dança-terapia para além de uma mera relação antropocêntrica entre médico e paciente. Quanto mais se descreve a situação dada em antropologia médico-especulativa da dança-terapia e quanto menos se filtra, mais agregados surgem. Não há o que privilegiar como um *a priori* na etnografia em dança-terapia. Ela não pode se restringir a uma mera questão de subjetividade ou uma espécie de hermenêutica do cuidado²⁵ entre médico e paciente que põe os humanos em primeiro plano. O antropólogo médico-especulativo precisa ser sensível a *tudo* que age, pois toda coisa que venha a modificar o percurso desse encontro, que introduz um ir diferenciando na ação, apresenta-se como um modo de existência alterado para que dure e aconteça a dança-terapia em cada sessão dança-terápica.

A antropologia médico-especulativa da dança-terapia parte da demonstração de todos esses agregados que vão aparecendo durante o percurso, se eles introduzem um ir diferenciando no desenrolar da ação de outros agregados. A emergência de uma antropologia médico-especulativa da dança-terapia vem do fato de que ela busca aumentar o número de “participantes” nas interações de percurso na prática médica. Ou melhor, é preciso perceber o pleno direito do mais que humano de interagir com o humano, em meio ao percurso acidentado da prática médica, cheio de ilegalidades (o que uns querem não é necessariamente o que os outros almejam), de assimetrias manifestas (mais ou menos satisfeitos no conectado), de interdependência (uns precisam dos outros), de exercício de poder (quem pode mais ou menos permanecer conectado e se a perda da conexão para uns encerra ou não o trajeto de uma prática para os que permanecem conectados), todas essas controvérsias que fazem durar, por uns instantes, a dança-terapia na prática. É a partir dessas surpresas que o antropólogo médico-especulativo etnografa a dança como terapia. Ele percebe como uma ação “coletiva” é possível. Latour (2006, p. 107, tradução nossa) revela: “Todo curso de ação designa uma trajetória que atravessa modos de existência totalmente estranhos uns para os outros, articulados precisamente em razão de sua heterogeneidade”. E continua:

A sociologia do ator-rede não consiste — e repito: não consiste — em estabelecer qualquer absurdo como “a simetria entre humanos e não humanos”. Ser simétrico, para nós, significa simplesmente *não* impor *a priori* uma falsa *assimetria* entre a ação humana intencional e um mundo material feito de relações causais (Latour, 2006, p. 109).

²⁵ Ayres (2007, p. 53), ao tratar uma concepção hermenêutica do cuidado em saúde, discorre: “A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles”.

Trata-se da continuidade e descontinuidade dos modos de ação na dança-terapia por alterados heterogêneos. Por isso, a cada vez, a prática da dança como terapia é inédita, por causa do conectado “da vez”, e essa oscilação torna delicado o traçado da associação a ser etnografado. Latour (2006, p. 112, tradução nossa) traz a seguinte análise:

Quanto tempo é possível seguir uma conexão social sem que o objeto venha assumir sua vez? Um minuto? Uma hora? Um microssegundo? E por quanto tempo esse “da vez” se torna visível? Um minuto? Uma hora? Um microssegundo? Uma coisa é certa: se interrompemos nosso trabalho de campo a cada vez, concentrando nossa atenção exclusivamente nas conexões já associadas, o mundo social torna-se imediatamente opaco.

A etnomedicina e a antropologia médica crítica sempre evitaram essas oscilações.

Etnografar a dança-terapia é perceber esse fluido de oscilações sempre quando novas associações são fabricadas no percurso. O trabalho de campo do antropólogo médico-especulativo, entre médicos, pacientes, artérias, som, música e vibrações corporais, tudo isso que é o composto provisório de cada sessão de dança-terapia, nada mais é que momentos breves, mudanças de fases, possíveis de produção. É preciso perceber nos *relatos* produzidos pelas controvérsias, na ação dança-terápica, a presença de modos de existência ali se fazendo ou se alterando mais uma vez. Esses modos de existência transformam a antropologia médico-especulativa da dança-terapia em uma ciência na qual perceber a *qualidade* da conexão parte da averiguação do poder e da dominação por meio de uma multiplicidade de objetos colocados no centro da análise e transportados por vetores que devem ser empiricamente visíveis, o que diferencia essa terceira fase da antropologia médica das duas outras anteriores. Ora, em etnomedicina e em antropologia médica crítica, o poder e a dominação, como categorias aplicáveis por conceitos pré-estabelecidos (cultura e crítica social), são o ponto de partida e o ponto de chegada de toda análise.

Em antropologia médico-especulativa da dança-terapia, todo o composto provisório, que é a prática em cada sessão de dança-terapia, não pode ser explicado com a separação do “material” do “cultural”, pois a separação em ciência moderna entre animado x inanimado, material x imaterial e indivíduo x cultura pouco revela a alteração quando da relação, da conexão, que é sempre transformação constante. Ela não trabalha com interações face a face, mas com longas cadeias de mediadores, sempre em alteração, através de objetos de toda a natureza, passando por formas em movimentos provisórios que compõem provisoriamente a dança-terapia para que ela aconteça a cada sessão: som, vibração do ar, paciente, médico, música e dança. Chegamos a um novo construtivismo, que nada tem a ver com o “culturalmente construído por humanos”. Não se trata de uma “construção cultural”, muito menos de “crítica social”, mas de uma construção constante para se manter em duração, pelo menos enquanto durarem os milhões de conectados em dança-terapia. Ora, construir uma casa requer interações entre engenheiros, proprietários, arquitetos, tijolos, solo, água, cupins, formigas e milhões de outras coisas para que ela aconteça, dure, seja habitável por um tempo. No mais, toda construção pode desmoronar, por causa da conexão e desconexão constantes, o que é o fim da conexão. Sobre o construído, Latour acresce (2006, p. 128, tradução nossa):

As verdadeiras questões que se colocam são: qual é a qualidade dessa concepção? Qual é o grau de solidez? Até onde o objeto é confiável? Ele é durável? Quanto custa? Por toda parte, tratando-se de tecnologia, de engenharia, de arquitetura ou de arte, “construção” torna-se *sinônimo* de “real”, na medida em que permite encadear uma questão bem mais importante: a coisa em questão está *bem* ou *mal* construída?

A cada vez, a sessão dança-terápica foi *bem* ou *mal* construída? É preciso compreender que terapia não é a relatividade da variedade, mas a variedade da relação na construção fazendo acontecer. A dança-terapia, em antropologia médico-especulativa da dança-terapia, nunca pode ser explicada pela cultura (etnomedicina) ou pela crítica social (antropologia médica crítica), pois são esses dois conceitos que devem ser explicados por seu uso em antropologia médica. São esses dois conceitos que são postos em causa.

É por isso que o mais que humano não se restringe a micróbios e bactérias, mas se estende a tecnologias, a ferramentas cirúrgicas, a luzes artificiais, a capelas de hospitais, entre milhões de outras coisas, que se transformam em ontologias intencionais, em mediadores, para fazer acontecer a dança-terapia. Eles não são um fato dado, objetivo, no sentido proposto para a ciência moderna, mas formas de existências reais, objetivas em sua ontologia, atípicas, pois alteradas, discutidas, incertas e interessadas no conectado. E assim a ciência, a política, a moral e a ética-estética surgem no ato de conexão entre o mais que humano e o humano, conceitos que se ativam, porém não tão imediatamente, para citar o exemplo dos conceitos em etnomedicina e antropologia médica crítica. E é na dança-terapia que todos os conectados no ir fazendo uma prática apresentam sua ciência, sua política, sua moral e sua ética-estética por meio do *bem* ou *mal* conectado. Trata-se de *qualidade* no conectado.

Traçar uma nova antropologia médica, uma nova política, uma nova moral, uma nova ética-estética, uma nova aliança²⁶, enfim, na relação entre o humano e o mais que humano, na prática médica, não é transformar ética-estética e política em algo exterior às conexões do humano e do mais que humano, aplicáveis, independentemente dos desejos do humano e do mais que humano por conexões satisfatórias provisórias, mas seguir a intuição de Jullien (2017, p. 13): “Devemos nos perguntar, com aquilo que, situado no entremeio, é condenado à inconsistência teórica e, por conseguinte, permanece amplamente impensado, mas no qual se dá, como bem pressentimos, o que existe de fato?”

3 Por uma antropologia médico-especulativa

É preciso liberar o mais que humano da história exclusiva da humanidade em etnomedicina e antropologia médica crítica. Porém, é preciso também liberá-lo de um biologicismo e de um materialismo clássicos que o percebam pelos comportamentos não intencionais. Como diria Tsing (2021, p. 229) ao etnografar florestas pelo mundo:

Podemos começar buscando drama e aventura para além da atividade humana. No entanto, não estamos acostumados a ler histórias sem heróis humanos. [...]. Admitir apenas os seres humanos como protagonistas em nossas histórias não é só um preconceito humano ordinário; é uma agenda cultural atrelada ao sonho do progresso da modernização.

²⁶ Trata-se aqui da nova aliança proposta por Prigogine e Stengers (1979, p. 296, tradução nossa): “A antiga aliança animista está morta e com ela todas as outras que nos apresentaram com sujeitos voluntários, conscientes, dotados de projetos, fechados em uma identidade estável e de usos bem estabelecidos, cidadãos em um sentido de um mundo feito para nós. [...] O tempo de uma nova aliança chegou, desde sempre fechado, por muito tempo desconhecido entre a história dos homens, de suas sociedades e de seus saberes e a aventura exploratória da natureza”.

A emergência da antropologia médico-especulativa rompe com a agenda cultural da modernização em antropologia médica crítica. Essa nova antropologia médica se insinua no faz mundo em medicina.

Referências

- AYRES, R. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- BELLACASA, M. O pensamento disruptivo do cuidado. *Anuário Antropológico*, v. 48, n. 1, p. 108-133, 2023.
- BLOOR, D. Anti Latour. *Studies in History and Philosophy of Sciences*, v. 30, n. 1, p. 81-112, 1999.
- BOLTANSKI, L. *Énigmes et complots: une enquête à propos d'enquêtes*. Paris: Gallimard, 2012.
- CALLON, M. *La science et ses réseaux*. Paris: La Découverte, 1989.
- COCCIA, E. *A vida das plantas: uma metafísica da mistura*. Florianópolis: Cultura e Barbárie, 2018.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs*. São Paulo: Editora 34, 2019. v. 1.
- DESPRET, V. *O que diriam os animais?* São Paulo: Editora UBU, 2021.
- GOOD, B. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- JULLIEN, F. *A propensão das coisas: por uma história da eficácia na China*. São Paulo: Editora da UNESP, 2017.
- LATOUR, B. *Changer de société: refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte, 2006.
- LATOUR, B. Faturas/fraturas: da noção de rede à noção de vínculo. *Ilha*, v. 17, n. 2, p. 123-146, 2015.
- LATOUR, B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. São Paulo: Editora 34, 2019.
- LATOUR, B. On Recalling ANT. In: HASSARD, J.; LAW, J. (org.). *Actor-network-theory and after*. Oxford: Blackwell, 1999. p. 15-25.
- LATOUR, B.; WEIBEL, P. (org.) *Critical zones: the science and politics of landing on Earth*. Karlsruhe: ZKM, 2020.
- LAW, J. (org.). *Actor-network-theory and after*. Oxford: Blackwell, 1999.
- MAUSS, M. Técnicas corporais. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Casac Naify, 2003. p. 339-422.

- MOL, A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.
- MOL, A.; LAW, J. Complexities: an introduction. In: MOL, Annemarie; LAW, John. (org.). *Complexities: social studies of knowledge practices*. Durham: Duke University Press, 2002. p. 1-22.
- NATHAN, T.; STENGERS, I. *Médecins et sorciers*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond/La Découverte, 2012.
- PRIGOGINE I.; STENGERS, I. *La nouvelle alliance: métamorphose de la science*. Paris: Gallimard, 1979.
- SAER, J. O conceito de ficção. *Sopro*, v. 15, p. 1-4, 2009.
- SÁ JÚNIOR, L. Philippe Descola e a virada ontológica na antropologia. *Ilha*, v. 16, n. 2, p. 7-36, 2014.
- SAILLANT, F.; GENEST, S. (org.) *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- SAVRANSKY, M. *The adventure of relevance: an ethics of social inquiry*. Londres: Springer Nature, 2016.
- SIMONDON, G. *A individuação à luz das noções de forma e de informação*. São Paulo: Editora 34, 2020a.
- SIMONDON, G. *Do modo de existência dos objetos técnicos*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2020b.
- SOURIAU, E. *Les différents modes d'existence*. Paris: Presses Universitaires de France, 2010.
- STENGERS, I. Uma outra ciência é possível. *Cadernos do Ateliê*, v. 1, n. 5, p. 1-36, 2019.
- STENGERS, I. *Estamos divididos*. Disponível em: <https://www.n-1edicoes.org/estamos-divididos>. Acesso em: 20 out. 2022.
- TARDE, G. Monadologie et sociologie. In: TARDE, G. *Oeuvres de Tarde*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, 1999. v. 1.
- TROSTLE, J. *Epidemiologia e cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- TSING, A. *O cogumelo no fim do mundo: sobre a possibilidade de vida nas ruínas do capitalismo*. São Paulo: n-1 Edições, 2015.

Capítulo 2

Da inserção das Ciências Sociais na área da Saúde no Brasil ao CBPAM/UFBA

Sara Freitas

Tarcísia Castro Alves

Mathews Henrique dos Santos Silva

Uildson Pacheco de Deus

Gabriela Garcia de Carvalho Laguna

Esta obra representa, de fato, um percurso, sem ponto de partida ou de chegada, marcado por conexões pelas quais as ciências sociais percorreram dentro da área da saúde. Trata-se, pois, de uma obra que não apenas busca assegurar um campo prático adotado por um centro de pesquisa, por exemplo, a antropologia médico-especulativa no Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM), vinculado ao curso de medicina do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), mas também mostrar a não separação entre teoria e prática. Assim, são descritos os eventos que serviram de base para o *faç mundo* em medicina no CBPAM/UFBA, sob o viés especulativo, como metodologia de aprendizagem.

1 Da fundação do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA)

A inserção das ciências sociais na área da saúde no Brasil, principalmente a partir dos anos 1950, surgiu como uma reação à “insustentabilidade” do modelo biomédico em conseguir se manter como paradigma teórico-dominante, aceito pela comunidade científica, associado aos complexos fenômenos fisiológicos do processo saúde-doença (Barros, 2014). Entretanto, seria apressado imaginar que houve uma instantânea e ampla integração das ciências sociais dentro dos campos biomédicos nos países latino-americanos. Aliás, esse processo ocorreu de forma bastante gradual, principalmente entre o pós-guerra e os anos de 1960, cuja manifestação mais relevante foi a inserção da sociologia crítica, da antropologia cultural e da psicologia social na área da saúde, a qual a medicina comunitária e social buscou retificar as bases da tradicional medicina individualizada (centralizada no modelo biomédico, privatista, chamada de hospitalocêntrica) contribuindo para a inserção de

modelos oriundos dos Estados Unidos, como a medicina integral e preventiva (Canesqui, 1998). Embora esses movimentos dispusessem de limitações quanto ao impacto das chamadas “dimensões sociais e culturais” no processo saúde-doença, é possível observar a gênese de um dos princípios que, mais tarde, culminaria no conceito de integralidade na Reforma Sanitária Brasileira¹.

Com a progressão, ao longo dos anos, de intensos debates entre cientistas sociais e profissionais da saúde envolvidos na crítica ao modelo biomédico, verifica-se, sobretudo, a partir dos anos 1970, o surgimento de importantes eventos que colaboraram para a expansão das ciências sociais na área da saúde. A título de explanação, são eles: a Reforma Universitária de 1968, que exigia a aquisição, dentro do currículo dos cursos de medicina, de conteúdos que envolvessem tanto a organização da prática médica quanto a administração dos serviços de saúde (Canesqui, 1998); o surgimento da medicina comunitária, que defendia a inclusão da população mais pobre na lógica de reforma de assistência à saúde (Mota; Schraiber; Ayres, 2018); os seminários da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que, entre outros desdobramentos, serviram de grande apoio para o surgimento da sociologia/antropologia da saúde e da medicina social, bem como para a congregação de diversos segmentos sociais em torno do debate da temática da saúde; e, por fim, a Reforma Sanitária Brasileira (Canesqui, 1998).

Surge ainda na sede da OPAS um campo científico, dito multi/inter/transdisciplinar, com a denominação de saúde coletiva², cujo principal representante no Brasil é a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), baseado em pilares teóricos da medicina social (Mota; Schraiber; Ayres, 2018). Em verdade, trata-se de um campo de saber que veio contribuir com a construção de conhecimentos críticos que fortificaram os movimentos sociais ligados à democratização da saúde (Paim, 2006). Esse novo campo contribuiu, em última análise, com a intensificação de alterações nas abordagens teórico-práticas dentro da área da saúde, principalmente porque o modelo de saúde tradicional (centralizado, privatista e chamado de “hospitalocêntrico” por esse novo campo) mostrava dificuldade de se manter como modelo hegemônico (Nunes, 1992).

Ainda que as Leis Orgânicas da Saúde³ já tenham regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), é oportuno afirmar que o SUS não é uma instituição pronta e finalizada, mas, sim, uma modalidade processual que é constantemente renovada e aprimorada, sobretudo por meio da participação social⁴. Nesse sentido, discussões ainda são presentes, por exemplo, sobre a universalidade em saúde como um direito básico do cidadão, já que existem regiões, dentro do país, desprovidas de acesso à saúde, seja por carência de profissionais, seja pela carência de infraestrutura. É com base nessa realidade que, em 2013, houve a implantação do programa federal *Mais Médicos*⁵,

¹ Paim e Silva (2010, p. 4) explicam: “A Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial”.

² Enquanto o termo “saúde pública” faz referência a uma área que adota como objeto de trabalho os problemas de saúde, definidos como aqueles relacionados a mortes, doenças, agravos e riscos em sua ocorrência no nível da coletividade, a “saúde coletiva” se propõe a utilizar como instrumento de trabalho a epidemiologia social ou crítica, que, aliada às ciências sociais, prioriza o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática (Paim, 2006).

³ Leis Federais nº 8080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.

⁴ A participação social ou “participação comunitária” no contexto da saúde é um princípio do SUS, estabelecido e regulado pela Lei nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde. O objetivo é possibilitar a participação dos atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios, a fim de influenciarem a definição e a execução da política de saúde.

⁵ Programa instituído pela Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

com o foco no fortalecimento da Atenção Básica. Entre os eixos que formulam esse programa está a educação médica, que não apenas ampliou a quantidade de cursos de medicina, mas também promoveu uma reestruturação na formação do médico generalista, a fim de assegurar a melhoria dos atendimentos aos usuários do SUS (Brasil, 2013). Desse modo, houve a instauração das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em medicina, que propõe o ensino das ciências humanas como eixo transversal na formação desse profissional (Brasil, 2014).

A graduação em medicina do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA) surge das DCNs. Já dentro do Projeto Político Pedagógico (PPP)⁶ — proposta que dita as diretrizes do curso — há a proposição de que o perfil do médico generalista, formado no IMS/UFBA, deve ser condizente com as necessidades em saúde no Brasil, o que significa que ele deve ser capaz de atuar nos complexos fenômenos saúde-doença, com base em pilares bioéticos, nos diferentes níveis de atenção, que envolvem a promoção da saúde, além da prevenção e recuperação e da reabilitação. Para atingir tal objetivo, a proposta do curso visa superar o tradicional espaço de aula implantando a metodologia ativa⁷ — que torna o discente mais autônomo e responsável pela construção crítica de seu conhecimento e, ao mesmo tempo, capaz de articular essa crítica com diferentes dimensões da realidade. Na realidade, cria-se um espaço com condições de construção de um médico comprometido em oferecer um cuidado integral em saúde e que apresente um olhar crítico, reflexivo e humanista sobre o processo saúde-adoecimento.

Um olhar crítico, reflexivo e humanista tem forte influência na sociologia crítica, que é a principal corrente adotada na formação de um médico generalista, capacitado a compreender criticamente a realidade social onde trabalha, sobre a qual os teóricos como Marx, Weber, Gramsci, Habermas, Bourdieu e Foucault trazem grandes contribuições. O dilema preventivista⁸, proposto por Arouca (2003), que dialoga com todos os autores aqui citados, será fonte de orientação à formação de um profissional médico crítico, que mescla o modelo biomédico com as chamadas “dimensões sociais da realidade”, sob forte tom ideológico de uma nova área emergente: a saúde coletiva. Arouca, na defesa da medicina preventivista, discorre:

No conjunto, a prática desses intelectuais [da medicina preventivista] é dar coerência e unidade ao projeto, na combinação de um discurso ideológico com o discurso científico, ou seja, através de um “saber” que, sendo indicativo, orienta a criação de um conjunto de experiências no espaço social (Arouca, 2003, p. 212).

Arouca acresce: “trata-se de uma *prática ideológica* que se concentra na formação, tanto no nível estudantil como no docente, de uma consciência preventiva” (p. 241). No mais, André Dantas, ao recobrar um documento da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), datado de 1985, que estrutura as disputas políticas da saúde coletiva naquele momento, aponta: “O documento divide os grupos entre *teóricos* e *políticos* da saúde coletiva, e remete o início do conflito à definição da tática de ocupação de postos considerados chaves na administração federal” (Dantas, 2017, p. 165). É nesse contexto, de criação da medicina preventivista e posteriormente da saúde coletiva, que

⁶ Disponível em: https://ims.ufba.br/sites/ims.ufba.br/files/documentos/ppp_medicina_.pdf. Acesso em: 04 maio 2022.

⁷ A metodologia ativa é uma modalidade de ensino pautada na centralidade do aluno, isto é, na qual o estudante é protagonista da sua própria aprendizagem. Disponível em: https://professor.escoladigital.pr.gov.br/metodologias_ativas. Acesso em: 22 out. 2022.

⁸ O dilema preventivista faz referência à reformista tese de Arouca (2003), que contribuiu não só para a compreensão e para a crítica da medicina preventiva, como também contribuiu com uma forte influência para movimentos sociais, como a Reforma Universitária de 1968 (Canesqui, 1998).

o médico generalista, crítico, reflexivo e humanista, perfil exigido pelas DCNs, deve se firmar, com uma boa base ideológica para a atuação em clínica e em saúde coletiva. No mais, a saúde coletiva passa a se fundamentar teoricamente em certas correntes das ciências sociais, evidentemente aquelas mais críticas: a sociologia crítica, a antropologia da saúde pública e a antropologia médica crítica.

Com o sucesso das obras de Michel Foucault (*O nascimento da clínica* e *O nascimento da biopolítica*, mais precisamente) e com a emergência de uma antropologia médica crítica, sob forte influência em sociologia crítica, o campo da antropologia médica, nos cursos de medicina, logo ganhará novas dimensões: a bioética, o biopolítico e a necropolítica. Assim, buscou-se atualizar, teorica e ideologicamente, o perfil do egresso na formação de um médico generalista, crítico, reflexivo e humanista.

A história da antropologia médica, independentemente das exigências das DCNs para os cursos de medicina, não escapou à chamada “virada ontológica” em antropologia. Antropólogos médicos-especulativos, desde a segunda década dos anos 2000, passaram a criticar o antropocentrismo no campo da antropologia médica crítica. Eles perceberam a centralidade das análises antropológicas no protagonismo de médicos, de pacientes, da “crítica social”, de ideais humanitários no combate/enfrentamento dos patógenos, esses últimos vistos, e enquadrados em um discurso militarista, como “inimigos a serem combatidos” por uma “linha de frente”. Entenderam, portanto, que patógenos, vírus e bactérias tinham se tornado pano de fundo para acentuar a “crítica social” da realidade de médicos e de pacientes. Sendo assim, inicia-se uma “virada ontológica”, essa nova corrente que o professor Paulo Rogers Ferreira conceitua de antropologia médico-especulativa, demarcando o rompimento com a antropologia médica crítica. Porém, um problema de adequação ainda subjaz: como atualizar a formação de um profissional médico se as DCNs para os cursos de medicina exigem a formação de um médico generalista, crítico, reflexivo e humanista? A área da antropologia médica, na graduação em medicina do IMS/UFBA, deve permanecer desatualizada, fadada a sua versão crítica, para fazer cumprir as DCNs, estas situadas em um período específico da história científica da antropologia médica?

Essa situação vem se alterando à medida que, com as DCNs em medicina, certas áreas das ciências sociais, como a antropologia médico-especulativa, ganham espaço em debates e discussões dentro dos meios acadêmicos na área da medicina propriamente dita. É nesse cenário que surge, em 2021, o Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA), de viés médico-especulativo, fundado e coordenado pelo antropólogo médico e professor Paulo Rogers Ferreira, com sede no IMS/UFBA, e composto de antropólogos médicos, médicos e discentes de medicina da UFBA. O CBPAM/UFBA conta com a participação de instituições parceiras interessadas na interface entre medicina e antropologia médico-especulativa, a saber: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)⁹.

Dentre as prerrogativas do CBPAM/UFBA, pode-se ressaltar a missão de recuperar o percurso teórico da antropologia médica no Brasil criando uma tradição, principalmente com uma base na antropologia médico-especulativa, inspirada na teoria do ator-rede¹⁰ de Bruno Latour. Ao adotar essa missão, o CBPAM/UFBA pretende promover incentivos para o desenvolvimento de novas pesquisas, além de estimular o surgimento de novos pesquisadores nessa subárea emergente.

⁹ Disponível em: <https://www.ims.ufba.br/pesquisa-e-extensao/grupos-de-pesquisa/centro-baiano-de-pesquisas-em-antropologia-medica>. Acesso em: 19 abr. 2022.

¹⁰ A Teoria do Ator-Rede (TAR) se volta para a tarefa de reunir os agregados humanos e mais que humanos e de rastrear as conexões entre eles.

2 O percurso histórico do campo da antropologia médica

Autores como William Halse Rivers, Forrest Clements e Erwin Ackerknecht levaram os antropólogos a manifestar um primeiro interesse por medicina. Esses autores se destacaram por adotar uma abordagem antropológica sobre o domínio médico, correlacionando-o a outros elementos da cultura e da organização social dos povos. A partir deles, há um crescente entusiasmo com a medicina considerada “primitiva” — aliás, sob sua influência, antropólogos no Brasil, até cerca dos anos 1960, vão se empenhar em trabalhar elementos ligados à saúde de populações indígenas (Nunes, 1992). Outros autores, como Benjamin Paul, em nível internacional, preocuparam-se mais com as possibilidades de contribuição de uma antropologia da saúde aplicada à saúde pública (Sautchuk; Fleischer, 2012).

Com essas construções teóricas, iniciou-se, entre os anos de 1930 e 1940, nos Estados Unidos, o que, atualmente, pode ser chamado de primeira fase da antropologia médica: a etnomedicina ou antropologia culturalista. Dentre os seus principais objetos de estudo, destaca-se o processo do adoecimento, como um fenômeno cultural. Nesse cenário, o interesse dos antropólogos era etnografar a experiência cultural dos acometidos por doenças. Para isso, eles analisavam as diferenças culturais de comportamentos dos pacientes afetados de uma mesma doença e associavam essas diferenças a ritos, crenças e mitos, isto é, aos elementos que definiam uma cultura. Essa postura metodológica colaborou, inclusive, para o surgimento do campo da etnopsiquiatria¹¹ (Queiroz; Canesqui, 1986).

No Brasil, durante esse período, a produção da etnomedicina estava focada, na grande maioria dos casos, no mundo rural e indígena, ignorando o mundo urbano, até mesmo os próprios indígenas que migraram para os grandes centros (Nunes, 1992). Essa realidade contribuiu para que os conhecimentos obtidos não servissem, de forma direta, para diferentes setores da área da saúde na esfera urbana, o que fragmentou a produção teórica dessa fase. Além disso, uma das críticas mais ressaltadas a essa fase relaciona-se com o fato da etnomedicina dispor de um “olhar míope” sobre as dimensões sociais e políticas como pilares nos processos de adoecimento (Sautchuk; Fleischer, 2012). E é essa crítica que servirá como base para o que, mais tarde, será conhecido como antropologia médica crítica.

Dessa forma, com o objetivo de superar as limitações da etnomedicina, surge a antropologia médica crítica, por volta dos anos 1980, nos Estados Unidos, por meio de um gradual redirecionamento dos discursos teóricos dos antropólogos médicos. Nesse cenário, respaldado em pressupostos como o pós-estruturalismo e o construtivismo, iniciou-se uma corrente que propunha a explicação dos fenômenos saúde-doença na relação entre o sistema econômico capitalista, as desigualdades sociais e as relações de poder (Nunes, 2014). É oportuno afirmar que nessa fase não há a superação da noção de cultura como objetivo de reflexão antropológica, mas, sim, uma demasiada ampliação do escopo de pesquisa, que foca, principalmente, os processos políticos e socioeconômicos, atuais e passados, envoltos nos discursos sobre o adoecer.

É possível perceber, dentro dessa fase, duas correntes de reflexão que ora tiveram um caráter de oposição, ora de complementaridade ou de síntese, a saber: abordagem construtivista de base hermenêutica e fenomenológica e, com autores como Marx, Foucault e Bourdieu, abordagem pós-estruturalista ou realista (Nunes, 2014). O que importa é a perspectiva social da antropologia

¹¹ A etnopsiquiatria se define como uma prática da psiquiatria. Integra a dimensão do cultural no problema psicológico e sua abordagem e recorre a outras ciências como a antropologia e a psicanálise (Martins-Borges *et al.*, 2019).

médica crítica, que aproximou a antropologia médica dos ideais da saúde coletiva, no sentido de centralizar questões, por exemplo, das iniquidades sociais que impactam, diretamente, a distribuição da morbidade e mortalidade dentro de uma população. As reflexões produzidas por essa fase foram amplamente utilizadas dentro da área da saúde, inclusive adotadas pelas DCNs dos cursos de medicina — por sinal, ainda são bastante influentes.

A terceira fase, que o professor Paulo Rogers Ferreira tem conceituado no Capítulo 1 desta obra de antropologia médico-especulativa, está voltada para uma reorientação da antropologia médica, a partir da “virada ontológica” nos anos 1990. Trata-se de uma corrente extremamente recente e em franca expansão, cuja proposta principal está atrelada à superação das limitações das fases precedentes, uma vez que estas desenvolveram modelos teóricos que buscavam compreender a complexidade da realidade centrados no protagonismo humano (antropocentrismo). Esta terceira fase tem como pilares pensadores como Eduardo Viveiro de Castro, Bruno Latour e Philippe Descola, que iniciaram um movimento, em linhas gerais, destacando a maior relevância em tornar cognoscíveis os aspectos envolvidos em torno da não separação entre Natureza x Cultura e a passagem de preocupações epistemológicas para as preocupações ontológicas em antropologia. Com isso, essa nova forma de pensar busca uma superação dos tradicionais padrões investigativos da antropologia médica, que se revelam restritos, na medida em que tendem a encarar o mundo de forma dicotomizada e antropocêntrica: natureza/sociedade, natureza/cultura, sujeito/objeto, indivíduo/sociedade, o humano (o médico)/a crítica social (em que o humano é o único ser crítico) (Carvalho *et al.*, 2021).

3 Caminhos da antropologia médica no IMS/UFBA

A trajetória histórica da antropologia médica no Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA inicia com a admissão, em 2018, no quadro docente da instituição, do professor Paulo Rogers Ferreira, antropólogo médico, da vertente da antropologia médico-especulativa, e professor do curso de medicina. Em dezembro de 2021, o docente funda o CBPAM/UFBA e amplia, assim, a cobertura da antropologia médica para todos os cursos de graduação e pós-graduação.

A aprovação do curso de medicina do IMS/UFBA foi condicionada, pelo Ministério da Educação (MEC), à adaptação do curso às DCNs dos cursos de medicina, datadas de 2014, que criticavam o reducionismo do modelo flexneriano, de forte ênfase no biológico, responsável pela formação médica tradicional, que a dividia em ciclo básico e clínico, como também de um novo perfil do egresso: generalista, crítico, reflexivo e humanista. A primeira tentativa para alcançar esse fim se deu de maneira a respeitar a hierarquia da própria instituição UFBA. Houve vários pedidos diretos e indiretos, que partiram do diretor do IMS/UFBA, professor Orlando Neves, à Reitoria em Salvador para obtenção de meios para a implantação do curso, porém sem sucesso. O desinteresse por parte da Reitoria da UFBA era alicerçado em argumentos contra a estrutura do próprio *campus* Anísio Teixeira, em Vitória da Conquista (a 509 km de Salvador), que inviabilizaria, na visão da Reitoria, a implementação do curso naquele momento. Segundo Neves (2022), o Ministério da Educação (MEC) já havia oferecido a oportunidade de aumentar o número de vagas para a Faculdade de Medicina da UFBA, com sede em Salvador, concomitante à implantação do novo curso em Vitória da Conquista, ainda em 2012, a qual foi negada prontamente por uma decisão individual e monocrática da Reitoria.

Notando esse desinteresse por parte da instituição, o diretor do IMS percebeu que a via mais efetiva para o estabelecimento do curso perpassaria pela política, o que incluiria contrariar o posicionamento da Reitoria. Foi necessário então realizar articulações com alguns deputados para mediar a implantação do curso junto ao MEC. Dessa maneira, restou à Reitoria colaborar com o projeto instituindo uma comissão para a elaboração do Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso. O curso seria híbrido, com a estruturação já definida para o curso de medicina com sede em Salvador (centrada nos aspectos técnico-científicos, ético-humanísticos e de formação em pesquisa) e a nova estruturação (pautada na atenção primária, gestão da saúde e educação em saúde), requerida pelas DCNs do MEC.

Foi formada uma comissão no IMS/UFBA de professores, discentes e técnicos para a criação do curso de medicina em 2013, pelas resoluções 176/2013 e 189/2013. Cumprindo todos os prazos, apesar das divergências entre alguns membros, a comissão finalizou o projeto definindo claramente os princípios, os objetivos, as ações, entre outros pontos. Entretanto, no Ministério da Educação (MEC), o projeto foi rejeitado pelo ofício 089/2015 — DDES/SESu/MEC, datado de 13 de maio de 2015. O MEC considerou uma proposta com “perfil conservador”, isto é, que separava áreas básicas das profissionalizantes e assim contrariava as DCNs, e com proximidade do currículo ao modelo flexneriano.

O veto do MEC à implantação do curso de medicina do IMS/UFBA advém do debate, iniciado ainda nos anos 1960, a respeito do currículo de formação médica no Brasil. Essa discussão buscava transformar o modelo flexneriano dos cursos tradicionais de medicina em um currículo harmônico ao movimento que logo ganharia volume: a Reforma Sanitária Brasileira e, posteriormente, adequá-lo ao Sistema Único de Saúde (SUS) incorporando a medicina comunitária e social por meio do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Por outro lado, havia o Conselho Federal de Medicina (CFM), que era contra uma proposta dita inovadora, com a motivação de controlar, por meio das associações médicas, o número de médicos formados para dar continuidade aos princípios tradicionais recomendados pelo relatório flexner, de 1910 (Pierucci, 2011). A formação pautada nesse modelo biomédico exigia mais professores para mais disciplinas e acomodava menos alunos. Ela necessitava ainda de mais hospitais para aprofundar a prática médica, além de privilegiar os diagnósticos raros, que exigiriam um conhecimento aprofundado, associado a exames poucos disponíveis, e contrariariam o fazer médico condizente com o atendimento no SUS.

Com as novas DCNs, o número de cursos de medicina cresceu exponencialmente, principalmente em instituições privadas. Se compararmos o crescimento do período de 1990-1999 com o de 2000-2007, o número de novas escolas médicas subiu de 17 para 77, principalmente na região Norte e Nordeste, o que evidencia a preocupação do CFM quanto ao controle de novos médicos. Os princípios da medicina comunitária e social (produtividade, redução de custos, extensão da cobertura, simplificação dos recursos e participação comunitária), na implantação de cursos, determinaram esse aumento, uma vez que objetivam uma maior cobertura nacional dos profissionais médicos empregados, principalmente em regiões carentes, como o Norte e o Nordeste. Porém, houve um aumento do número de alunos sem necessariamente o aumento do número de professores.

Essa medicina comunitária e social foi proposta por instituições como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e se opõe ao modelo biomédico, que é marcado por não elencar o bom funcionamento do SUS como prioridade. Além disso, essa medicina objetiva a redução nos

custos das escolas médicas privadas e isso contribui para o aumento do número de médicos no Brasil (Pierucci, 2011).

Foi devido a essas divergências de posicionamento que o MEC negou a implantação do curso de medicina do IMS/UFBA naquele momento, por meio de parecer, extraído do ofício 089/2015 — DDES/SESu/MEC, datado de 13/05/2015, que afirmava: “Ainda observa-se na organização da Matriz Curricular proposta um modelo de ensino fragmentado, com organização de disciplinas, que dividem o currículo em ciclo básico e outro profissionalizante” (Parecer 089/2015). Mesmo com resistências e divergências internas e desânimo por parte da comissão do projeto, seguiu-se a luta para tentar produzir novamente o Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso de medicina do IMS/UFBA, dessa vez encabeçado pela assessora pedagógica do IMS e professora Edilene Maioli, com prazo de 60 dias. Junto à comissão, cumpriram-se todas as tramitações legais segundo os princípios pautados nas DCNs.

O curso foi aprovado no dia 02 de dezembro de 2015, com 80 vagas anuais, a serem oferecidas pelo IMS — mantida pela UFBA no âmbito da Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais da Educação Superior —, com avaliação periódica. Segundo esse novo Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso de medicina (2015), a instituição IMS/UFBA: “Deve centrar-se na formação do médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde” (IMS, 2015, p. 64). Nesse sentido, é necessário que as disciplinas fomentem a criticidade e o poder de reflexão do futuro egresso do curso, em face dos diversos cenários na prática médica. E é nesse cenário que a história da antropologia médica no IMS/UFBA coincide com a adoção, digamos obrigatória, da vertente antropologia médica crítica, mais adaptada à formação de um profissional crítico e reflexivo (ideal da Reforma Sanitária Brasileira).

Sendo assim, para que o egresso de medicina do IMS/UFBA não perca a atualização no campo da antropologia médica, hoje o curso oferta a história da antropologia médica ao recobrar didaticamente suas três fases: a etnomedicina ou antropologia culturalista, a antropologia médica crítica e a antropologia médico-especulativa (virada ontológica). Além disso, a fundação do CBPAM/UFBA cumpre a tarefa de aprofundamento dessa trajetória histórica, o que é importante para estudantes de medicina que queiram se aprofundar na atualização da antropologia médica.

A importância de haver uma formação médica utilizada como instrumento de reflexão mostra o impasse entre um currículo que exige uma antropologia médica situada (a antropologia médica crítica) e a necessidade de sempre atualizar os discentes do curso nos debates contemporâneos, no caso da antropologia médico-especulativa. O discente do curso de medicina do IMS/UFBA recebe também formação do modelo biomédico, e é percebida uma valorização desse modelo por parte da maioria dos discentes, em que a antropologia médica crítica surge para demonstrar o “perigo” desse reducionismo, embora apresente um outro reducionismo: a centralidade na crítica social (antropocentrismo). A antropologia médica crítica contribui, portanto, para polarizar a separação entre modelo biomédico x crítica social. Porém, a antropologia médico-especulativa rompe justamente com essa polarização, ou melhor, desconsidera tanto o reducionismo biológico quanto o antropocentrismo das análises críticas. O egresso do curso de medicina do IMS/UFBA tem a oportunidade de identificar todas essas sutilezas de aplicação da antropologia médica na formação.

4 Uma formação em medicina atualizada

A formação em medicina do IMS/UFBA encontra-se atualizada na história da antropologia, permitindo aos egressos do curso optar, em suas pesquisas, por qualquer fase da antropologia médica. Ademais, essa formação os ajuda a compreender que o perfil do egresso generalista, crítico, humanista e reflexivo, idealizado pelas DCNs, está situado na segunda fase da antropologia médica.

Referências

- ABRISKETA, O.; RIPALDA, S. La apertura ontológica de la antropología contemporánea. Disparidades. *Revista de Antropología*, v. 71, n. 1, p. 101-128, 2016.
- AROUCA, A. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Editora da UNESP, 2003.
- BARROS, N. O ensino das ciências sociais em saúde: entre o aplicado e o teórico. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1053-1063, 2014.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso em: 16 abr. 2022.
- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Brasil: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Programa Mais Médicos. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- CANESQUI, A. Ciências sociais e saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 131-168, 1998.
- CARVALHO, T. *et al.* Natureza, cultura e a virada ontológica – dialogias. *Revista do Instituto de Ciências Humanas*, v. 17, n. 26, 2021.
- DANTAS, A. *Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.
- FLEISCHER, S.; SAUTCHUK, C. (org.) *Anatomias populares: a antropologia médica de Martin Alberto Ibáñez-Novión*. Brasília: Editora da UNB, 2012.
- MOL, A. *The body multiple: ontology of medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.
- MOTA, A.; SCHRAIBER, L.; AYRES, J. Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967). *Interface Botucatu*, v. 22, n. 65, p. 337-348, 2018.
- NUNES, E. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*, v. 1, n. 1, p. 59-84, 1992. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/6907>. Acesso em: 16 abr. 2022.

NUNES, M. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 2, p. 403-420, 2014.

NEVES, O. *Memórias: Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia, 2011 a 2019*. Vitória da Conquista: IMS/UFBA, 2022.

PAIM, J. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J.; SILVA, L. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PIERUCCI, L. Reformas curriculares no ensino superior: proposta de análise das origens do programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED). *Revista Espaço do Currículo*, v. 3, n. 2, p. 609-625, 2011.

QUEIROZ, M.; CANESQUI, A. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 152-64, 1986.

Capítulo 3

Antropologia Médico-Especulativa da Cardiomiopatia de Takotsubo

Paulo Rogers Ferreira

Gabriela Chateaubriand Campos

Fernanda Beatriz Melo Maciel

Alane Alves Fernandes

Alessandra Mawu Defendi Oliveira

Como etnografar a cardiomiopatia de Takotsubo¹ em antropologia médico-especulativa? Eis o desafio deste capítulo dedicado a uma reparação à relação humano e mais que humano no *faz mundo* em cardiopatologia. Para tal, adotar-se-á, como exemplo, a compreensão de um coração, órgão do corpo humano, remodelado em vaso japonês (Sato; Tateishi; Uchida, 1990), a nominar cardiomiopatia de Takotsubo, em sua anatomia filosófica (Saint-Hilaire, 1818), produzindo o alterar, que pode conduzir à morte ou não do paciente. A designação da cardiomiopatia de Takotsubo se faz em virtude de uma alteração cardiopatológica das dimensões do coração, a qual pode provocar o infarto agudo do miocárdio.

Étienne Saint-Hilaire, em 1818, já demonstrava a importância da modelagem produzida por uma filosofia anatômica de órgãos do corpo, conceito empregado por esse autor em várias espécies animais. Ao citar o exemplo da anatomia filosófica do pé, Saint-Hilaire percebe como ela se modela ao ambiente para se conectar ao mundo que o pé interage:

O pé dos ruminantes torna-se para eles uma garra na história do leão; uma mão na história do macaco; uma asa na descrição sobre o morcego; uma nadadeira na história da baleia etc. Para a anatomia comum designando pé, a analogia de todos esses exemplos em ciência foi despercebida. Porém, a multiplicidade de observações isoladas nos leva a juntar todos esses exemplos e a procurar a relação entre eles (Saint-Hilaire, 1818, p. xxj, tradução nossa).

¹ A cardiomiopatia de Takotsubo (síndrome do balonamento apical transitório do ventrículo esquerdo), que apresenta características clínicas, eletrocardiográficas e laboratoriais semelhantes à síndrome coronariana aguda, tem sido explorada no campo da medicina. Ela foi relatada pela primeira vez, por Hiraku Sato e colaboradores, em 1990, na população japonesa, e seu nome se deve à comparação da forma que o ventrículo esquerdo assume durante a sístole com o “tako-tsubo”, uma espécie de vaso usado no Japão para aprisionar polvos (tako = polvo + tsubo = vaso, pote) (Hoekstra *et al.*, 2014).

E seguindo a pista de Saint-Hilaire (1818), poderíamos nos perguntar sobre a anatomia filosófica do coração em cardiomiopatia de Takotsubo. Como ela varia? Como se modela ao conectado? Com quem e com o que ela se conecta? E é com base nas conexões que cardiologistas e antropólogos médicos podem especular sobre a filosofia anatômica de um órgão.

Segundo os cardiologistas: Lemos *et al.* (2008); Busnello (2009); Nunes (2014); Fundão *et al.* (2020); Almeida *et al.* (2020); Campos *et al.* (2020); Díaz-Navarro, Silva Gonzalez e Henriquez-Roldan (2020) e Brida *et al.* (2021), a cardiomiopatia de Takotsubo é caracterizada por estresse físico ou emocional², dificilmente mensurável, que remodela anatomicamente o órgão, por meio de um movimento discinético transitório da parede anterior do ventrículo esquerdo, com acentuação da cinética da base ventricular (Lemos *et al.*, 2008). Entre os fatores físicos, destacamos: procedimento cardíaco invasivo, esforço físico extenuante, crise asmática, pneumotórax, fibrilação ventricular, cirurgia abdominal, sepse e drogas; quanto aos fatores emocionais, a morte inesperada de familiares ou amigos, abuso doméstico, catástrofe natural, perda de dinheiro ou falência, falar em público e acidente de carro, como enumera Busnello (2009). Outras conexões incluem ocorrências na dimensão psicológica, como más notícias, tormentos, discussões com pessoas do ciclo social, problemas jurídicos e legais, perdas econômicas, apostas, mudança residencial, e, como consequência, implante de marcapasso, enfermidades importantes, dores intensas, fraturas, recuperação pós-anestésica e sobredose de medicações, por exemplo (Núñez Gil; Luaces; García-Rubira, 2009).

São as ocorrências iniciais do evento que o divergem do coração “doente”, distanciado-o sem primazia categórica no tocante a critérios clínicos do infarto agudo do miocárdio, pois são semelhantes em sintomatologia, apresentações eletrocardiográficas e outros comemorativos (Lemos *et al.*, 2008). O que percebemos nessa definição é uma filosofia anatômica do órgão que vai se alterando, diferenciando-se, modelando-se a um coração “doente”, ou, dito de outra maneira, entrando em contato com o cardiopatológico, rumo à filosofia anatômica que é a cardiomiopatia de Takotsubo.

Desse modo, orientar as conexões e as expressões por cada dimensão nas atribuições do diagnóstico requer a recuperação do seu conceito clínico para identificação da filosofia anatômica, pois, em cada situação (de alegria ou de tristeza), as moldagens anatômicas ganham classificação diagnóstica. E é por isso que Saint-Hilaire (1818) mostra que é preciso, inicialmente, conhecer a forma anatômica do órgão para ter uma ideia geral da anatomia, para examinar a nova forma, sempre maleável, sempre alterável, que ele adquire após o estresse agudo como contato e, a partir dessa nova forma, seguir todas as modificações. Ainda com Saint-Hilaire (1818, p. xxijj, tradução nossa), convém destacar:

Os naturalistas chegaram à doutrina das analogias; eles começaram a pesquisar um fato de uma alta importância para a teoria: um órgão vem de sua conformação, ele passa, frequentemente, de uma função a outra, porque podemos seguir o exemplo do pé entre vários animais, em seus diversos usos, como também em suas diversas metamorfoses.

Conta-se, desse modo, que a interpretação médica de determinado caso clínico e o diagnóstico carecem da associação de todos os ingredientes humano (células humanas) e mais que humano (elementos químicos, potenciais elétricos, mundo exterior), haja vista que essa interpretação, para ser certa, integra uma mescla do conectado para a compressão da anatomia filosófica, que

² No campo da psicologia, a cardiomiopatia de Takotsubo é chamada de “síndrome do coração partido” e é causada por estresse agudo.

implica no desfecho clínico da cardiomiopatia de Takotsubo. A antropologia médico-especulativa, notoriamente, subsidia o entendimento dessas conexões entre o humano e o mais que humano, influenciadoras na moldagem filosófica do órgão, pois, como diria Latour (2011, p. 66, tradução nossa):

[...] em antropologia, devemos seguir essas traduções novas do que conta no mundo [...]. O antropólogo [médico-especulativo] não sobrepõe a sociedade sobre a biologia, como um vulgar contemporâneo, não, ele redefine a sociedade ela mesma, no qual ele intervém em todos os pontos, em todos os lugares, em todos os atores [humano e mais que humano].

Com a antropologia médico-especulativa, a cardiomiopatia de Takotsubo não se restringe a uma dimensão cultural (etnomedicina), nem a determinantes sociais da saúde (antropologia médica crítica), pois não se limita às bordas do quadro (cardiomiopatia como cultura ou crítica social), mas etnografa a filosofia anatômica do coração, em todas as suas conexões. É a partir dessa filosofia anatômica que o antropólogo médico-especulativo pode, finalmente, partir para a análise de alterações provisórias em antropologia médica.

1 A antropologia médico-especulativa na competência clínica e diagnóstica em medicina

A competência clínica e diagnóstica é uma primazia da qualidade da prática médica e constitui um propósito das diretrizes e currículos dos cursos de medicina (Gariglio; Radicchi, 2008). Diversas estratégias são adotadas para atingir esse objetivo, contudo o “desenvolvimento do raciocínio clínico e a acurácia diagnóstica estão intimamente relacionados ao estágio de aprendizagem teórico-prática em que se encontra o aluno da graduação ou o profissional em aprimoramento” (Fernandes *et al.*, 2016, p. 16). O tirocínio médico nessa circunstância é desafiante, pois com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de medicina adotadas em 2014 pelo Ministério da Educação (MEC), sob forte influência dos desdobramentos ideológicos da Reforma Sanitária Brasileira, é necessário incluir a “dimensão social” (antropologia médica crítica) como complementar ao fazer médico e como competência obrigatória. Trata-se da implementação da velha e questionável separação entre Natureza (história natural da doença) e Cultura (história sociocultural da doença).

O alunado passou a considerar também explicações sociais para a compressão dos diagnósticos médicos, e essas explicações, que fundam o campo de uma antropologia médica crítica, distanciada propositalmente da biologia desde Durkheim (2019), tinham como base a desqualificação do modelo biomédico, tachando-o de reducionista ao plano biológico. Tal desqualificação abria espaço e justificativa para a colaboração das ciências sociais no campo promissor da saúde. É frequente escutar do alunado de medicina a confusão entre um médico aprofundar um caso clínico e um antropólogo ou um sociólogo reduzir o modelo biomédico à cultura e à crítica social transformando o biológico em pano de fundo estático. A antropologia médico-especulativa pouco se importa de situar a cultura ou a crítica social acima de um caso clínico, pelo contrário, busca compreender, tal qual Pasteur, etnografado por Latour (2011), como médicos conseguiram ter sucesso em suas resolutivas científicas com a colaboração de microrganismos em hospitais³. No caso da cardiomiopatia de Takotsubo, mote deste capítulo, a questão é como a filosofia anatômica do coração pode colaborar com o médico para a estabilização do paciente depois de um episódio.

³ Latour (2011, p. 30, tradução nossa) discorre: “Quando se trata de homens *da ciência* [Latour se refere a Pasteur], sempre admiramos a genialidade e a virtude de *um* homem sem mesmo suspeitar a importância das forças [não humanas] que o fizeram grande”.

Um antropólogo médico-especulativo pode iniciar sua etnografia perguntando ao cardiologista como ele concebe anatomicamente o coração. Os cardiologistas evocarão a literatura especializada, os casos clínicos, as queixas dos pacientes, as generalizações e as evoluções previstas para o órgão. Esse entendimento Nathan e Stengers (2012) chamam de “universo único” em medicina moderna, em que a hipótese diagnóstica se fecha em um mundo por critérios clínicos de inclusão e exclusão. Porém, a antropologia médico-especulativa parte dos ensinamentos de Annemarie Mol e John Law (2002), segundo os quais a simplicidade/complexidade da prática médica envolve não a rigidez de um “universo único”, o que caracterizaria, para Nathan e Stengers, o método em ciência moderna⁴, mas comparações de tratamentos e as condições dos pacientes antes e depois do tratamento. Para Mol e Law (2002, p. 1, tradução nossa):

Muitos trabalhos recentes na sociologia da ciência, na história da tecnologia, na antropologia da medicina [antropologia médica crítica], nos estudos culturais, no feminismo e na filosofia política têm sido uma revolta contra a simplificação. O argumento tem sido que o mundo é complexo e que não deveria ser domesticado — e certamente não a ponto de a simplificação se tornar um impedimento para entendê-lo. Mas o que é complexidade?

Citando o exemplo dos diagnósticos médicos que necessitam de diferentes exames clínicos, Mol e Law (2002, p. 1, tradução nossa) continuam:

O tropo da ordem única que reduz a complexidade [...] começa a perder seu poder quando a ordem é multiplicada, quando a ordem se transforma em ordens [por exemplo, a variedade de exames clínicos para um único diagnóstico]. Esta é a primeira entrada da nossa lista: multiplicidade. Quando os investigadores começam a descobrir uma variedade de ordens — modos de ordenação, lógicas, enquadramentos, estilos, repertórios, discursos — então a dicotomia entre simples e complexo começa a se dissolver. Isso é porque várias “ordenações” de objetos, tópicos, campos semelhantes nem sempre reforçam as mesmas simplicidades ou impõem os mesmos silêncios.

Multiplicidade trata, portanto, de coexistências (diferentes relacionalidades) de exames em um único diagnóstico médico. Ainda com Mol e Law (2002, p. 13, tradução nossa),

Uma vez que começamos a atender aos momentos que vão e vêm, o que é reduzido em um momento pode ressurgir no seguinte, elementos que vêm à tona agora mudam para o fundo. Dessa forma, a possibilidade da recomplexificação está incluída naquilo que é momentaneamente simples — e os substantivos, simples e complexos, dão lugar aos verbos, à fala de simplificando e complexificando.

O sucesso da prescrição diagnóstica está associado a esta multiplicidade elástica de ir simplificando e complexificando eventos. A antropologia médico-especulativa, nesse enredo, orienta o reposicionar dos critérios clínicos e diagnósticos pelas conexões no evento. Assim, ela traz para a graduação e/ou atuação em medicina o elemento conectivo, ou seja, o múltiplo conectado, este que se conecta às ligações químicas e fisiológicas sempre dinâmicas, a um filosofar de órgãos. Estamos

⁴ Nesse sentido, Yates-Doerr e Mol (2019, p. 247), ao tratar de um “Ocidente” com sua “natureza única” entre antropólogas e antropólogos, argumentam: “Antropólogas e antropólogos, ávidos por trazer à tona a originalidade dos povos que estudam, afirmam que, em contraste com uma ‘natureza’ única no Ocidente, ontologias ameríndias possuem muitas naturezas. Mas será que relatos fascinantes sobre maneiras ameríndias de fazer-o-mundo devem presumir tanto sobre o ‘Ocidente’?”

longe de uma antropologia médica crítica e seus famosos “determinantes sociais da doença”. Para Latour (2011, p. 69, tradução nossa), “não podemos ‘explicar’ as ações e suas decisões [no nosso caso do coração em cardiomiopatia] pela ‘simples’ motivação política ou por um simples interesse (o que seria bem mais difícil de fazer). É preciso muito mais”. Nessa concepção, a antropologia médico-especulativa segue o movimento de mudança da formação médica redefinindo as concepções do papel do médico no *faç mundo* em cardiopatologia e a necessidade de uma formação efetiva conectada com a filosofia anatômica de órgãos do corpo humano, alicerçada nas necessidades dos órgãos em suas carências conectivas de ir existindo, de modo a romper com o paradigma da antropologia médica crítica, que reduz doenças a uma espécie de crítica social.

Partindo desse entendimento e considerando o que a cardiologia tem a aprender com a antropologia médico-especulativa, a filosofia anatômica do coração pode nos dar, a médicos e antropólogos, um princípio de agenciamento⁵ para refazer o entendimento médico e antropológico sobre a evolução patológica de órgãos.

Seguir o abaulamento apical transitório do ventrículo esquerdo do coração em cardiomiopatia de Takotsubo é perceber que sua anatomia filosófica é uma multiplicidade diagnóstica pautada em todas as outras coisas, isto é, no mundo conectado. É preciso alargar as situações mais vantajosas para o coração em cardiomiopatia de Takotsubo, pois passaremos a percorrer paulatinamente todas as suas transformações. Trata-se, sobretudo, de um princípio das conexões, como bem apresentado por Saint-Hilaire (1818, p. xxx, tradução nossa): “Tais são os resultados orgânicos, tais são as visões fisiológicas que podem nos dar uma ideia da lei das conexões e nos assegurar do temor de ver tais fundamentos minarem pelas exceções: um órgão é, antes de tudo, alterado, atrofiado, aniquilado, transposto”. O princípio das conexões, de alto interesse filosófico, médico e antropológico, é um princípio fundamental para sustentar, em filosofia, em medicina e em antropologia médico-especulativa, a cardiomiopatia de Takotsubo, pois, e com Saint-Hilaire, “[o princípio das conexões] é tudo o que a anatomia pode nos fornecer de mais geral e de mais filosófico” (p. xxxviii). E essa anatomia filosófica é o princípio de toda antropologia médico-especulativa da cardiopatologia. Conclui, assim, Saint-Hilaire:

O princípio das conexões, como uma outra bússola, aproxima os diferentes pontos do teatro de nossas explorações. Simplificando as pesquisas, ele coloca as considerações da anatomia filosófica no rol das grandes estatísticas. Regozijo-me que esse novo meio de pesquisa terá um dia qualquer influência sobre os estudos médicos (p. xxxviii).

Este capítulo busca seguir essa filosofia anatômica de um coração em cardiomiopatia de Takotsubo por suas conexões situando o escopo do diagnóstico em sua simplicidade/complexidade (Mol; Law, 2002) e abrindo a antropologia médico-especulativa das cardiomiopatias aos ensinamentos de Latour (2020, p. 67): “Essa operação retoma as duas questões canônicas: quais existentes foram escolhidos e quais formas de existência *foram preferidas*? Toda vez que essas duas perguntas são respondidas de maneira mais ou menos organizada, pode-se dizer que se trata de uma *metafísica*”.

⁵ Deleuze e Parnet trazem a seguinte afirmação (1998, p. 65): “A unidade real mínima não é a palavra, nem a ideia ou o conceito, nem o significante, mas o *agenciamento*. É sempre um agenciamento que produz os enunciados. Os enunciados não têm por causa um sujeito que agiria como sujeito da enunciação, tampouco não se referem a sujeitos como sujeitos de enunciado. O enunciado é o produto de um agenciamento, sempre coletivo, que põe em jogo, em nós e fora de nós, populações, multiplicidades, territórios, devires, afetos, acontecimentos”.

2 A anatomia filosófica da cardiomiopatia de Takotsubo

O coração é um órgão que se estrutura na convergência de três tecidos: o pericárdio, revestimento externo fibrosseroso assegurador da proteção cardíaca; o miocárdio, porção intermediária, espessa, fibromuscular e conjuntivo-fibrosa subsidiária da *sustentação* estrutural e mecânica; e o endocárdio, tecido conjuntivo-epitelial, *responsável* pelo revestimento interno das paredes cardíacas (Dangelo; Fattini, 1988). Esses tecidos *confluem* anatomicamente em uma estrutura oca, em forma de cone, composta de quatro câmaras em sua cavidade, duas aurículas (ou átrios) e dois ventrículos. *Subdivide-se*, ainda, em ápice, base e faces esternocostal, diafragmática e pulmonar. A base, porção posterior cardíaca, *agrupa* os átrios, é o ponto de inserção das veias cavas e pulmonares. Contralateral, a base encontra o ápice, arredondado, *formado* inferolateralmente pelo ventrículo esquerdo, local de *ocorrência* do batimento apical. Esse ponto é subsidiário para compreensão, *a posteriori*, do modelar em cardiomiopatia de Takotsubo (Netter, 2011).

A estrutura cardíaca, cuja função *está centrada* na propulsão sanguínea para irrigação corpórea, pode ter seu *funcionamento* compreendido na *conexão* de suas propriedades mecânicas, elétricas e químicas. Nessa *organização*, está o *funcionamento* do ciclo cardíaco, no qual o sangue desoxigenado *dirige-se* ao átrio direito, através das veias cavas (superior e inferior), e depois aos pulmões, onde *ocorrerá* a hematose (*liberação* do dióxido de carbono e *absorção* do oxigênio). O sangue, ao ser oxigenado, *realiza um percurso* em direção ao átrio esquerdo e ao ventrículo esquerdo e, posteriormente, *ganha* a grande circulação arterial após ser *bombeado* para a aorta (Netter, 2011). Para que *essa atividade* cardíaca ocorra, *há conexão entre o volume* pré-carga (volume sanguíneo intraventricular), o pós-carga (*resistência* contra a qual o ventrículo esquerdo *ejeta*), a *frequência* cardíaca (*batimentos* do coração *realizados durante um minuto*) e os *movimentos* *contráteis e propulsores*, que são *sincronizados para originar* a sístole (contração) e a diástole (relaxamento), *em regência de estímulos elétricos* (Drislane *et al.*, 1987).

O evento do ciclo cardíaco é dividido em cinco etapas: *diástole atrial e ventricular, sístole atrial, contração ventricular isovolumétrica, ejeção ventricular e relaxamento ventricular*. Essas etapas são reguladas por *estímulos eletroquímicos* sobre células especializadas que constituem o nódulo sinoatrial, *por ação de íons* como o sódio, potássio, magnésio e cálcio, que *culminam em força eletromecânica*. Assim, sobre a camada muscular *ocorrem impactos do retorno sanguíneo e liberação hormonal* originada pelo sistema nervoso simpático e parassimpático, *sob o comando* da noradrenalina e das catecolaminas, as quais *promovem ativação* de proteínas *contráteis e encurtamento* dos elementos *contráteis por interações* de actina-miosina, ponto-chave na descrição patológica da cardiomiopatia de Takotsubo (Gyton; Hall, 1997).

Todos esses mecanismos se *correlacionam* na compreensão de diversas afecções cardíacas para descrever o infarto agudo do miocárdio, síndrome coronariana aguda e as cardiomiopatias. As cardiomiopatias são *condições* nas quais o músculo cardíaco está *estruturalmente e funcionalmente anormal* na ausência de doença arterial coronariana, hipertensão arterial, doença valvular ou doença congênita. São categorizadas com base nos fenótipos morfológicos e funcionais em cardiomiopatia hipertrófica, dilatada, arritmogênica, restritiva e não classificada, de origem familiar ou não (Koulouris *et al.*, 2010).

Apesar de ainda haver incertezas sobre a etiologia precisa da cardiomiopatia de Takotsubo, é possível listar a *interação* entre *espasmos* vasculares, *disfunção* microvascular, *oclusão transitória* coronariana, *deficiência* hormonal e *alterações* simpáticas (Kume *et al.*, 2008). Essas alterações, em particular, possuem grande notoriedade devido à associação do *aumento da liberação* de cortisol e catecolaminas

em episódios de estresse, cuja *atuação direta* sobre o miocárdio através da inervação simpática *gera sobrecarga* de cálcio nas células musculares cardíacas, produzindo a lesão típica de necrose (morte celular e tecidual) e a *disfunção regional*. Como o ápice cardíaco esquerdo apresenta maior número de receptores para as catecolaminas, a *liberação exacerbada* de receptores marca uma *atuação mais intensa* nesse local, o que caracteriza a *apresentação* da cardiomiopatia (Gianni *et al.*, 2006; Kume *et al.*, 2008; Koulouris *et al.*, 2010).

Meerson (1983), em estudos experimentais, demonstrou que o *excesso* de catecolaminas *aumenta a concentração* de cálcio celular, o que *leva* à necrose do miócito. A reversibilidade das lesões estaria relacionada à *falta de exposição* miocárdica às catecolaminas *em excesso*, que *resultaria em um estado de atordoamento com anormalidades metabólicas celulares* em vez de necrose propriamente dita. Nesse sentido, devido às descargas simpáticas, o *coração torna-se imperativo*, desencadeando uma cardiomiopatia aguda, reversível, que se manifesta com a *disfunção transitória* do ventrículo esquerdo, dor retroesternal, dispneia, *elevação dos biomarcadores cardíacos*, *alterações eletrocardiográficas* e outros comemorativos que por tempos foram associados ao infarto agudo do miocárdio, em virtude da sua similaridade (Brida *et al.*, 2021).

Achados adicionais tais qual o *balonamento apical com hipercinesia do segmento basal do ventrículo esquerdo* que *sugeria a imagem de um baltere ou Takotsubo* (análogo a uma armadilha utilizada para pegar polvo no Japão) despertaram a ocorrência dessa condição clínica, descrita inicialmente no Japão, em 1990, por Sato, Tateishi e Uchida. O balonismo apical apresentado explica-se pela *alteração no gradiente* de perfusão do segmento basal para o ápice, haja vista que o *excesso de catecolaminas ocasiona uma disfunção* microvascular na parede cardíaca.

O consenso sobre os critérios diagnósticos para cardiomiopatia *induzida* por estresse é algo ainda impreciso, afinal os sintomas e os achados complementares subsidiados por elementos tecnológicos, tais qual o eletrocardiograma, *ainda não demonstram valor altamente preditivo* para distinguir essa condição de um infarto agudo do miocárdio, por exemplo, o que leva, nesse cenário, a um diagnóstico diferencial entre causas com maior ou menor prevalência. Todavia, seguindo preceitos investigativos com base na epidemiologia dessa condição, *precipitada* por forte estresse emocional, com ocorrência comumente verificada em mulheres entre 60 e 75 anos de idade, período pós-menopausa, com *associação sintomatológica*, de dor retroesternal, e menos comumente dispneia, choque, síncope, parada cardíaca ou apenas anormalidades eletrocardiográficas, sumarizam-se esses achados para nortear a etiologia e refinar as premissas diagnósticas da cardiomiopatia, conforme os critérios de Abe (2003)⁶, Clínica Mayo⁷ (Prasad, 2007; Prasad; Lerman; Rihal, 2008) e escore InterTAK (2017).

O escore internacional InterTAK (2017), o mais recente entre os listados, descreve seis variáveis para o diagnóstico provável de cardiopatia de Takotsubo, a saber: sexo feminino; gatilho emocional; gatilho físico; distúrbios psiquiátricos; distúrbios neurológicos; alterações específicas analisadas pelo cardiologista no eletro. Essas variáveis totalizam 100 pontos. A pontuação ≥ 50 apresenta sensibilidade de 94,7% para o diagnóstico de Takotsubo. Além disso, é consenso na necessidade

⁶ Critérios de Abe: maior (alterações do movimento do ventrículo esquerdo e do eletrocardiograma [ECG]), menor (presença de stress desencadeante, elevação das enzimas cardíacas e dor torácica) e de exclusão (hemorragia subaracnoideia, feocromocitoma, miocardite etc.).

⁷ Clínica Mayo: 1. Hipocinesia transitória, acinesia ou discinesia no meio do ventrículo esquerdo, com ou sem envolvimento apical; anormalidades regionais da movimentação da parede que se estendem além de uma única distribuição vascular epicárdica; e, muitas vezes, embora nem sempre, um gatilho estressante. 2. Ausência de doença arterial coronariana obstrutiva ou evidência angiográfica de ruptura aguda da placa. 3. Novas alterações eletrocardiográficas (elevação do segmento ST e/ou inversão da onda T) ou elevação modesta da troponina cardíaca. 4. Ausência de feocromocitoma e miocardite.

obrigatória destas quatro condições para *se estabelecer o conectivo* no diagnóstico: a hipocinesia, acinesia ou discinesia transitória de segmento médio, que envolve ou não o segmento apical, excedendo-se na *distribuição* vascular epicárdica; ausência de doença coronariana obstrutiva ou *evidência de ruptura* aguda de placa na angiografia; anormalidade recente no eletrocardiograma ou *elevação modesta* de troponina cardíaca; e ausência de feocromocitoma e miocardite (Prasad, 2007; Prasad, Lerman; Rihal, 2008). Ao considerar a etiopatogenia da cardiomiopatia de Takotsubo, o tratamento norteia-se pela apresentação clínica e pode incluir *betabloqueadores e inibidores da enzima conversora* de angiotensina, *os quais atuam atenuando os efeitos das alterações* catecolaminérgicas sobre o músculo cardíaco (Campos *et al.*, 2020).

Pedimos escusas pela quantidade de palavras em itálico nos parágrafos precedentes, mas os grifos foram necessários para demonstrar a *atuação de todos*, o humano e mais que humano, na cardiomiopatia de Takotsubo. O antropólogo médico Paulo Rogers Ferreira, coautor deste capítulo, está finalizando livro sob o título *O que diria o coração? Antropologia médico-especulativa da reversão em cardiomiopatia*, aprofundando as zonas metafóricas⁸ da reversão em cardiomiopatia. Debruçando-se sobre a atuação do coração humano em cardiomiopatia (na clínica, na literatura médica, nas metáforas de estudantes de medicina, em outdoors, em material educativo e em desenhos feitos nos jalecos de cardiologistas), a etnografia tem como desfecho o espelhar de como atua e se apresenta um coração humano em cardiomiopatia.

3 Lançado o desafio

Este capítulo procurou introduzir a antropologia médico-especulativa nos estudos em cardiopatologia — a cardiomiopatia de Takotsubo foi então o centro desse trabalho inicial, que levou em conta, especialmente, o princípio das conexões em Saint-Hilaire (1818) e a abertura de uma anatomia filosófica de órgãos do corpo humano. Buscou, sobretudo, consolidar a colaboração entre medicina e antropologia médico-especulativa e incentivar novas pesquisas colaborativas em cardiomiopatias. Tais movimentos de estudo podem desembocar no desfecho das patologias, dos diagnósticos, dos processos terapêuticos e da estabilização do paciente.

O desafio está lançado a médicos, filósofos e antropólogos médico-especulativos.

Referências

ABE Y, K. Apical ballooning of the left ventricle: a distinct entity? *Heart*, v. 89, p. 974-976, 2003.

ALMEIDA, G. *et al.* Registro Multicêntrico de Takotsubo (REMUTA) – aspectos clínicos, desfechos intra-hospitalares e mortalidade a longo prazo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 115, n. 2, p. 207-216, 2020.

BRIDA, M. *et al.* Takotsubo Cardiomyopathy and Myocardial Perfusion Image: Unusual Binomial in the Investigation of Acute Coronary Syndrome without Obstructive Lesions. *Int J Cardiovasc Sci*, v. 35, n. 4, p. 557-561, jul. 2021.

⁸ Para Latour (2020, p. 194), zonas metafóricas são aquelas “[...] que aprendemos a reconhecer e que nos levam, pouco a pouco, aquém e além das figurações superficiais, para outra redistribuição das formas dadas aos humanos, aos coletivos, aos mais que humanos ou às divindades”.

- BUSNELLO, R. Cardiomiopatia induzida por estresse: diagnóstico diferencial de infarto do miocárdio nas emergências. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, v. 17, n. 2, p. 274-278, 2009.
- CAMPOS, F. *et al.* Factors associated with recurrence in Takotsubo Syndrome: a systematic review. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 114, n. 3, p. 477-483, 2020.
- DANGELO, J. G.; FATINNI, C. A. *Anatomia humana básica*. São Paulo: Livraria Atheneu, 1988.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- DIAZ-NAVARRO, R.; SILVA GONZALEZ, D.; HENRIQUEZ-ROLDAN, C. Valor de la resonancia magnética cardíaca para el diagnóstico diferencial en pacientes con sospecha de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST y arterias coronarias normales. *Rev. Méd.*, v. 148, n. 10, p. 1406-1417, 2020.
- DRISLANE, F. *et al.* Myocardial contraction band lesions in patients with fatal asthma: possible neurocardiologic mechanisms. *American Review of Respiratory Disease*, v. 135, n. 2, p. 498-501, 1987.
- DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. Petrópolis: Vozes, 2019.
- FERNANDES, R. *et al.* Dinâmica de desenvolvimento do raciocínio clínico e da competência diagnóstica na formação médica – sistemas 1 e 2 de raciocínio clínico. *Revista Médica de Minas Gerais*, n. 26, p. 15-18, 2016.
- FUNDÃO, N. *et al.* The Clinical Course of Takotsubo Syndrome Diagnosed According to the InterTAK Criteria. *Int J Cardiovasc Sci*, v. 33, n. 6, p. 637-647, 2020.
- GARIGLIO, M.; RADICCHI, A. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 153-163, 2008.
- GIANNI, M. *et al.* Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. *European Heart Journal*, v. 27, p. 1523-1529, 2006.
- GYTON, A.; HALL, J. *Fisiologia humana e mecanismo das doenças*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- HOEKSTRA, B. *et al.* Doença de takotsubo (síndrome do coração partido): uma doença subdiagnosticada? *Rev. Bras. de Cardiol.*, v. 4, n. 25, p. 327-332, 2014.
- KOULOURIS, S. *et al.* Takotsubo cardiomyopathy: the “broken heart” syndrome. *Hellenic J Cardiol*, v. 51, n. 5, p. 451-7, 2010.
- KUME, T. *et al.* Local release of catecholamines from the hearts of patients with tako-tsubo-like left ventricular dysfunction. *Circulation Journal*, v. 72, n. 1, p. 106-108, 2008.
- LATOUR, B. *Changer de société: refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte, 2006.
- LATOUR, B. *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno*. Rio de Janeiro: UBU, 2020.

LATOURE, B. *Pasteur: guerre et paix des microbes, suivi de Irréductions*. Paris: La Découverte, 2011.

LEMOES, A. *et al.* Síndrome do coração partido (síndrome de Takotsubo). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 90, n. 1, 2008.

MEERSON, F. Z. Pathogenesis and prophylaxis of cardiac lesions in stress. In: MEERSON, F. Z. *Advances in myocardiology*. Springer: Boston, MA, 1983. p. 3-21.

MOL, A.; LAW, J. Complexities: an introduction. In: MOL, Annemarie; LAW, John. (org.). *Complexities: social studies of knowledge practices*. Durham: Duke University Press, 2002. p. 1-22.

NATHAN, T.; STENGERS, I. *Médecins et sorciers*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond/La Découverte, 2012.

NETTER, F. H. *Atlas de anatomia humana*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

NUNES, M. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 2, p. 403-420, 2014.

NÚÑEZ GIL, I.; LUACES MENDEZ, M.; GARCIA-RUBIRA, J. Cardiopatía de estrés o síndrome de Tako-Tsubo: conceptos actuales. *Rev. argent. cardiol.*, v. 77, n. 3, p. 218-223, 2009.

PRASAD, A. Apical ballooning syndrome: an important differential diagnosis of acute myocardial infarction. *Circulation*, v. 115, p. 56-59, 2007.

PRASAD, A.; LERMAN, A.; RIHAL, C. Apical ballooning syndrome (Tako-Tsubo or stress cardiomyopathy): a mimic of acute myocardial infarction. *Am Heart J*, v. 155, p. 408-417, 2008.

SATO, H.; TATEISHI, H.; UCHIDA, T. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: KODAMA, K.; HAZE, K.; HON, M. (ed.). *Clinical aspects of myocardial injury: from ischemia to heart failure*. Tokyo: Kagakuhyouronsya Co, 1990. p. 56-64.

SAINT-HILAIRE, E. *Philosophie anatomique*. Paris: J. B. Baillière, 1818.

YATES-DOERR, E.; MOL, A. Cortes de carne: desenredando natureza-culturas ocidentais. *Revista Tecnol. Soc.*, v. 15, n. 35, p. 247-270, 2019.

Capítulo 4

Antropologia Médico-Especulativa do Interdependente em Áreas Rurais

Otávio Ribeiro Lago Netto

Paulo Rogers Ferreira

Este capítulo é um exercício reflexivo em antropologia médico-especulativa do interdependente em áreas rurais. Busca-se apontar a limitação da noção de sujeito/cidadania reservada aos humanos em políticas de saneamento básico e acesso a água em áreas rurais, políticas que integram a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA)¹. A intenção é seguir os ensinamentos de Donna Haraway procurando fazer parentescos com o mais que humano em áreas rurais (solo, água, plantas e animais), os quais foram excluídos² dessas políticas:

Fazer parentescos estranhos em vez de (ou ao menos para além de) parentescos religiosos e famílias genealógicas e biogenéticas perturba questões importantes: por quem se é realmente responsável? Quem vive e quem morre, e de que maneira, nesta relação de parentesco e não naquela outra? Qual é a forma desse parentesco? Onde e a quem suas linhas conectam e desconectam? E depois? O que deve ser cortado e o que deve ser amarrado para que o florescimento multiespécie, incluindo seres humanos em alteridades não humanas em parentesco, possa ter alguma chance na Terra? (Haraway, 2016, p. 11).

O acesso à água e ao esgotamento sanitário tornou-se direito humano em 2010, integrando o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que considera a seca um “desastre natural”³ diferenciado, cuja magnitude dos impactos está na relação com a duração do evento,

¹ A PNSIPCFA foi lançada em 2005 e instituída em 2011 (Brasil, 2013a, 2014). Posteriormente, em 2014, foi iniciada a estruturação documental do Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR), que integra o programa de saneamento rural desenvolvido no final da década de 1980 (Brasil, 2013b, 2019a; Brasil, 2019b; Roland; Heller; Rezende, 2022).

² Nesse sentido, Descola (2016, p. 9) acresce: “Meu gato ou meu cachorro fazem parte da família, como se costuma dizer, mas apesar disso eles não têm os mesmos direitos que os membros humanos da minha família. Eles não têm representantes no parlamento, não se beneficiam de seguro de saúde e tampouco são responsáveis pelos seus atos. Se meu cachorro morde o vizinho, serei eu a ser punido pela lei, não o meu cachorro. Podemos exigir que ele seja sacrificado, mas isso seria uma medida de segurança pública, e não uma punição dirigida ao cachorro. Resumindo, entre os humanos e os não humanos existe uma diferença importante: os humanos são sujeitos que possuem direitos por conta de sua condição de homens, ao passo que os não humanos são objetos naturais ou artificiais que não têm direitos por si mesmos”.

³ Sobre a concepção de “mundo natural” entre os modernos, Latour (2020, p. 46) discorre: “A injunção normativa está mesmo subentendida, visto que, na prática, é sempre aos que arriscam *não* obedecer a essas leis que é preciso lembrá-la o tempo todo. Essa situação de interlocução, mais frequentemente de disputa, algumas vezes polêmica, é encontrada toda vez que a existência não moral do ‘mundo natural’ é utilizada para criticar uma escolha cultural ou um comportamento humano. De imediato, a pura e bruta existência de fatos indiscutíveis penetra a discussão para acabar com ela, desempenhando, portanto, de forma plena, o papel normativo que esses fatos supostamente não teriam — o papel de árbitro indiscutível garantindo justamente por sua existência ‘puramente natural’”.

que requer ações que levem em consideração os impactos para a saúde de humanos. A relação entre saneamento e direitos humanos está expressa na Agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especificada no objetivo de Água Potável e Saneamento, a fim de garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos até 2030 (Alpino, 2016; Silva, 2015; UN, 2015a; UN, 2015b).

A ênfase dada à espécie humana no direito ao saneamento básico é sinônimo, entre os sanitaristas formuladores de políticas públicas, de um discurso do fim das iniquidades sociais entre humanos e do direito à qualidade de vida⁴ para humanos, que inclui o direito ao acesso a “recursos naturais disponíveis” e políticas públicas humanitárias em áreas rurais. Tais políticas possibilitam um pacto, que aqui chamaremos de *contrato*, entre o estado e as populações rurais. Porém, esse contrato político-sanitário, que privilegia seres humanos em detrimento da objetificação de todo o mais que humano que coabita em áreas rurais (rios, solo, vegetação, animais, minérios, lençóis freáticos etc.), tem ampliado os conflitos em áreas rurais, por aumentar o conforto entre humanos, com o saneamento básico nesses moldes requerido, em detrimento, muitas vezes, do desconforto do mais que humano: exploração e transformação deste em recurso e política pública em prol do bem-estar⁵ humano. Portanto, propomos a reparação ao mais que humano nas políticas de saneamento básico para humanos, a saber: 1) a passagem de políticas públicas pautadas na reparação das desigualdades sanitárias entre humanos, o que inclui o direito ao saneamento básico, à antropologia médico-especulativa do interdependente em áreas rurais sobre *parentesco estranho* entre humano e mais que humano, conforme Haraway (2016).

Quando se pensa no olhar das políticas públicas de saneamento básico sobre as áreas rurais, o mais que humano, ou se preferirem a “natureza” e a “tecnologia”, é considerado como “pronto para ser explorado” ou “pronto para ser modernizado”. Saneamento básico é sinônimo de “progresso”, de “modernização”, de “desenvolvimento”, de “investimento”, de “satisfação”, de “desejo coletivo”, mas para quem? Políticas públicas de saneamento básico, sob forte influência dos ideais de cidadania da saúde coletiva, têm se transformado em políticas de saneamento básico em prol de humanos (Neto; Ferreira, 2024). Tais políticas, em plena expansão, são colaboradoras de um, digamos, contrato antropocêntrico — crítico, humanista e reflexivo — sobre a “realidade social” para humanos em políticas de saneamento básico, como desejo coletivo humano de bem-estar. Uma antropologia médico-especulativa do interdependente em áreas rurais, por sua vez, busca romper com esse antropocentrismo acrescentando as interações entre humano e mais que humano, em que um afeta, altera, influencia o outro e *fazem parentes* no coabitar em áreas rurais, como na história do campesinato em Haraway (2016, p. 182): “Juntos, os animais e as pessoas faziam parentes. As ovelhas e as cabras foram especialmente importantes para que as mulheres pudessem alimentar e abastecer suas famílias, além de assegurar sua autoridade dentro dos clãs”. Dito de outra maneira, a própria intenção de base das atuais políticas públicas de saneamento básico, que é o benefício exclusivo para os humanos, é questionável nessa nova perspectiva.

⁴ Sobre o paralelo com a psicologia da saúde, Calvetti, Muller e Nunes acrescem (2007, p. 708): “A Psicologia da saúde trata de um campo de natureza interdisciplinar que tem por finalidade realizar estudos relacionados à promoção, prevenção e tratamento da saúde do indivíduo e da população para a melhoria da qualidade de vida”.

⁵ Para Latour (2020, p. 26): “De praxe, quando se trata de prestar atenção em nós mesmos, na nossa sobrevivência, no bem-estar daqueles que nos são caros, tendemos, antes de tudo, a buscar segurança: ao menor resfriado de nossos filhos, consultando o pediatra; à menor ameaça a nossas plantações, recorremos a inseticidas; diante da dúvida sobre a inviolabilidade de uma propriedade, fazemos um seguro e instalamos câmeras de vigilância; para nos protegermos de uma possível invasão, logo reunimos exércitos nas fronteiras. O demasiado célebre princípio de precaução é aplicado à largo desde que se trate de proteger nosso entorno e nossos bens, mesmo quando não se tem nenhuma certeza sobre o diagnóstico e até quando os especialistas continuam a hesitar sobre o alcance do perigo”.

Acontecimentos se integram ou se aclimatam, como se diz, em áreas rurais, após a implementação de um contrato antropocêntrico em saneamento básico, acontecimentos que escapam a um projeto humano de sanear áreas rurais: rebelião de insetos (sobretudo o retorno de mosquitos e barbeiros que lá habitavam), escassez ou contaminação de água, *El niño*, *La niña*, solo infértil, efeito estufa, diminuição das chuvas pelo desmatamento, entre outros — tudo isso que costuma acontecer depois que o homem, com o aumento da população em áreas rurais e com a facilidade do saneamento básico como “melhora de moradia no campo”, passou a achar que ele estaria no controle. E perguntamos: essa tal política de saneamento para humanos pode promover “qualidade de vida” a todas as espécies que vivem no campo? É preciso que, recobrando Serres (1991, p. 15), para situar o mais que humano em áreas rurais: “a história global entre na natureza, a natureza global entre na história”. E será que chegamos a esse nível de *entrada* com tal política de saneamento básico? Eis a questão. E tal política parece que não quer pagar o preço⁶. Ideologicamente idealizada por sanitaristas da Reforma Sanitária Brasileira, a política de saneamento básico continua cega ao interdependente.

1 Amar ao próximo só nos leva à equipe

Parece-nos que o debate sobre política de saneamento básico esconde o verdadeiro inimigo. Ao ler o escopo de tais políticas, não se fala dos danos infligidos às áreas rurais. E é nesse sentido que Serres, ao analisar o direito natural moderno e o contrato social, vem nos dar uma pista da situação:

Estranhamente mudo sobre o mundo, esse contrato, dizem, nos fez deixar o estado de natureza para formar a sociedade. A partir do pacto, tudo se passa como se o grupo que o assinou, ao despedir-se do mundo, não mais se enraizasse senão em sua história (Serres, 1991, p. 47).

São histórias de humanos, saneamento para humanos, qualidade de vida para humanos, política vaidosa de sua história sanitária e de sua razão acima de todo o mais que humano que já habitava as áreas rurais, afinal o saneamento básico beneficia notadamente uma espécie. A política de saneamento básico torna-se, assim, um direito humano. Ainda com Serres (1991, p. 49): “A Declaração dos direitos humanos teve o mérito de dizer ‘todo homem’ e a fraqueza de pensar: ‘apenas os homens’ ou os homens sozinhos”.

Como reparar que os humanos não estão sozinhos? O desafio está lançado. E é nesse sentido que Tsing (2019, p. 45) nos faz perceber algo bem sutil na história de concentração de riquezas:

[Quanto à] história humana da concentração de riqueza, [ela se dá] por meio da transformação de humanos e não humanos em recursos para investimento, [ela] inspira investigadores a imbuir de alienação as pessoas e coisas, isto é, promover uma visão de que elas poderiam se manter autônomas, como se os entrelaçamentos da vida não importassem.

⁶ Latour faz a seguinte análise (2020, p. 31): “Sem dúvida, a ecologia nos enlouquece; e é daí que precisamos partir. Não com a ideia de se tratar, mas para aprender a sobreviver sem se deixar levar pela denegação, pela *hbris*, pela depressão, pela esperança de uma solução razoável ou pela fuga para o deserto. Não existe cura para o pertencimento ao mundo. Mas, pelo cuidado, é possível se curar da crença de que não se pertence ao mundo; que essa não é a questão essencial; que o que ocorre com o mundo não nos diz respeito. O tempo em que poderíamos esperar ‘sair disso’ não existe mais. De fato, estamos como se diz, ‘em um túnel’, só que ‘não veremos seu fim’. Nesses assuntos, a esperança é má conselheira, já que não estamos em uma crise. Isso não vai ‘passar’. Será preciso lidar com isso. É definitivo”.

As políticas de saneamento básico são uma história de “autonomia” para humanos, de conquista de terras, de espaços, em que o mais que humano, chamado, então, de “recurso natural para se investir”, não importa no entrelaçamento da habitabilidade.

Abrir um pacto de cortesia entre o humano e mais que humano nas políticas de saneamento causa, de imediato, um estranhamento, já que saneamento básico é algo positivo por reparar iniquidades sociais no Brasil. Em um plano de mundo humano ideal, separado de todo o mais que humano, políticas de saneamento se tornam direito humano a adquirir, ou melhor, um discurso da antropologia médica crítica, em que o palco, com os humanos como protagonistas, é um “espelho” pronto a simplesmente refletir distinções de classes sociais a reparar. O desejo coletivo é egocêntrico, espelhado.

É preciso, pois, recobrar uma metafísica da mistura em Coccia para iniciarmos uma política de cortesia entre o humano e o mais que humano em áreas rurais. Citando o exemplo da atmosfera, essa que perpassa todo o planeta:

Mais que uma parte do mundo, a atmosfera é um lugar metafísico em que tudo depende de todo o resto, a quintessência do mundo compreendido como espaço onde a vida de cada um está misturada à vida dos outros. O espaço em que vivemos não é um simples continente ao qual deveríamos nos adaptar. Sua forma e sua existência são inseparáveis das formas de vida que ele alberga e torna possível (Coccia, 2018, p. 51-52).

Quanto ao conceito de mundo, Coccia (2018, p. 53-54) também nos dá uma saída instigante:

Aquilo a que chamamos mundo não pode ser pensado como simples amontoado de objetos sem outra relação além de um contato de superfície, nem como a fusão integral dos corpos que dá lugar a um hiperobjeto distinto por essência e qualidade de componentes originários [...]. Se as coisas formam um mundo é porque elas se misturam sem perder sua identidade.

Como pensar áreas rurais, repletas da relação humano e mais que humano, sem perder a identidade? As políticas de saneamento básico para humanos parecem ser higiênicas demais, pois propõem retirar toda perturbação⁷. No mais, tais políticas de saneamento agora falam de “tecnologia social”, buscando reforçar a mudança na orientação de programas de saneamento básico, apontada pelo Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB) (Brasil, 2019a), mudança que representa a transição de serviços ditos tecnocentrados para serviços multidimensionais, que levam em conta “condições” ditas sociais, ambientais, culturais e econômicas, evidentemente de humanos.

Tal transição para serviços de saneamento multidimensionais busca evidenciar as relações sociais vigentes: econômicas, políticas e ideológicas. Ela demanda a incorporação de tecnologias não materiais aos serviços ditos tecnocentrados, que historicamente são excludentes das interações sociais humanas na produção tecnológica (Paim, 2008). Nesse sentido, as tecnologias sociais figuram com importância na “sustentabilidade do saneamento”, com reflexo direto nas condições de saúde

⁷ Para Tsing (2022, p. 337-238, “Os humanistas, desacostumados a pensar por meio da perturbação, associam o termo à degradação. Mas a perturbação, tal como entendida pelos ecólogos, nem sempre é ruim — e nem sempre é humana. A perturbação humana não é única em sua capacidade de sustentar relações ecológicas. Além disso, enquanto um, está sempre no meio das coisas: o termo não nos remete a um estado de harmonia anterior à perturbação. Perturbações seguem outras perturbações. Todas as paisagens, portanto, são perturbadas; a perturbação é ordinária. Mas isso não limita o termo. Trazer a questão da perturbação não encerra a discussão, mas a abre, permitindo-nos investigar as dinâmicas da paisagem. Se a perturbação é sustentável ou insustentável é uma questão que só pode ser resolvida por meio do que ela suscita: a renovação das assembleias [humanas e mais que humanas]”).

para as populações humanas, sob o mote que seriam também uma espécie de “saúde ambiental”, compreendendo o ambiente como aquele espaço onde habitam os humanos, conforme reconhecido no Sistema Único de Saúde (SUS), na Lei nº 8.080/1990, que afirma a importância do saneamento básico para a melhoria das condições de saúde da população humana.

O PLANSAB, que foi planejado e coordenado pelo Ministério das Cidades, hoje coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Regional, compreende o principal instrumento da Política Pública Nacional de Saneamento Básico, no Brasil, em que há um processo participativo planejado em três etapas. Na primeira, dá-se início à formulação *Plano*, em 2008, com o *Pacto pelo Saneamento Básico: mais saúde, qualidade de vida e cidadania*; seguindo, de 2009 a 2010, ocorre a elaboração do *Panorama do Saneamento Básico no Brasil*; por último, realiza-se a *Consulta Pública* da versão preliminar do *Plano* à sociedade, no sentido de promover ampla discussão para elaborar o formato final, com macrodiretrizes e estratégias direcionadas a um futuro de 20 anos. Assim, a produção de elementos conceituais para o saneamento básico é o adensamento das reflexões sobre direitos humanos, promoção da saúde e erradicação da extrema pobreza.

As políticas de saneamento básico recebem forte influência dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira, pois são, sobretudo, parte da retórica de sanitaristas que, voltados para a erradicação da extrema pobreza entre humanos, não conseguem deixar o antropocentrismo latente de base. Serres (1991, p. 56) discorre:

Imerso no contrato exclusivamente social, o homem político até esta manhã o subscreve e reescreve, faz com que seja observado, especialista unicamente em relações públicas e ciências sociais; eloquente, até retórico, talvez até culto, conhecendo as entranhas, os corações e a dinâmica dos grupos, administrador, bom de mídia, essencialmente um jurista, ele mesmo produto do direito e produtor do direito: inútil tornar-se um físico.

De cima para baixo, as tecnologias convencionais operantes nas políticas de saneamento básico nascem na cidade e são implantadas no campo. São políticas para as cidades, transportadas para as áreas rurais. Nas políticas de saneamento básico destaca-se a dimensão do chamado “desenvolvimento rural solidário e sustentável”, que envolve as correlações do saneamento com agricultura, segurança alimentar, nutricional e energia limpa. A Política Nacional de Saneamento Rural pontua a necessidade de garantia de meios adequados para o atendimento às populações humanas, ou seja, de soluções compatíveis com suas características socioeconômicas, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Trata-se de uma instituição do governo federal que concentra a responsabilidade de fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças, além de formular e implementar ações de promoção e proteção à “saúde ambiental”. Ações de abastecimento de água e esgotamento sanitário são pautadas em indicadores de saúde, como a saúde das populações do campo, por meio da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas, executada pelo Programa Nacional de Saneamento Rural (PNRS).

Adensamento, sazonalidade, vegetação, cultura, produção, segurança, escolaridade, transporte, aspectos marcados sobretudo por uma relação indissociável da população rural com a terra representam cenário que transformará mutuamente estratégias de abastecimento e saneamento em prol da qualidade de vida, sinônimo de saneamento básico como direito humano em áreas rurais. A compreensão dessa amplitude de aspectos demanda metodologias de formulação e implementação

por meio da associação citada das chamadas “tecnologias materiais e não materiais” (Paim, 2008). Desse modo, existe uma ordem de grandeza nessa política — com prioridade para humanos —, do que podemos inferir que as políticas de saneamento básico: uma declaração de amor à humanidade, ao seu exclusivo bem-estar. Nelas, o homem é o ser-em-toda-parte. É como diria Serres (1991, p. 62): “Amar somente os próximos ou semelhantes só leva à equipe”.

2 Tecnologia social como declaração de amor à humanidade

No Brasil, há um empenho em conceituar tecnologia social a partir da constituição de um marco analítico-conceitual traçado pela Rede de Tecnologia Social (RTS), que se articula na tentativa de, por meio da integração de práticas e conceitos diversos, obter maior eficácia na solução dos problemas sociais com base na tríade ciência-tecnologia-sociedade (CTS), que tem grande potencial de subsidiar políticas públicas. A CTS, consolidada em espaços de pesquisas e universidades, vem apresentando caráter crítico às tecnologias convencionais⁸ — sua origem ocorreu há cinco décadas, com investigações empíricas em sociologia para atender à necessidade de uma regulação pública da produção científico-tecnológica. Há grande quantidade de expressões correlatas à tecnologia apropriada⁹, terminologia bastante expressiva do movimento crítico, o que demonstra sua inclusividade.

Tal movimento de caracterização da tecnologia social pela RTS apresentou processo de ressignificação diante da inclusão que caracterizou a tecnologia apropriada, vista como necessária no contexto das décadas passadas. O processo de apropriação da TS se deu por grupos latino-americanos compostos de acadêmicos, movimentos sociais, empreendimentos solidários, órgãos do governo e comunidades locais, todos no movimento de empenho na sistematização científica e tecnológica para proposição de soluções ao problema da exclusão social em áreas como a agricultura familiar, habitação popular, energias alternativas, reciclagem de resíduos, produção e conservação de alimentos, entre muitas outras, com o objetivo de inclusão social de todas as classes sociais.

As tecnologias sociais têm sido aplicadas nas políticas de saneamento básico no Brasil. Centradas na luta de classes e no bem-estar da população humana, elas são, finalmente, uma declaração de amor à humanidade (Serres, 1991). A participação social não só é apresentada como objetivo no PLANSAB, como também perpassa por sua própria construção, com uma sistemática que envolve consultas públicas, revisões e atualizações. Um dos produtos do processo de construção do PLANSAB é o caderno 6 (Saneamento Rural no Brasil) de uma coleção de 12 cadernos, que apresenta conceitos com definições de posições teóricas e políticas sobre aspectos essenciais para a elaboração do próprio plano. Quanto ao saneamento rural, as mobilizações estão voltadas para a garantia do saneamento básico como direito humano, associado à promoção da saúde e erradicação da extrema pobreza por meio de desenvolvimento de base rural solidário e sustentável. São apresentados temas como a conformação de identidades rurais, territórios e dinâmicas sociais e a

⁸ Tecnologia Convencional é caracterizada pelo “uso intensivo de capital e poupadoras de mão de obra, objetivando ao processo de transferência massiva de tecnologia de grande escala, característico dos países desenvolvidos, para os países em desenvolvimento, que podem criar mais problemas do que resolvê-los” (Dagnino *apud* Brandão, 2010, p. 13).

⁹ “O conceito de tecnologia apropriada, que surgiu internacionalmente no início dos anos 1970, desenvolveu-se motivado pela emergência ambiental, com o esgotamento crescente das reservas naturais e o fracasso de parte das propostas desenvolvimentistas, adotadas pelos países em desenvolvimento, a partir da adoção de tecnologias procedentes de países desenvolvidos. O termo evoluiu com o tempo, ampliando sua definição, incorporando os fatores socioambientais, econômicos, institucionais e políticos” (Oliveira; Moraes *apud* Silva *et al.*, 2018, p. 36).

própria definição do conceito de rural para o saneamento básico pautados na PNSR (Brasil, 2019b), principal documento empreendido pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que delinea e fornece bases para planejamento e gestão dos serviços que determinam saúde e qualidade de vida no Brasil, tudo isso consonante com o marco analítico conceitual da tecnologia social.

O espectro da exclusão e da inclusão social apresenta-se como marcador da tecnologia social, eixo em que o conceito de Adequação Sociotécnica (AST) é reconhecido como elemento analítico-conceitual central da TS por dimensionar os atores sociais humanos como responsáveis pela decisão final acerca de uma série de opções tecnicamente possíveis. A sustentabilidade de projetos, na perspectiva da adequação sociotécnica, pela construção social da tecnologia, postula que o caminho que vai de uma ideia brilhante até uma aplicação bem-sucedida é longo e sinuoso. Desse modo, a sustentabilidade corresponde mais aos valores e interesses sociais que à superioridade técnica na ideia convencional (Dagnino, 2010). Portanto, a AST, com a ideia de grupo social relevante, ou seja, de grupo que se adequa às tecnologias materiais de acordo com os seus interesses, dita o significado antropocêntrico à sustentabilidade.

Como podemos perceber, o contrato aqui firmado é de amor à humanidade. A tecnologia social é uma história de humanos e para humanos, produzida por, parafraseando Stengers (2015, p. 56), “cabeças pensantes da humanidade encarregadas de levar o rebanho humano rumo ao progresso”. O mais que humano nas áreas rurais continua desconhecido nessas políticas de saneamento básico, pois sequer são citados como representantes legais. Nesse sentido, aproximamo-nos de Serres (1991, p. 75): “que direito conquistarão nossos direitos de contestar nossos conhecimentos?”

Firmar o coabitável em áreas rurais é, portanto: 1) pôr fim ao protagonismo de humanos em políticas para as áreas rurais; 2) estranhar a boa intenção de políticas de saneamento básico; 3) deslocar as iniquidades sociais de humanos para as iniquidades na relação humano e mais que humano que barram a desenvoltura dessas políticas e abrir-se ao interdependente. Essa nova orientação não se inicia por uma busca de bem-estar ou qualidade de vida, seja para humanos, seja para o mais que humano, mas pelo entendimento da interdependência entre ambos, o que produz um novo olhar sobre o desejo coletivo em áreas rurais, em uma antropologia médico-especulativa do interdependente em áreas rurais. Interdependência significa obrigação de humanos e mais que humano *que faz parentes* em áreas rurais. Não se trata de liberdade, de emancipação e de autonomia de humanos. Interdependência é o reconhecimento de que pensar em benefício, “melhoria”, em políticas públicas de saneamento básico é excepcionalismo humano. Fazer perceber humanos e mais que humano em interdependência é tornar coabitável um ambiente de contrastes ativos¹⁰, em que a diplomacia entre humanos e mais que humano é a necessidade básica. Se humanos passaram a viver em áreas remotas, ali construíram suas casas, plantaram vegetais comestíveis e iniciaram criações de animais fincando raízes como as árvores em solo fértil. Os humanos em áreas rurais passam a depender da desenvoltura de todo o mais que humano. Tornar um lugar são é seguir as cadeias de interdependência. Stengers (2015, p. 89) discorre:

Mas o que foi tão mal e tão pouco defendido não foi o que tinha sido conquistado, mas a *transposição do que havia sido conquistado para as categorias próprias à gestão estatal*. Proporei o termo “qualquer um” para caracterizar essa transposição. O que foi conquistado *por todos* se redefiniu por categorias que se dirigiam a *qualquer um*” (grifos da autora).

¹⁰ Stengers (2017, p. 2) traz a seguinte análise: “Algumas pessoas adoram dividir e classificar, enquanto outras fazem pontes — tecem relações que transformam uma divisão em um contraste ativo, com poder de afetar, de produzir pensamento e sentimento”.

As políticas de saneamento básico costumam transformar o mais que humano em “qualquer um” em prol do bem-estar humano, quando “qualquer um” passa a ser chamado de “recurso disponível”. É preciso aterrissar nas áreas rurais e, com elas, perceber todos que ali coabitam. Ainda com Stengers (2015, p. 71):

A ordem pública está sempre se restabelecendo, com suas pretensões de ser sinônimo da defesa de um interesse geral que se tem de explicar a uma população sempre suspeita de querer dar prioridade a seus interesses egoístas. Estamos saturados de narrativas consensuais, nas quais o que se conseguiu contar é apresentado como normal, nas quais a luta passou sob silêncio, nas quais aqueles que tiveram que aceitar, tornaram-se aqueles que “reconheceram a necessidade de [...]”.

As áreas rurais não estão aí para reconhecer apenas a necessidade de humanos. Pensar o coabitável é antes de tudo, nomear Gaia. Stengers afirma (2015, p. 53): “*Teremos sempre que contar com Gaia, que aprender, à maneira dos povos antigos, a não ofendê-la*”. É preciso abandonar a “conquista épica¹¹” de humanos sobre o mais que humano em áreas rurais.

3 Um estímulo ao parentesco com o mais que humano

Buscamos aqui um estranhamento e um distanciamento entre a busca por bem-estar e o fim das iniquidades sociais entre humanos com um discurso sobre saneamento básico para humanos nas áreas rurais. Foi percebido um desejo coletivo situado entre sanitaristas, em sua declaração de amor à humanidade, que transforma o saneamento básico em um problema antrópico. Ressaltamos o perigo do antropocentrismo e das tecnologias sociais como método em políticas de saneamento, que nada mais são que exercícios narcísicos de humanos na construção exclusiva de sua história de classe, em detrimento da história das misturas do que *faz parente*.

Este capítulo pretendeu, assim, instigar nosso parentesco com o mais que humano, ou, como diria Haraway (2016, p. 115-116): “O que acontece quando o excepcionalismo humano e o individualismo utilitarista da economia política clássica se tornam impensáveis nas melhores ciências, em todas as disciplinas e interdisciplinas?”

Referências

ALPINO, T. A.; SENA, A. R. M.; FREITAS, C. M. Desastres relacionados à seca e saúde coletiva: uma revisão da literatura científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 809- 820, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014*. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Plano Nacional de Saneamento Ambiental: mais saúde com qualidade de vida e cidadania. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. 1ª reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

¹¹ Ainda com Stengers (2015, p. 53): “Aceitar nomear Gaia é, portanto, abandonar o vínculo entre emancipação e conquista épica, e até mesmo entre a emancipação e a maioria das significações ligadas ao que foi, desde o século XIX, batizado de ‘progresso’”.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento. *Plano Nacional de Saneamento Ambiental: mais saúde com qualidade de vida e cidadania*. Documento em revisão submetido à apreciação dos conselhos nacionais de saúde, recursos hídricos e meio ambiente pelo Ministério do Desenvolvimento Regional Secretaria Nacional de Saneamento. Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Saneamento Rural*. Brasília: Funasa, 2019b.

CALVETTI, P. Ü.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 27, n. 4, p. 706-717, 2007.

COCCIA, E. *A vida das plantas: uma metafísica da mistura*. Florianópolis: Cultura e Barbárie, 2018.

DAGNINO, R. (org.). *Tecnologia Social: ferramenta para construir outra sociedade*. 2. ed. rev. e ampl. Campinas: Komedi, 2010.

DESCOLA, P. *Outras naturezas, outras culturas*. São Paulo: Editora 34, 2016.

HARAWAY, D. *Ficar com o problema: fazer parentes no Chthuluceno*. São Paulo: N-1 Edições, 2016.

LATOUR, B. *Où atterrir? Comment s'orienter en politique*. Paris: La Découverte, 2017.

LATOUR, B. *Investigação sobre os modos de existência: uma antropologia dos modernos*. Petrópolis: Vozes, 2019.

LATOUR, B. *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno*. São Paulo: UBU Editora, 2020.

NETTO, O.; FERREIRA, P. R. Saneamento Básico em Prol de Humanos? A Psicologia da Saúde sob “Virada Ontológica”. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 1-14, 2024.

OLIVEIRA, M. T. C. S.; MORAES, L. R. S. A tecnologia apropriada e o sistema condominial de esgoto sanitário: uma revisão conceitual. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL, 23., 2005, Campo Grande, MS. *Anais [...]*. Campo Grande, MS, 2005.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

ROLAND, N.; HELLER, L.; REZENDE, S. O Projeto Nacional de Saneamento Rural (1985-1989) no Brasil: limites e potencialidades. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v. 14, n. 1, p. 65-83, 2012.

SERRES, M. *O contrato natural*. Portugal: Instituto Piaget, 1991.

SILVA, P. N. et al. *Saneamento e saúde: saneamento: entre os direitos humanos, a justiça ambiental e a promoção da saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018. (Série Fiocruz Documentos Institucionais. Coleção saúde, ambiente e sustentabilidade, v. 6).

STENGERS, I. *No tempo das catástrofes*. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

STENGERS, I. Reativar o animismo. *Caderno de Leitura*, n. 62, 2017.

TSING, A. *O cogumelo no fim do mundo*: sobre a possibilidade de vida nas ruínas do capitalismo. São Paulo: N-1 Edições, 2015.

TSING, A. *Viver nas ruínas*: paisagens multiespécies no antropoceno. Brasília: IEB Folhas, 2019.

UNITED NATIONS (UN). Report of the special rapporteur on the human right to safe drinking water and sanitation. *Agenda for Sustainable Development*. Geneva: UN, 2015a.

UNITED NATIONS (UN). Resolution adopted by the General Assembly on 25 September, 2015. Transforming our World: the 2030. *Agenda for Sustainable Development*. Geneva: UN, 2015b.

Capítulo 5

Antropologia Médico-Especulativa dos Cuidados Paliativos

Luana Alves Ferraz

Paulo Rogers Ferreira

Os cuidados paliativos constituem uma tecnologia de cuidado que deve ser utilizada com o diagnóstico de uma doença que ameace a vida e uma alternativa preferencial em situações de finitude, quando já não existem possibilidades curativas. Este fazer em saúde engloba o controle e alívio de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais (Hospital Sírio-Libanês, 2020), com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente, o que pode se estender até o pós-morte, no cuidado à família. Vários autores (Alcântara, 2021; Pinto *et al.*, 2021; Couto; Rodrigues, 2020; Guimarães *et al.*, 2020; Barbosa *et al.*, 2020; Formentin *et al.*, 2021; Duarte *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2020) apontam divergências no exercício desse trabalho, especialmente no discernimento de quando o paciente deve ser encaminhado ao paliar (Barbosa *et al.*, 2020) e na aplicação de conceitos bioéticos de autonomia e de beneficência (Alcântara, 2021), divergências estas que impactam negativamente a atuação do profissional de saúde

Entre as pesquisas mais recentes (Alcântara, 2021; Pinto *et al.*, 2021; Couto; Rodrigues, 2020; Guimarães *et al.*, 2020; Barbosa *et al.*, 2020; Formentin *et al.*, 2021; Duarte *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2020) que objetivam analisar a relação dos profissionais de saúde com os cuidados paliativos, é possível observar diversas lacunas relacionadas à técnica empregada, tais como: a) a relação dos profissionais com a técnica especializada precisa ser compreendida; b) as soluções apontadas são centradas em um mecanicismo clássico da técnica; c) nenhuma pesquisa mostrou, na prática, como ocorreu a implementação das soluções apontadas na literatura.

Este capítulo aprofunda, portanto, dois níveis de técnicas nos cuidados paliativos. No primeiro, a especialização da técnica, na literatura vigente em cuidados paliativos, tem produzido um conjunto de artefatos técnicos (sofás, camas, quadros, tecnologias etc.) como “inanimados”, isto é, objetos passivos, sem intenções, manipuláveis, ou seja, sem ação própria, sem base comum de existência, sem reciprocidade causal no ato de paliar. Tudo é apenas atuação do profissional de saúde sobre todo o conjunto de artefatos técnicos estáticos. No segundo nível de técnica, em que logo nos aprofundaremos como alternativa à literatura vigente, os artefatos técnicos se transformam nos

chamados equipamentos de apoio nas narrativas (zonas metafóricas¹) dos profissionais de saúde, que são os equipamentos mediadores para a execução do paliar, como sofás para recepcionar a família do paciente, telefone na cabeceira do leito, uma cama adaptada ao paciente, quadros na parede para “humanizar” o ambiente, equipamentos especializados de emergência etc.

Para ultrapassar esse primeiro nível de compreensão sobre o artefato técnico, centralizado na atuação do profissional como único produtor de ação no paliar, enquanto o artefato técnico seria uma espécie de objeto inerte, manipulável, o conceito de objeto técnico em Gilbert Simondon (2020) fornece uma ampliação à literatura em cuidados paliativos. Para Simondon (2020), a primeira busca de apreender a gênese de qualquer artefato técnico, no nosso caso aqueles que são distribuídos no ambiente dos cuidados paliativos, é perceber que ele não pode ser visto como artificial. Um artefato técnico como o sofá para recepcionar os familiares do paciente, por exemplo, é um objeto aperfeiçoado, cuja estrutura é plurifuncional, sobredeterminada. Dito de outro modo, o sofá enquanto artefato técnico em mediação no paliar é um corpo animado, um meio, base para outras estruturas. Ele faz, assim, parte da equipe multiprofissional no ato de paliar, logo ele exerce uma ação: também conforta os familiares do paciente auxiliando a equipe. O artefato técnico, agora transformado em equipamento de apoio, constrói redes. Simondon (2020, p. 39-40) conceitua, assim, os objetos técnicos: “Nesse sistema de compatibilidade [...], cada elemento exerce não apenas uma função no conjunto, mas uma função de conjunto. Há como que uma redundância de informações no objeto técnico que se concretiza”.

Se a família do paciente sente conforto ao sentar no sofá, se ela se sente mais acolhida com ele, se ela se sente mais “em casa”, é porque o sofá se altera no seu primeiro nível técnico (pretenso artefato inanimado) para se transformar em um equipamento de apoio, exercendo uma ação de conforto (qualidade) no ato do paliar. Simondon (2020, p. 39-40) ainda assinala: “Essa ideia [...] permite interpretar a evolução geral dos objetos técnicos segundo uma lei de conservação da tecnicidade, através da sucessão de elementos, indivíduos e conjuntos. O verdadeiro progresso dos objetos técnicos se efetua por um esquema de relaxação, não de continuidade”.

Será a partir desse esquema chamado relaxação que podemos contribuir decisivamente, no campo de uma antropologia médico-especulativa dos cuidados paliativos, para ampliar resoluções e deliberações no paliar. E, para tanto, cabe a questão: como o conjunto de artefatos técnicos tem produzido ações, afetos, influências, intencionalidades e tendências no paliar passando de um pretenso artefato técnico inanimado para o que os profissionais de saúde chamam, metaforicamente, de equipamento de apoio? Portanto, a ação de mediação² dos artefatos técnicos nos cuidados paliativos será a base de nosso investimento. É necessário avançar na temática para que essa possibilidade de cuidado seja implementada de maneira efetiva e qualificada, pois, como aponta Simondon (2020, p. 51), “Sendo o objeto técnico definido por sua gênese, é possível estudar as relações entre ele e as outras realidades”.

Este capítulo objetiva aprofundar os vínculos estabelecidos por um conjunto de artefatos técnicos, transformados metaforicamente por profissionais de saúde em equipamentos de apoio,

¹ Para Latour (2020, p. 194), zonas metafóricas são aquelas “[...] que aprendemos a reconhecer e que nos levam, pouco a pouco, a quem e além das figurações superficiais, para outra redistribuição das formas dadas aos humanos, aos coletivos, aos mais que humanos ou às divindades”.

² Latour (2006), ao construir a teoria do ator-rede, considera um equívoco a ideia de um grupo homogêneo. O autor afirma que o que existe são reagrupamentos, ou seja, fluxos, nos quais humanos e não humanos constituem mediações, sendo mutuamente perpassados uns pelos outros, e então constroem significados.

com o paliar. Entre as questões, indaga de que maneira essa transformação por zonas metafóricas influencia na assistência em saúde e quais as alternativas para a construção de uma outra ética-estética do cuidado com o artefato técnico, levando-se em conta as mediações, efetuadas pela alteração provisória, entre o humano e mais que humano, pois engajados.

1 Da transformação dos artefatos técnicos em equipamentos de apoio

Se isolarmos todos os artefatos técnicos nos cuidados paliativos, do sofá para a recepção dos familiares dos pacientes aos equipamentos técnicos de urgência, eles não teriam uma base comum de existência, ou melhor, deixariam de ser equipamentos de apoio no paliar. Os artefatos técnicos se transformam em equipamento de apoio quando se tornam mediadores. Um artefato técnico para se tornar equipamento de apoio passa por uma relaxação, conceito bem empregado por Simondon (2020), isto é, por uma conservação da tecnicidade como informação através dos sucessivos ciclos evolutivos no contato. Por exemplo, compra-se um sofá novo para receber os familiares dos pacientes nos cuidados paliativos. Em um primeiro momento, o sofá é um artefato técnico isolado, recém comprado, colocado em uma sala. Porém, quando o primeiro familiar de um paciente chega e nele senta, ele passa a “recepção-lo”, ele passa a agir como equipamento de apoio³. Ele amortece suas molas, ele se molda ao peso do corpo do familiar, ele o conforta enquanto o recebe. Ele o afeta e é afetado pelo paciente. A tecnicidade evolui no momento em que o sofá entra em contato com o familiar, transformando-se em mediador do paliar.

Para que o artefato técnico se transforme em mediação é preciso reparar nas ações que ele passa a exercer quando do tempo de relaxação⁴ em sua tecnicidade. Latour já apontava essa questão:

Ninguém duvida que panelas “fervam” água, que faca “corte” carne, que cestos “guardem” comida, que martelos “preguem” pregos, que grades “impeçam” crianças de cair, que fechaduras “tranquem” portas para barrar visitantes indesejados, que sabão “lave” sujeira, que horários “determinem” inícios de aulas, que etiquetas de preço “ajudem” pessoas a calcular. Esses verbos não designam ações? (Latour, 2006, p. 102, tradução nossa).

É na ação do paliar que o sofá, como artefato técnico inerte, sem intenção, transforma-se em equipamento de apoio, movimento em que o segundo nível da técnica emerge como objeto urgente a uma antropologia médico-especulativa dos cuidados paliativos.

Simondon aponta uma segunda etapa entre o humano e o artefato técnico: no nível do indivíduo, de um lado, e no dos conjuntos, do outro. Ele trata do modo de acesso do indivíduo ao artefato técnico, que pode ser *menor* ou *maior*. Por *menor*, ele entende aquele que convém ao nível da ferramenta e do instrumento:

É primitivo, porém adequado a esse nível de existência da tecnicidade na forma de ferramentas ou instrumentos; faz do homem um portador de ferramentas, de acordo

³ Sobre a instauração de um artefato técnico como equipamento de apoio, nossa inspiração é Souriau (2017, p. 168, tradução nossa): “De todas as formas, não nos enganemos. A que assistimos? A uma reivindicação de existência. Alguns status antigos, reduzidos ao estado de *lexis*, puros seres de razão despojados do que os convertia em entes, voltam a demandar o que se lhes tinha roubado. Só basta fazer-lhes a restituição. Tal é o caso das entidades matemáticas”.

⁴ Simondon (2020, p. 119) discorre sobre tempo de relaxação: “Esse ritmo de relaxação não encontra correspondência em nenhum outro lugar. Nem o mundo humano nem o mundo geográfico podem produzir oscilações de relaxação, com acessos sucessivos e brotamento de novas estruturas. Tempo de relaxação é o tempo técnico propriamente dito”.

com uma aprendizagem concreta, uma espécie de simbiose instintiva do homem com o objeto técnico usado em determinado meio, segundo a intuição e o conhecimento implícito, quase inato (Simondon, 2020, p. 40).

De acordo com Simondon, o modo *maior* supõe uma conscientização dos esquemas de funcionamento, o que o leva a ser politécnico. Ora, os profissionais de saúde nos cuidados paliativos costumam apontar a importância dos equipamentos de apoio no paliar, o “conforto” que eles proporcionam. Há, por um lado, um modo *menor* de interação, com os artefatos técnicos distribuídos nos cuidados paliativos, e, por outro, um funcionamento politécnico, com os equipamentos de apoio, em colaboração com os profissionais de saúde. No modo *maior* de acesso, esses equipamentos exercem diversos meios de “apoio” no paliar: ético-estético, psicológico, de conforto, entre outros. Assim, a equipe multiprofissional de saúde percebe a relação que esses equipamentos de apoio têm na evolução da própria equipe multiprofissional, na oferta de qualidade do serviço.

Por fim, Simondon aponta uma terceira etapa, essencial para a transformação de artefato técnico, inanimado no primeiro nível técnico, em equipamento de apoio no paliar: o entendimento dos artefatos técnicos na gênese da tecnicidade. Para Simondon (2020, p. 41), “A tecnicidade é a mobilização das funções figurais, o levantamento dos pontos-chaves da relação do homem com o mundo”. No nosso caso, trata-se, sobretudo, do levantamento dos profissionais de saúde com o figurar dos equipamentos de apoio no paliar. É preciso averiguar os sentidos dos equipamentos de apoio: como andam exercendo o paliar, como andam apoiando a equipe de profissionais de saúde.

A oposição entre profissional de saúde (os protagonistas) x artefato técnico (os inanimados) no paliar sempre foi limitante. Em verdade, tem a ver com um humanismo fácil, apregoado no paliar como protocolo, chamado vulgarmente de “humanização do ambiente”. Simondon (2020, p. 43) explica: “Por trás de um humanismo fácil, mascara uma realidade rica em esforços humanos e em forças naturais, a realidade que constitui o mundo dos objetos técnicos, os mediadores entre a natureza e o homem”. É um equívoco achar que o conforto exercido pelos equipamentos de apoio no paliar tem a ver com um antropocentrismo chamado “humanização do ambiente”, em que “o homem culto não se permitiria falar de objetos [...] como se fosse realidade verdadeira, dotada de interioridade e de boa ou má vontade” (p. 45). Portanto, “equipamentos de apoio” nos cuidados paliativos não são uma montagem de matéria, desprovida de significação verdadeira e que apenas apresenta uma utilidade, mas são a partida para uma antropologia médico-especulativa: a análise antropológica dos mediadores no paliar. Estamos longe do automatismo. Ainda afirma Simondon (2020, p. 46): “Na verdade, o automatismo é um grau de perfeição técnica bastante baixo. Automatizar uma máquina exige sacrificar muitas possibilidades de funcionamento, muitos usos possíveis”.

É preciso que a transformação de artefatos técnicos em equipamentos de apoio no paliar não seja da ordem do automatismo, mas de uma margem de indeterminação, esse belo conceito de Simondon, pois essa margem permite uma sensibilidade desse artefato a uma informação externa. Simondon discorre sobre margem de indeterminação:

Graças a essa margem de indeterminação, e não aos automatismos, as máquinas podem ser agrupadas em conjuntos coerentes e trocar informações umas com as outras por intermédio do coordenador, que é o intérprete humano. Mesmo quando a troca de informações é direta entre duas máquinas [...], o homem intervém como o ser que regula a margem de indeterminação, para que ela se adapte ao melhor intercâmbio possível de informações (Simondon, 2020, p. 47).

São os profissionais de saúde que regulam a transformação de um artefato técnico em equipamento de apoio no paliar. Os equipamentos de apoio no paliar ganham finalmente *sua marcha de manobra*, amparada por tudo aquilo que a faz entrar em contato com o humano. Ainda com Simondon (2020, p. 47):

Podemos indagar quem é o homem capaz de tomar consciência da realidade técnica e introduzi-la na cultura. Aquele que está ligado a uma única máquina pelo trabalho e pela fixidez dos gestos cotidianos dificilmente poderia atingir essa conscientização. A relação de uso não é favorável a isso, pois, na estereotipia dos gestos adaptados, seu recomeço habitual apaga a consciência das estruturas e dos funcionamentos.

A consciência de um sofá que “conforta” um familiar de um paciente, dentro de uma margem de indeterminação no momento em que o artefato se molda, é perceber a transformação em mediação de um artefato técnico em um equipamento de apoio.

2 O nascimento da clínica em Michel Foucault não prevê o poder dos objetos técnicos

Constituída como hoje a conhecemos entre os séculos XVIII e XIX, a clínica biomédica percorreu um longo caminho. Podemos defini-la por meio da centralidade da dicotomia normal x patológico, sendo o profissional de saúde, em Foucault (2011), o detentor desta dicotomia. É preciso estar advertido do fato de que esse modo de enxergar a clínica é recente, e, durante um longo período, o patológico, a anormalidade e a morte foram organizados segundo diferentes critérios. Primeiramente, a morte sofreu mudanças na percepção dos indivíduos. Da “morte domada” (Ariès, 2012, 2014; Elias, 2001), decorrente de uma concepção coletiva de destino, na qual ela era parte da natureza, passou-se à consciência da morte de si mesmo, o que influenciou no discurso científico da concepção de singularidade do indivíduo e das suas relações com os outros e com o mundo (Ariès, 2012, 2014; Elias, 2001). Gradativamente essas visões se articularam às mudanças nas percepções acerca do patológico e do cuidado. Com o aprimoramento de artefatos técnicos empregados pelo profissional de saúde (primeiro nível de técnica), ocorreu a mudança do espaço do doente para o hospital: há, portanto, uma necessidade de um meio “neutro”, “homogêneo”, pautado em um saber biomédico em que o artefato técnico deve se adequar a esse enquadramento (Foucault, 2011). Asséptico e diferente do espaço familiar, esse ambiente idealizado permitiria, portanto, encontrar a coerência almejada para que o cuidado seja certo.

Todos os avanços científicos que permitiram que doenças fossem tratadas de maneira mais eficiente são extremamente importantes, porém é fundamental refletir como Foucault (1980), que, ao centrar o modelo biomédico nos jogos de poder entre humanos, reservou os artefatos técnicos ao enquadramento estático em ambientes hospitalares e clínicos, limitando as ações dos artefatos técnicos na assistência. Ora, negligenciar o segundo nível da técnica, isto é, a ação desse artefato como equipamento de apoio no paliar, é desconsiderar a interlocução entre o artefato técnico, os profissionais de saúde e os pacientes. É preciso perceber que pacientes, profissionais de saúde e artefatos técnico se inter-relacionam de maneira interdependente entre si.

Nos cuidados paliativos, há de se estar atento para não incorrer em atitudes que desconsiderem a singularidade do paciente em relação à vivência da sua própria morte, mas devemos considerar

também a nova relação com o artefato técnico exigida por esse modelo de cuidado, o que convoca o profissional de saúde a uma relação não alienada com esses objetos. O paliar promove a ortotanásia, que é a morte de forma tranquila, confortável e sem sofrimento, e para alcançar esse objetivo o artefato técnico, compreendido em sua possibilidade de invenção e interdependência, pode ser grande aliado. Em nosso levantamento dos anos de 2020 e 2021, com o cruzamento dos descritores “Cuidados Paliativos” e “Profissionais” na Biblioteca Virtual de Saúde, que teve como resultado 64 publicações, percebemos a lógica antropocêntrica que norteava os cuidados paliativos. Alcântara (2021), ao analisar a relação de fisioterapeutas com os aspectos bioéticos no momento de tomar decisões em casos de terminalidade, restringiu-se a observar que o princípio da autonomia frequentemente entra em conflito com o princípio da beneficência, o que gera atitudes paternalistas por parte do profissional. A futilidade terapêutica em cuidados paliativos também foi apontada como um dilema ético entre profissionais. Ainda foi constatado que é muito importante para os profissionais a possibilidade de tomada de decisões e a discussão em equipe, porém os pacientes chegam com o protocolo já construído pelo médico: e nesse contexto há uma ausência no entendimento da ação exercida pelo artefato técnico no paliar.

Diversos autores apontaram desconhecimento em relação à ação exercida pelo segundo nível técnico nos cuidados paliativos: Couto e Rodrigues (2020) observaram uma ausência de discussões na graduação, que resulta em uma prática pouco qualificada em relação a essa ação. Esse dado é corroborado por Guimarães *et al.* (2020), ao observarem em estudo com estudantes de enfermagem que estes têm pouco contato teórico com os cuidados paliativos na formação, porém grande necessidade desses cuidados em sua prática de estágios — e isso gera discrepância. Os entraves na prática são inúmeros, com estudantes que relatam angústias pela consciência de que podiam fazer mais, mas não sabiam por onde começar (Guimarães *et al.*, 2020, p. 5). Como resultado dessas lacunas formativas, os estudantes relataram medo e frustração. Pode-se também pensar um outro posicionamento diante desses desafios, caso o artefato técnico seja enxergado de maneira cooperativa, no segundo nível técnico: soluções para esses impasses poderiam ser construídas pelos profissionais, de modo que pudessem diminuir a impotência e requalificar a assistência.

Compreender que não há uma dominação de um sobre o outro e sim uma inter-relação do profissional de saúde com o artefato técnico, transformado em equipamento de apoio, permite a construção de novas possibilidades: a percepção do que pode ser construído conjuntamente com esse artefato técnico para proporcionar o cuidado adequado. Assim, enxergar os cuidados paliativos como uma história exclusiva de humanos limita o paliar. Em pesquisas atuais (Pinto *et al.*, 2021; Couto; Rodrigues, 2020; Guimarães *et al.*, 2020; Barbosa *et al.*, 2020), fica evidente que a formação em saúde não problematiza a utilização dos artefatos técnicos, no segundo nível de técnica, o que resulta em profissionais que não constroem possibilidades no cuidado.

Um trabalho elaborado pelo profissional com o segundo nível técnico permite a construção de possibilidades de cuidado no paliar. Uma importante lacuna observada é em relação ao que é sugerido para avançar nessas questões: Santos *et al.* (2020) apontam a necessidade de um maior contato com os cuidados paliativos desde a graduação, porém não sugerem alternativas para isso e para que tipo de contato seria esse. Guimarães *et al.* (2020) ressaltam a necessidade de atentar às questões formativas, porém apenas no âmbito da racionalidade biomédica. Considerando todas as outras propostas, podemos notar quanto o entendimento do segundo nível de técnica está ausente.

3 Pela construção de outros vínculos no paliar

A literatura sobre a morte e os cuidados paliativos (Ariès, 2012; Torres, 1983; Alcântara, 2021; Pinto *et al.*, 2021; Couto; Rodrigues, 2020; Guimarães *et al.*, 2020; Barbosa *et al.*, 2020; Formentin *et al.*, 2021; Duarte *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2020) apresenta uma importante característica em comum: além da relação com a finitude, a perspectiva é exclusivamente antropocêntrica, ou seja, centrada no profissional de saúde e no paciente com a consciência de si diante do evento morte no paliar. Tal ponto de vista enxerga o indivíduo apartado do conjunto dos artefatos técnicos no paliar, ignorando as cadeias de interdependências exercidas por esse conjunto e os vínculos sensíveis que são constituídos (Stengers, 2020; Latour, 2015). Para avançar na questão e desenvolver outras possibilidades de cuidado é necessário introduzir a compreensão da mediação no paliar.

Latour (2015) chama à baila a centralização do vínculo, não nos sujeitos ou objetos, mas na relação entre dois seres. Assim sendo, não há mais aquele que domina ou o que é dominado. Existem as interdependências que formam vínculos. Essa perspectiva apresenta grande potência ao possibilitar o desenvolvimento de intervenções mais precisas e alinhadas com o que se vincula. Portanto, pensar os cuidados paliativos é recobrar as cadeias de interdependência envolvidas nessa ação (Stengers, 2020). Existem, pois, cadeias de interdependência que se ramificam e se retroalimentam e então constroem o cuidado. Por mais que exista um conhecimento técnico adquirido na formação do profissional de saúde, tal conhecimento não se esgota no primeiro nível de técnica. É preciso, em síntese, romper as cadeias de dependência na literatura sobre cuidados paliativos, que apresenta o paciente, o profissional e o conjunto de artefatos técnicos do paliar desvinculados, o que gera barreiras ao cuidado.

É notória a emergência do entendimento da ação exercida pela transformação de artefatos técnicos em equipamentos de apoio nos cuidados paliativos. A pesquisa em antropologia médico-especulativa dos cuidados paliativos que abarca esse enfoque ainda é incipiente, com exceção de trabalhos na área da filosofia (Winner, 1980; Akrich, 2014; Bruno, 2017) e da psicanálise (Antelo, 2007), os quais propõem um novo olhar sobre os artefatos técnicos ao buscar enxergá-los para além da função de utensílios estáticos e passivos. A partir do momento em que um artefato técnico ultrapassa algo estático, ele se torna um coautor do cuidado. Trata-se, portanto, do ato de pensar com o artefato técnico, transformado em equipamento de apoio, apreendido pela ação exercida pelo artefato. Esse movimento, de conceber o artefato técnico para além do inanimado, exige do profissional de saúde ser afetado nessa experiência (Favret-Saada, 2005), isto é, “ser tomado” pela ação exercida pelo artefato técnico como equipamento de apoio no paliar. E essa é a proposta deste capítulo para uma outra abordagem dos cuidados paliativos, mas também é uma posição metodológica, que constrói uma alternativa não mais distanciada da ação exercida pela relação entre o humano e o mais que humano que apoia no paliar.

4 Em direção a uma nova literatura sobre cuidados paliativos

Procuramos aqui dar os primeiros passos para uma nova direção na literatura sobre cuidados paliativos: a emergência de uma antropologia médico-especulativa sobre os artefatos técnicos nesse meio. Uma ética-estética da transformação dos artefatos técnicos em equipamentos de apoio no paliar ainda precisa ser escrita. Buscamos aqui instigá-la.

Referências

- ALCÂNTARA, F. A. Percepção de fisioterapeutas sobre aspectos bioéticos em cuidados paliativos. *Rev. Bioét.*, v. 29, n. 1, p. 107-114, 2021.
- ANTELO, M. *La inquietante extraneza del objeto tecnico*. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidad Nacional de Mar Del Plata, Mar Del Plata, 2007.
- ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. São Paulo: Editora UNESP, 2014.
- ARIÈS, P. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- AKRICH, M. Como descrever os objetos técnicos? *Boletim campineiro de geografia*, v. 4, n. 1, p. 161-182, 2014.
- BARBOSA, A. P. M. *et al.* Vivências do centro de terapia intensiva: visão da equipe multiprofissional frente ao paciente em cuidados paliativos. *Enferm. Foco*, v. 11, n. 4, p. 161-166, 2020.
- BORGES, M.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n. 65, v. 2, p. 324-33, 2012.
- BRUNO, F. Objetos técnicos sem pudor: gambiarra e tecnicidade. *Revista Eco-Pós*, v. 20, n. 1, p. 136-149, 2017.
- CAPELETTO *et al.* Olhares sobre as vivências de profissionais que atuam com cuidados paliativos em hospitais. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 12, n. 4, p. 13-26, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF, agosto de 2005.
- COUTO, D. S.; RODRIGUES, K. S. L. F. Desafios da assistência de enfermagem em cuidados paliativos. *Enferm. Foco*, v. 11, n. 5, p. 54-60, 2020.
- DUARTE, M. L. C. *et al.* Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da unidade de internação oncopediátrica: pesquisa qualitativa. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 74, (supl. 3), 2021.
- ELIAS, N. *Solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. *Cadernos de Campo*, n. 13, p. 155-161, 2005.
- FORMENTIN, M. S. *et al.* Barreiras ao cuidado no final de vida em um serviço de urgência e emergência. *Revista Uruguaya de Enfermería*. v. 16, n. 1, p. 1-13, 2021.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FREUD, S. *O Infamiliar [Das Unheimliche]*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- GUIMARÃES, J. A. M. *et al.* Percepções de estudantes de enfermagem sobre cuidados paliativos. *Rev. Rene.*, v. 21, p. 1-15, 2020.

- HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Hospital Sírio Libanês: Ministério da Saúde, 2020.
- KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões de vida e morte. In: KOVÁCS, M. J. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- LATOUR, B. *Changer de société: refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte, 2006.
- LATOUR, B. Faturas/fraturas: da noção de rede à noção de vínculo. *Ilha*, v. 17, n. 2, p. 123-146, 2015.
- LATOUR, B. *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno*. Rio de Janeiro: UBU EDITORA, 2020.
- PINTO, K. D. C. *et al.* Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão da literatura. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, v. 10, n. 3, p. 226-257, 2021.
- SANTOS, A. M. *et al.* Vivência de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos. *Rev. Fun. Care Online*, n. 12, p. 479-484, 2020.
- SIMONDON, G. *Do modo de existência dos objetos técnicos*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2020.
- SOURIAU, E. *Los diferentes modos de existencia*. Buenos Aires: Cactus, 2017.
- STENGERS, I. *Estamos divididos*. São Paulo: Edições N-1, 2020.
- TORRES, W. C. A redescoberta da morte. In: TOORES, W.; GUEDES, W.; TORRES, R. (org.). *A psicologia e a morte*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983.
- WINNER, L. Do artifacts have politics? *Daedalus*, v. 109, n. 1, p. 121-136, 1980.

Interlúdio: A Antropologia Médica em Cartoon



Fonte: Arte de Uildson Pacheco de Deus.

Parte II

Emaranhados

Capítulo 6

É que Narciso Acha Feio o que não é Espelho: a Produção de uma Oficina de Saúde sobre Hanseníase Espelhada em Humanos

*Roselly Mascarenhas
Daniela Arruda Soares
Paulo Rogers Ferreira*

A compreensão do processo saúde-doença-cuidado tem sido objeto de reflexão de diversas vertentes do conhecimento ao longo do tempo. No âmbito da antropologia médica não foi diferente, o que resultou em um largo espectro de abordagens. A antropologia médico-especulativa desponta como recurso essencial para a compreensão do alterado humano e mais que humano em relação, fazendo os serviços de saúde acontecerem a todo momento. Este capítulo volta-se para um exercício antropológico, em que uma oficina de saúde promove uma capacitação voltada para a busca ativa de casos de hanseníase, na Atenção Primária à Saúde, no município de Tremedal, no Sudoeste Baiano, com população de 16.394 habitantes (IBGE, 2019), transformando o bacilo de Hansen em “inimigo”, em “números representativos”, finalmente em um “problema de saúde pública” para humanos. A ideia é demonstrar que, com a oficina, a relação humano e mais que humano *não tem o mesmo grau de importância* para aprimorar políticas de controle e tratamento da hanseníase. Trata-se de trabalho etnográfico, que foi realizado por meio de encontros entre os organizadores da oficina, isto é, pesquisadores, professores e alunos do Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), sob o escopo de um projeto voltado para as doenças negligenciadas no Brasil, em que a hanseníase era uma delas, para capacitar Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Agentes de Controle de Endemias (ACEs) do município.

1 Sem consulta ao bacilo

A hanseníase é uma doença crônica, que se caracteriza por ser infectocontagiosa, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, em homenagem ao seu “descobridor”¹, o médico bacteriologista e dermatologista norueguês Gerhard Henrick Armauer

¹ Latour (2011, p. 151) já demonstrava que da mesma forma que Pasteur “descobriu” os micróbios (as aspas se justificam porque os micróbios já existiam antes de Pasteur), Pasteur também foi “descoberto” pelos micróbios — ele se tornou reconhecido e famoso graças à “descoberta” dos micróbios e seus efeitos patológicos em humanos e outros animais. Para Latour, “As ‘ideias’ não escapam jamais às redes que as fabricam” (tradução nossa).

Hansen (1841-1912), que o observou em 1873. O bacilo tem afinidade por células cutâneas e pelos nervos periféricos. A transmissão acontece por meio de contato interpessoal próximo e prolongado e apresenta um período de incubação de 3 a 5 anos (Brasil, 2017a).

Seguir o bacilo de Hansen, com base na antropologia médico-especulativa, é perceber como ele *também* faz os serviços de saúde: como ele “se aproveita” da oportunidade para se replicar, por meio do ar, da contaminação pelo convívio prolongado com humanos contaminados, e colaborar para a “legitimidade” de um serviço de saúde, quando das campanhas de prevenção e busca ativa de casos. Mas não é o caso da oficina etnografada aqui, que buscou traçar um planejamento de biossegurança para humanos, com vistas ao seu bem-estar, tendo o bacilo como um “inimigo a ser combatido” por uma “linha de frente” de profissionais de saúde capacitados.

O bacilo de Hansen vem percorrendo uma rede de conexões já faz muito tempo. O bacilo faz história. Na Bíblia, é possível ler relatos sobre ele quando da transformação do infectado em “leproso” e “pecador”. Vejamos o que nos diz Levítico (13:1-4):

O homem, quando na pele da sua carne houver inchação, ou pústula, ou empola branca, que estiver na pele de sua carne como praga de lepra, então, será levado a Arão, o sacerdote, ou a um de seus filhos, os sacerdotes. E o sacerdote examinará a praga na pele da carne; se o pelo na praga se tornou branco, e a praga parecer mais profunda do que a pele da sua carne, praga da lepra é; o sacerdote, vendo-o, o declarará imundo.

A história científica cunhou o conceito lepra para a doença proveniente da conexão do bacilo de Hansen com o humano. A lepra era causada por uma miscelânea de fatores, entre os quais a alimentação, o clima, a topografia e a predisposição. A teoria dos miasmas defendia a contaminação por meio do ar, portanto o contágio acontecia pela contaminação do ambiente por meio da respiração do leproso. A transmissão hereditária também foi aventada no século XVIII, por causa da infecção congênita ou da transmissão sexual, já que os filhos apareciam com o bacilo de Hansen no corpo. Os filhos dos doentes de lepra eram separados de seus pais e encaminhados aos dispensários e aos preventórios, pois eles também representavam uma ameaça à sociedade (Schweickardt; Xerez, 2015). Essas atitudes de segregação reforçam a hereditariedade, forma eleita de transmissão da lepra pelos médicos da época, e consideravam o isolamento como prioritário na defesa da comunidade (Cabral, 2013).

De acordo Foucault (2008), no século XIX, a doença toma outra dimensão, quando o olhar médico passa reconhecê-la no próprio corpo (Ferla; Oliveira; Lemos, 2011). Foi nesse emaranhado que a lepra passou a ser objeto de estudo no campo médico, onde ampliou-se horizontes investigativos, ao considerar o corpo adoecido e os sinais e sintomas que se manifestavam. A descoberta nos modos de transmissão da doença tornava-se um desafio a ser desvendado e uma competição acadêmica por prestígio e poder entre esses profissionais (Bechler, 2012).

Sendo assim, surge uma corrida incessante em busca da descoberta dos modos de transmissão da lepra nos moldes científicos modernos. Seria necessário, a partir de então, encontrar respostas pautadas na medicina para conter, sobretudo, o avanço da doença, que se propagava principalmente na classe camponesa e trabalhadora do século XIX (Eidt, 2004).

Do ponto de vista da saúde pública, o século XX abarcou períodos de descoberta etiológica e terapêutica sobre a lepra, que passou, a partir de então, a ser chamada de hanseníase — nome

originado do seu “descobridor”, o médico bacteriologista e dermatologista norueguês Gerhard Henrick Armauer Hansen —, com o objetivo de apagar a histórica associação pejorativa entre pecado e imundice vinculada ao termo. Foi o momento em que o estado passou a se ocupar dos coletivos populacionais por meio de práticas higienistas. Foi a época de superação do modelo até então vigente do isolamento em leprosários como política normativa para o seu controle e, na sequência, de instituição do tratamento medicamentoso (Cabral, 2013).

No Brasil contemporâneo, a estratégia de “enfrentamento” da hanseníase institui o diagnóstico precoce, atrelado à implementação do tratamento poliquimioterápico (PQT)², como principal tecnologia biomédica para a interrupção da cadeia de transmissão do bacilo de Hansen e a diminuição dos riscos de incapacidade física gerados pela doença em humanos. Dessa forma, o isolamento compulsório cede lugar ao tratamento ambulatorial, nos centros de saúde ou em hospitais. Começa, então, uma desocupação dos leprosários, mantendo-se somente os asilos-colônias, devido ao longo período de segregação social e, conseqüentemente, à dificuldade de reinserção desses pacientes na sociedade, que haviam perdido os vínculos familiares e sociais (Cabral, 2013). Entretanto, ao longo dos anos, essas políticas e práticas sempre foram direcionadas a intervenções que obtiveram efeitos limitados. Quando o olhar é direcionado para o Brasil, basta averiguar o fato de que o país detém 93% do número total de diagnósticos de hanseníase das Américas e ocupa o 2º lugar na relação de países com maior número absoluto de casos da doença (WHO, 2021; Brasil, 2021).

2 Oficina *versus* bacilo

Partiremos de etnografia em uma oficina de saúde. A oficina foi realizada por pesquisadores, alunos e professores do Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA) para capacitar agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias, no município de Tremedal, localizado no sudoeste baiano. Foi percebido na etnografia como o bacilo de Hansen passou a produzir conexões com a população e os profissionais de saúde, desembocando também no enredo da oficina. O curioso foi a metodologia empregada pelos promotores dessa oficina, que, em vez de seguir o bacilo em suas conexões com humanos, buscou um aprendizado humanista, baseado na pedagogia crítica de Paulo Freire, procurando dar “significado local” (sociocultural) à doença. Dito de outro modo, houve uma confluência entre etnomedicina e antropologia médica crítica. A intenção, portanto, era formar um agente de saúde crítico, humanista e reflexivo no trato da hanseníase, de modo que os ideais da Reforma Sanitária Brasileira fossem cumpridos.

A oficina era uma construção centrada no bem-estar da população humana do município e o bacilo deveria ser combatido a todo custo. Em princípio, o bacilo era um “problema de saúde pública”, não os humanos ali presentes. Os principais objetivos da oficina consistiam em: identificar a hanseníase como “problema de saúde pública”, considerando aspectos epidemiológicos; reconhecer características clínicas e o modo de transmissão da doença; identificar principais medidas de vigilância e controle da hanseníase no território da Atenção Primária à Saúde (APS); construir o

² A poliquimioterapia, conhecida pelo seu acrônimo PQT, constitui o tratamento indicado pelo Ministério da Saúde para a hanseníase. Consiste em um composto de drogas bactericidas introduzida pela OMS na década de 80. O tratamento é feito ambulatorialmente utilizando-se esquemas terapêuticos padronizados que podem durar de 6 a 12 meses, a depender da classificação operacional da doença, que é definida após avaliação clínica dermatoneurológica. A dose da medicação é supervisionada mensalmente pelo profissional de saúde e possibilita um melhor acompanhamento no processo de cuidado da pessoa acometida pela hanseníase (Brasil, 2017).

papel compartilhado pelos ACSs e ACEs no controle; e, finalmente, orientar sobre as atividades a serem realizadas em campo durante o projeto.

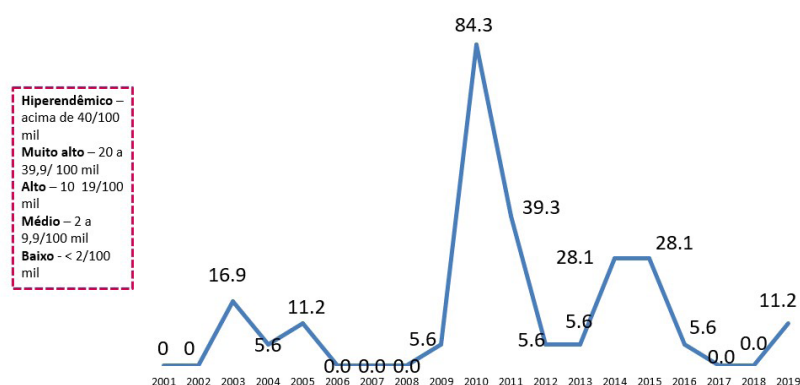
Logo no início uma pergunta foi direcionada aos participantes: “Para você, a hanseníase é um problema de saúde pública para o município de Tremedal?”, com a finalidade de esquadrinhar conceitos, fazer classificações prévias e identificar fronteiras ontológicas que divisam o conhecimento tido como científico. Segue-se ao questionamento um momento de silêncio absoluto entre os participantes, que proporcionou uma troca de olhares que pareciam carregados de dúvidas e incertezas na questão sobre a hanseníase ser ou não um “problema de saúde pública” naquele município e, se fosse, para quem seria.

O uso da palavra “problema” incita a vinculação com a história da lepra e se perpetua até os dias atuais. A hanseníase, que outrora era um “problema” para a igreja, e depois para a ciência e para o modo capitalista de desenvolvimento, baseado na manutenção da força do trabalho ativo, volta a ser centro do cenário retratado pelos promotores da oficina, que novamente falam de identificar o “problema” também em Tremedal. Além disso, a pergunta reforçava e instigava uma oficina voltada exclusivamente para o bem-estar humano.

A hanseníase é integrada ao centro das discussões e as intervenções são legitimadas pelas evidências científicas construídas com a análise de indicadores epidemiológicos e operacionais, que são apropriados para suscitar a existência de falhas nas ações desenvolvidas no município. Para legitimar o “problema”, os promotores da oficina afirmavam que na Bahia, Unidade Federativa da qual Tremedal faz parte, o coeficiente de detecção anual é de 14,51 por 100 mil habitantes, o que leva o município a ser considerado de alta endemicidade e a demandar ações dos serviços de saúde para seu controle (Brasil, 2018).

Nesse sentido, podemos fazer um paralelo com o trabalho de Segata (2019) sobre inteligências epidêmicas e antropologia, mais especificamente sobre o “fazer a epidemia” da dengue, chikungunia e zika em três diferentes cidades (Natal, Porto Alegre e Buenos Aires). Segata apresenta informações produzidas por meio de novas inteligências epidêmicas, que definem e distribuem riscos e vulnerabilidades, no intuito de manter financiamentos na manutenção de políticas voltadas para as epidemias. Trata-se de dados epidemiológicos que dão respaldo a intervenções, os quais foram também utilizados pelos promotores da oficina no intuito de identificar a doença e justificar as ações no município em estudo.

Sendo assim, a Figura 1 apresenta o coeficiente de detecção de casos de hanseníase (número de casos novos no ano em relação à população geral), que justifica o risco de um paciente que reside no município ter sido infectado pela hanseníase, que foi utilizado pelos promotores da oficina, de modo a fomentar a discussão entre os participantes.

Figura 1 – Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em Tremedal, BA – 2002-2019

Fonte: Andrade (2022).

Ao apresentar esses indicadores e ressaltar a grande oscilação dos dados nesse município, comentários e dúvidas emergiram da discussão dos ACSs e ACEs, tais como: “Não é possível que não haja casos de hanseníase em Tremedal. O que aconteceu?” (Agente Comunitário de Saúde 1); “Como vão mandar recurso se aqui está zerado?” (Agente Comunitário de Saúde 2); “Em 2001, acho que foi devido à rotatividade da equipe de saúde, o que dificulta a criação do vínculo com a comunidade, e aí as pessoas não vão à Unidade quando tem uma suspeita” (Agente Comunitário de Saúde 3); “O trabalho deve ser direcionado pelo enfermeiro, porque às vezes é detectada uma suspeita na comunidade e não tem ninguém na Unidade com conhecimento para avaliar” (Agente Comunitário de Saúde 4); “Alguns casos da doença foram notificados por moradores que foram para São Paulo e lá descobriram. Isso não aparece aí” (Agente Combate a Endemias 1) e “Em 2015, quando o projeto veio aqui, achou muitas pessoas com hanseníase” (Agente Combate a Endemias 2).

As falas supracitadas mostram que os dados epidemiológicos se tornaram relevantes para a manutenção do discurso sobre um “problema de saúde pública” no município. Elas denotam um esforço do público-alvo da oficina em encontrar possíveis acontecimentos que justificassem o não diagnóstico de outros casos. Atrélaram-se também às falas a importância das notificações para a manutenção e financiamento das ações e dos programas destinados ao controle da hanseníase no território, pois, como diria Segata (2019, p. 199): “A probabilidade não é um método, mas uma meta sustentada pelo empoderamento dos números”. Sendo assim, o discurso sobre a doença nem sempre prediz o aumento do número de casos, porém colabora para os financiamentos e a manutenção das políticas de saúde existentes. A probabilidade ainda opera com muitas ações voltadas para demandas instaladas, o que favorece a manutenção de uma infraestrutura baseada na vigilância, na detecção e na contenção de casos.

A hanseníase é apresentada pelos promotores da oficina como um “problema de saúde pública” que deve ser identificado para que haja intervenção. Essa afirmação é detectada na seguinte fala do promotor da oficina: “A hanseníase tem que ser diagnosticada e notificada para nortear as ações”. Desse modo, podemos afirmar que sem diagnóstico não há notificação nem dados epidemiológicos gerados, o que, por sua vez, inviabiliza a manutenção de uma política de saúde direcionada à intervenção. E assim a oficina segue seu curso, na busca pela instrumentalização técnico-científica dos profissionais de saúde para reconhecer as características clínicas e o modo de transmissão da doença. Além disso, a oficina perpassa por conteúdos a respeito de um processo pautado na inspeção do território, mapeamento, vigilância e controle da doença.

“Manchas pelo corpo, sensibilidades e dificuldade de movimento dos membros superiores e inferiores. Caso eu vejo algum sintoma, eu encaminho para o posto para o médico avaliar” (Agente Comunitário de Saúde).

“Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas” (Agente Comunitário de Saúde).

“Manchas na pele, dormência e atrofiamentos” (Agente Comunitário de Saúde).

“A mancha é uma doença que a gente já percebia, mas não sabia distinguir quando ela se manifestava no corpo. Ali já era tão discriminada, porque alguém tinha que se separar dos outros” (Agente de Combate a Endemias).

Esses relatos são quase unânimes em eleger as manchas e a perda da sensibilidade como principais sinais clínicos da hanseníase. Se recorrermos à história da doença, a mancha sempre teve uma representatividade significativa, além de ser confundida com várias outras afecções dermatológicas (Cabral, 2013). Contudo, a desafiadora e problemática tarefa de apontar diferenças na pele de distintos sujeitos incorre na possibilidade de pasteurizar essas manifestações e de execrar outras que são mobilizadas em variados contextos de cura (científico ou popular, cotidiano ou ritualístico, real ou simbólico). Desse modo, os relatos não só reforçam a forma como a doença é percebida, mas também anunciam como essa percepção ainda influencia práticas de segregação e isolamento das pessoas doentes ou em risco para a doença.

O reconhecimento da doença no corpo afetado por hanseníase advém das marcas físicas, representadas pela mancha e pelas sequelas provocadas pela doença (Eidt, 2004). Essa condição humana do corpo marcado teve sua representatividade acentuada no passado e é rememorada pela narrativa a seguir de uma ACS: “Existia um senhor que morava aqui em Tremedal que tinha vários ferimentos em seu corpo e mãos e pés deformados pela doença. Lembro dele, desde quando era criança, mas depois ele morreu. As pessoas diziam que era lepra”.

Os promotores corroboraram o exposto acima com afirmações de que o “problema” ainda existe, apesar de fazer parte de tempos e cenários diferentes. Demonstraram acreditar que as lacunas existentes no controle da doença inviabilizam a erradicação da hanseníase na população. Disseram ainda que, apesar dos avanços, com a “descoberta” do bacilo causador da doença, o diagnóstico da hanseníase se baseia na história epidemiológica e no exame físico. Nesse momento, foram utilizados recursos como o álbum seriado, no intuito de evidenciar os diferentes tipos de manchas, por meio de gravuras que colaborassem no processo de aprendizado dos participantes da oficina. Foi mostrado que a hanseníase pode ser classificada, de acordo o número de manchas que aparecem no corpo, em paucibacilar (até 5 manchas), que se divide em indeterminada e tuberculóide, e multibacilar (mais de 5 manchas), que se divide em dimorfa e virchowiana (Brasil, 2017). Cada uma delas possui características próprias e por isso essa estratégia de ensino teve a intenção de tornar os participantes aptos à identificação.

Em meio a essa condução, as falas dos promotores afirmavam que a hanseníase era uma doença caracterizada pelo sofrimento e estigma, provocados pelo medo do contágio e pelas marcas físicas existentes no processo de adoecimento, o que imprimia um retorno contundente à história da hanseníase. Tal fato possibilitou aos profissionais de saúde externalizar em suas narrativas o medo de contrair a hanseníase. A expressão “para além da mancha”³, apesar de evidenciar uma outra

³ A expressão “para além da mancha” foi proferida pelos promotores da oficina durante a capacitação, como recurso pedagógico para redimensionar a doença para além dos fatores biológicos e clínicos e assim introduzir os fatores sociais que levam à hanseníase: estigma social, desigualdade social e econômica.

semântica para a hanseníase, não desponta como um *insight* etnográfico que deve ser tomado como parâmetro para a construção de novas possibilidades teóricas sobre a doença, senão ratifica o que os promotores da oficina apresentaram implicados na divisão analítica da história da hanseníase.

Desse modo, os discursos, endossados pelos promotores, mais uma vez, colaboram para a afirmação sobre a hanseníase como um “problema de saúde pública”. Cabe, portanto, a pergunta: a quem serve detectar hanseníase em Tremedal? E onde encontrá-la no território? Dito de outra maneira, uma vez identificado o “problema” e instrumentalizados os profissionais, como encontrar os pacientes afetados da doença em seus territórios? Qual o papel dos profissionais de saúde para a resolução do “problema”? Era preciso instigar a consciência do dever no público-alvo a ser capacitado.

Esses questionamentos suscitam um terceiro momento da oficina, que tem por finalidade definir o papel do ACS e do ACE no controle da doença. Os participantes foram divididos em três grupos e direcionados a responder estudos de casos sobre hanseníase. As perguntas contemplavam questões sobre medidas de vigilância e controle da doença no município. Os promotores da oficina imprimiam nos membros do grupo um sentimento de “segurança da população” e, por isso, os estudos de caso eram orientados para uma conduta de vigilância, mapeamento e combate à hanseníase. Esse sentimento transfere para o campo da saúde um comportamento de alerta contínuo para a detecção do bacilo antes que ele cause sequelas no corpo, ou seja, antes que o bacilo encontre seu hospedeiro.

Esse posicionamento adotado pela oficina advém de influências exercidas por tecnologias de governos, que, de tempos em tempos, reestruturam suas instituições e discursos no controle de epidemias. As políticas públicas são sustentadas pelo risco constante de adoecimento e, por isso, estimulam trabalhadores da saúde a produzir dados na alimentação dos sistemas. Pessoas são transformadas a todo tempo em números, e estes se tornam representações visuais em mapas geográficos na construção de projetos de intervenção. A doença e o risco passam a ter nome e endereço e são facilmente identificados e marcados pela população.

Sendo assim, a oficina segue seu curso e convoca os profissionais de saúde a refletir, dentro do seu processo de trabalho, na busca ativa de pessoas de seus espaços de atuação que podem apresentar algum sinal clínico da hanseníase. A oficina atinge seu cume quando é apresentada a proposta de um “novo projeto de pesquisa”, que reforça o combate à hanseníase no município de Tremedal. Há uma definição prévia das casas/famílias que serão visitadas e de como a abordagem deve proceder *in loco*. Essas pessoas serão identificadas pelos ACSs ao preencherem uma planilha que contenha o nome da pessoa que tem ou já teve a hanseníase e a localidade onde mora. As planilhas serão importantes também no levantamento do número de pessoas que serão abordadas e de quais espaços serão explorados pelo projeto juntamente com os ACSs.

Dessa forma, a oficina conclui seus objetivos prévios, ora estabelecidos, e convoca o apoio e a participação dos ACSs e ACEs na proteção de seus territórios. Mais uma vez, a hanseníase assume o protagonismo de “um problema de saúde pública” por meio das ações e mantém financiamentos para o seu controle e uma infraestrutura de políticas de saúde sob a força de demandas instaladas.

3 É que Narciso acha feio o que não é espelho

Iniciamos essa seção com o que Emanuele Coccia (2020a) conceitua como metamorfose na relação íntima, corpórea, entre o humano e mais que humano, quando ambos se infectam reciprocamente no momento do contato direto:

Toda vida, para desenvolver-se, precisa passar por uma multiplicidade irreduzível de formas, uma população de corpos que ela assume e da qual se livra com a mesma facilidade com que troca de roupa de uma estação para a outra. [...]. Pensar na relação entre essa multiplicidade de formas em termos de metamorfose, e não em termos de evolução, progresso ou de seus opostos, não é apenas libertar-se de qualquer teleologia. Isso significa também, e acima de tudo, que cada uma dessas formas tem o mesmo peso, a mesma importância, o mesmo valor (Coccia, 2020a, p. 18-19).

Na oficina, o “feio”, o desvalorativo, são as manchas, as deformidades, as poucas políticas públicas para humanos e as sequelas em humanos. Trata-se de uma questão espelhada, pois a resolutive é a proteção contra um bacilo que deforma o infectado, que o deixa “feio” e que o causa dor. O pânico social⁴ aumenta quando constatamos entre profissionais de saúde capacitados, sob uma metodologia significativa humanista de Paulo Freire, que um bacilo tão pequeno (e sem cérebro) é capaz de paralisar os humanos, deformá-los e ainda apontar, em termos epidemiológicos, as desigualdades sociais entre o perfil dos infectados. Esse pânico, por meio de um exercício pedagógico de identificação do “inimigo” e da “deformidade/feiura”, não leva os promotores da oficina e capacitados ao questionamento do espelhamento, pelo contrário, os conduz ao narcisismo exacerbado em nome do bem-estar dos cidadãos brasileiros em face do perigo fora da espécie humana.

Mas como perceber tal espelhamento? Como abrir uma inflexão a essa antropologia da biossegurança da capacitação em saúde? Lewis Thomas (2002), prefaciando a obra *L'Univers bactériel*, de Lynn Margulis e Dorion Sagan, apresenta um belo exercício nesse sentido. Recobrando como o humano tenta organizar a “natureza” por meio de seu próprio espelho, o autor acresce:

O homem organiza a natureza, ele a melhora para que seus interesses no mundo progressem no sentido mais agradável possível. Por exemplo: como extrair o maior número de recursos energéticos da Terra, como preservar os locais selvagens para a nossa aprovação, como evitar a poluição dos cursos d'água, como controlar o crescimento demográfico etc. Subentendido, a natureza é uma propriedade, a herança da humanidade, que administramos como um parque, um zoo ou como um jardim compartilhado (Thomas, 2002, p. 13-14, tradução nossa).

O que se percebe na oficina espelhada aqui em foco é toda uma política de administração pedagógica, de organização, de evitação do bacilo, afinal ele produz dor e sequelas, ele deforma o humano, deixa-o “feio”, basta o humano se olhar no espelho.

Esta oficina espelhada de educação em saúde busca uma espécie de bem da humanidade, pela centralidade no exclusivo bem-estar humano. Mas Coccia (2020a, p. 188) já nos alertava: “A humanidade veio ao mundo porque a Terra já havia sido concebida por outras espécies... e não

⁴ Sobre pânico social, remetemo-nos à afirmação de Cohen (2011, p. xxx, tradução nossa): “Parte do espaço social outrora ocupado por pânico morais foi preenchido por ansiedades, inseguranças e medos sociais mais rudimentares. São alimentados por riscos específicos: o crescimento de novas ‘ansiedades tecnológicas’ (riscos necrófagos, químicos, biológicos, tóxicos e ecológicos), perigos de doenças, pânico alimentar, medos de segurança em viagens de trem ou avião e medos de terrorismo internacional”.

realmente para o bem da humanidade”. A oficina espelhada aqui tratada ainda nutre um imaginário de que o corpo humano parece ser a casa da vida exclusivamente humana, sem contato com bactérias, vírus e outras enfermidades que a deformam. Ora, a chamada “natureza” não é um reino de equilíbrio perpétuo, mas local de invenção permanente de novos seres vivos, que alteram todo o chamado “equilíbrio”. Não se trata aqui de passar a apoiar o bacilo, mas de introduzir um exercício reflexivo do espelhamento humano em oficinas de saúde em que vírus, bactérias etc. (o mais que humano), em vez de nos ensinar sobre as interações interespecíficas, são “a praga a ser combatida”. Lançamos então a pergunta: e se os promotores da oficina e os capacitados percebessem o bacilo de Hansen como “pessoa”⁵, como copartícipe no campo da saúde?

A oficina continua seu curso rumo ao excepcionalismo humano por conceitos como bem-estar, bem da humanidade e saúde humana. Se é “normal” o pânico humano pelo contágio e a necessidade de proteger os mais vulneráveis entre eles, a questão aqui é outra: como quebrar uma oficina espelhada? É preciso seguir Krenak (2020, p. 24): “Temos que parar de nos desenvolver e começar a nos envolver”. O que a antropologia médico-especulativa propõe está longe de uma política educacional de desenvolvimento humano em saúde, almejada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelos promotores da oficina.

Mas como o bacilo poderia contribuir com essa oficina? Quebrando o espelho. A deformação em corpos hansenianos de humanos nada mais é que essa quebra, esse entendimento de que o humano faz parte da conexão com o mais que humano. Em vez de capacitar profissionais de saúde para “enfrentar” bacilos, buscar o entendimento de que quebrar o espelho pode transformar a educação em saúde em algo mais terrestre, este belo conceito de Latour (2017), isto é, mais voltada para a interdependência de todos que coabitam nessa fina película do planeta Terra, no intuito de perceber que tudo se metamorfoseia para que a vida e morte aconteçam. A doença deve ser tratada, mas o bacilo não precisa ser “inimigo”. Esse entendimento fará o deslocamento da percepção entre profissionais de saúde do bacilo como “inimigo” para um bacilo que diz muito mais que a centralidade na doença (ou nas desigualdades sociais). É preciso, sobretudo, ouvir Krenak (2020, p. 81): “É terrível o que está acontecendo [pandemia], mas a sociedade precisa entender que não somos o sal da terra. Temos que abandonar o antropocentrismo; há muita vida além da gente, não fazemos falta na biodiversidade”.

É que Narciso acha feio o que não é espelho. É preciso inaugurar uma outra oficina possível, não espelhada, para que possamos finalmente superar Narciso, pois, com Coccia (2020b, p. 30, tradução nossa),

Todos somos corpos que transportam uma incrível quantidade de bactérias, vírus, fungos e outros mais que humanos. 100 milhões de bactérias de 500 a 1000 espécies se instalam em nós. Isto é dez vezes mais que a quantidade de células que compõem nosso corpo. Em resumo, não somos um só ser vivo, mas uma população, uma espécie de zoológico itinerante, uma casa de feras.

Não se trata apenas de “curar” os infectados pelo bacilo de Hansen, mas de reinaugurar uma educação em saúde em que o primeiro passo é a constatação de que somos muitos, em nossos corpos, e o passo seguinte é a especulação das novas implicações antropológicas advindas dessa constatação.

⁵ Remetemo-nos à reflexão de Tsing (2022, p. 70, tradução nossa): “Aprender a conhecer outros organismos constitui, a cada vez, um novo desafio para a antropologia. E, portanto, nós sabemos o que fazer: sabemos como aprender sobre os processos sociais, sobre os lugares e sobre os que ali vivem. Trata-se apenas de alargar nosso repertório de ‘pessoas’ que são possíveis de encontrar”.

Para tanto, uma oficina em saúde deve levar em conta (i) o questionamento do que seria humano⁶; (ii) a metamorfose de corpos (iii); o fim do antropocentrismo/excepcionalismo humano copartícipe do bem-estar humano; (iv) a possibilidade de pensar para além do bem da humanidade; (v) o terrestre laturiano; (vi) uma educação mais inclusiva com a agência e os ensinamentos do mais que humano; (vii) o bacilo também como pedagogo. Todos esses pré-requisitos devem ser executados. E, após execução, um novo capítulo deve ser escrito sobre a democratização da educação em saúde, finalmente estendida ao mais que humano.

4 O bacilo de Hansen pode colaborar

Tratou-se aqui de demonstrar como uma oficina em saúde, preocupada com a qualidade de vida de humanos, pouco interage com o bacilo de Hansen. Ao apresentar a hanseníase como um “problema de saúde pública”, reduzindo-a a símbolos em uma chuva de palavras (no estilo Paulo Freire de significar) ou em números representativos (epidemiologia), a oficina teve a intenção de “proteger a humanidade” de mais uma “ameaça” promovendo saúde para humanos. A antropologia médico-especulativa busca reescrever toda a história da oficina ao fazer perceber como o bacilo de Hansen também poderia colaborar. Ela descarta logo de saída a “história da humanidade” para conduzir o campo da saúde à percepção de que o humano também está na história do mundo — Latour (2017) diria, na história dos terrestres (de todos humanos e o mais que humano que habitam a Terra). Pensar a hanseníase como um “mal a ser combatido”, em detrimento da espécie humana, é fazer vista grossa para as interdependências entre o humano e mais que humano neste planeta, pois, como diria Serres (1991, p. 13),

Tirem o mundo em torno das lutas, olhem apenas os conflitos ou os debates, densos de homens, puros de coisas, e obterão o teatro em cima do palco, a maior parte das nossas narrativas e das filosofias, a história e a totalidade das ciências sociais: o espetáculo interessante que chamamos cultural. Quem alguma vez disse onde lutam o senhor e o escravo? Nossa cultura tem horror do mundo.

A história da hanseníase precisa ser recontada pelo mundo em conexão. Ela não pode ser reservada a “problemas” isolados de humanos: preservação de uma única espécie, reparação de estigma social como conflito de humanos acometidos de hanseníase ou aporte de biossegurança para humanos, em detrimento do mundo.

Referências

ANDRADE, R. *Por uma abordagem antropológica da hanseníase entre usuários e profissionais de saúde*. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2022.

BECHLER, R. G. Hansen versus Neisser: controvérsias científicas na ‘descoberta’ do bacilo da lepra. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 19, n. 3, p. 815-841, 2012.

⁶ Donna Haraway (2022, p. 10) discorre: “Ser um é sempre *devir com* muitos. Algumas dessas biotas pessoais microscópicas são perigosas para o eu que escreve esta frase; por ora, elas são mantidas sob controle pelas medidas da sinfonia coordenada de todas as outras, células humanas ou não, que tornam possível o eu consciente. Adoro o fato de que, quando ‘eu’ morrer, todos esses simbioses benignos e perigosos tomarão e usarão o que restar do ‘meu’ corpo, nem que seja só por um tempo, já que ‘nós’ somos necessários uns aos outros em tempo real”.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, n. 4, v. 49, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional*. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Guia prático sobre a hanseníase*. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2439/2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico de Hanseníase*, Brasília, DF, número especial, 2021.

CABRAL, D. *Leprosy: medicine and politics in Brazil (1984-1934)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

COCCIA, E. El virus es una fuerza anárquica de metamorfoses. *Philosophie Magazine*, n. 139, p. 25-31, maio 2020b. Disponível em: <https://www.philomag.com/articles/emanuele-coccia-le-virus-est-une-force-anarchique-de-metamorphose>. Acesso em: abr. 2022.

COCCIA, E. *Metamorfoses*. Rio de Janeiro: Dantes Editora, 2020a.

COHEN, S. *Folk devils and moral panics*. Nova York: Routledge Classics, 2011.

EIDTE, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 76-88, 2004.

ÊXODO. *In: A BÍBLIA: tradução ecumênica*. São Paulo: Paulinas, 2000.

FELIPE, P. Refletindo diferenças: virada ontológica e questões etnográficas. *Cadernos de Campo*, v. 30, n. 2, p. 1-24, 2021.

FERLA, A. A.; OLIVEIRA, P. T. R.; LEMOS, F. C. S. Medicina e hospital. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23, p. 487-500, 2011.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

HARAWAY, D. *Quando as espécies se encontram*. São Paulo: UBU Editora, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo populacional*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

LATOUR, B. *Où atterrir? Comment s'orienter en politique*. Paris: La Découverte, 2017.

LIMA, A. C. de S.; CASTRO, J. P. M. Notas para uma abordagem antropológica da(s) política(s) pública(s). *Revista Antropológicas*, v. 26, n. 2, p. 17-54, 2015.

KRENAK, A. *A vida não é útil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

MATTOS, C. A abordagem etnográfica na investigação científica. In: MATTOS, C.; CASTRO, P. (org.). *Etnografia e educação: conceitos e usos*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 49-83.

McCALLUM, C.; ROHDEN, F.; GRUDZIDSK, R. Hegemonia biomédica e pluralismo ontológico no Brasil. p. 8-240. In: McCLUM, C. *Corpo e saúde na mira da antropologia: ontologias, práticas, traduções*. Salvador: EDUFBA: ABA, 2015.

SCHWEICKARDT, J. C.; XEREZ, L. M. D. A hanseníase no Amazonas: política e institucionalização de uma doença. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 22, p. 1141-1156, 2015.

SEGATA, J. Covid-19: biossegurança e antropologia. *Horizontes antropológicos*, ano 26, n. 57, p. 275-313, 2020.

SEGATA, J. El mosquito-oráculo y otras tecnologías. *Tabula Rasa: Revista de Humanidades*, v. 32, p. 103-125, 2019.

SERRES, M. *O contrato natural*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

THOMAS, L. Preface. In: MARGULIS, L.; SAGAN, D. *L'univers bactériel*. Paris: Seuil, 2002.

TONIOL, R. Poliqueixosos, seus meridianos e seus cérebros: controvérsias sobre o emprego de procedimentos terapêuticos para o tratamento da dor em um ambulatório de Porto Alegre. In: McCALLUM, C.; ROHDEN, F. (org.). *Corpo e saúde na mira da antropologia: ontologias, práticas, traduções*. Salvador: EDUFBA: ABA, 2015. p. 277-230.

TSING, A. *Proliférations*. Paris: Wilproject, 2022.

VIANNA, L. O que pode uma ontologia demente: vitalizando materiais produtores de humanos em uma etnografia sobre a doença de Alzheimer. In: McCALLUM, C.; ROHDEN, F. (org.). *Corpo e saúde na mira da antropologia: ontologias, práticas, traduções*. Salvador: EDUFBA: ABA, 2015. p. 301-322.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Towards Zero Leprosy. Global Leprosy (Hansen's Disease) Strategy 2021-2030. *Regional Office for South-East Asia*, 2021.

Capítulo 7

A Cartografia como Método em Educação em Saúde¹

Nívea Maria Silva Silveira
Alba Beneméríta Alves Vilela
Eliana Amorim de Souza

Este capítulo se propõe a discutir sobre como a cartografia, enquanto uma proposta metodológica de produção de conhecimento, aplica-se à educação em saúde. Para tanto, utiliza as referências filosóficas de Baruch Spinoza, de Gilles Deleuze e de Félix Guattari.

1 Cartografia: um modo de produção de conhecimento

A cartografia é um modo de produção de conhecimento, desenvolvido por Deleuze e Guattari, cuja experimentação se dá em pesquisas de campo, voltadas para o acompanhamento de processos (Kastrup, 2007). Trata-se de um termo próprio da geografia, que se remete à ciência de reprodução gráfica de um determinado território em mapas. No entanto, esse território a ser cartografado diz respeito aos territórios existenciais, que se evidenciam nos processos de contato ao fazer-se e refazer-se no espaço das relações.

O termo cartografia tem sua origem em 1980, quando da edição do livro *Mil Platôs*, no qual Deleuze e Guattari situam-no como um dos princípios do rizoma. Este último, termo original da botânica, foi apropriado pelos autores em questão, a fim de trazer uma imagem do pensamento múltiplo a ser evidenciado. O rizoma é formado de platôs, regiões de multiplicidades e de intensidades conectáveis pelo meio. Ele possui seis princípios, a saber: conexão, heterogeneidade, multiplicidade, ruptura a-significante, cartografia e decalcomania (Deleuze; Guattari, 2011a).

O princípio da conexão imputa ao rizoma a capacidade de conectar qualquer um de seus pontos a outros pontos, desenvolvendo-se em qualquer direção. Na heterogeneidade está contida a ideia de que cadeias biológicas, políticas, econômicas e culturais, por exemplo, são conectadas a modo de codificações diversas. Assim, esse princípio fala das conexões heterogêneas, com o diferente, na diversidade das relações de poder e de sistemas produtores de alterações. Quanto ao princípio da multiplicidade, não há como falar em sujeito e objeto separadamente, mas somente

¹ Este capítulo é parte integrante da tese de doutorado *Produção de subjetividade na formação de conhecimento sobre a hanseníase: contribuições para educação em saúde*, disponível em: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>.

em determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mudem de direção, em que os agenciamentos, enquanto uma produção social, partem da multiplicidade de conexões. Pelo princípio de ruptura a-significante, o rizoma pode ser rompido em qualquer um de seus pontos, porém retoma sua forma segundo uma ou outra de suas linhas. Pode, dessa forma, abrir linhas de fuga, por meio de tensões, por exemplo. O rizoma funciona ainda como um mapa que pode ser cartografado a partir de qualquer ponto de orientação, uma vez que não possui um plano central ou uma estrutura arquitetônica. Segundo o princípio rizomático da cartografia, o rizoma funciona como um mapa aberto, suscetível a transformações constantes, pois é adaptável, reversível e desmontável, tendo como característica marcante o fato de possuir inúmeras entradas. Além disso, não reproduz um inconsciente fechado em si, mas o constrói, por indivíduos ou grupos, bem como por formações. Por fim, o princípio de decalcomania, apesar da nomenclatura, não diz respeito a um decalque no sentido de copiar o original. “O que o decalque reproduz do mapa ou do rizoma são somente os impasses, os bloqueios, os germes de pivô ou os pontos de estruturação” (Deleuze; Guattari, 2011a, p. 32). No decalcamento da estrutura rizomática, pode-se perceber que a estrutura e o padrão da realidade surgem da interação com essa realidade.

É necessário dizer que a cartografia é uma proposta metodológica, uma postura, muito mais do que um método rígido, fechado, uma vez que, “não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*” (Kastrup, 2007, p. 15). Assim, a cartografia vai mostrando o decalque que realidades e processualidades específicas vão construindo. Cartografar significa, portanto, captar a dinamicidade do objeto ao produzir sua realidade, com base em um referencial rizomático e suas conexões livres e de diversas naturezas, a heterogeneidade dessas conexões e toda a cadeia de significados estabelecidos aí, as rupturas e novas conexões, as linhas de fuga, os agenciamentos que produzem a realidade ou as paisagens.

Rolnik (2006) afirma que paisagens psicossociais também podem ser cartografadas. E essa cartografia acompanha e se faz, ao mesmo tempo, em que se desmancham certos mundos, com a perda de sentido, e outros mundos se formam, com o objetivo de expressar novos afetos. A esse movimento, do ponto de vista da cartografia, atribuímos os nomes de desterritorialização e reterritorialização.

É necessário, a esta altura, entender o que é afeto. Para tanto, é preciso recorrer ao filósofo holandês Baruch Spinoza e sua obra *Ética*, publicada, postumamente, em 1677. Para Spinoza (2019), o corpo é uma potência em ato, uma força de existir, um aglomerado de partes duras e moles, um conjunto de átomos, moléculas, tecidos, órgãos que possuem a capacidade de manter-se unidos, regenerar-se e agir em conjunto. Este tem a potência de afetar e ser afetado por outros corpos produzindo afecções ou transformações, pelas quais sua potência de ação pode ser aumentada ou diminuída, expandida ou estrangida. Em suma, pode-se dizer que, na visão de Spinoza, o afeto é a variação da potência de agir de um corpo. Dessa forma, as afecções do corpo correspondem ao corpo que está sendo afetado pelo mundo, por meio do encontro pontual com outros corpos, ou seja, a uma transformação ocorrida por meio de encontros/relações. E, dessas afecções, são produzidos mais afetos.

Spinoza ainda traz três afetos primitivos ou primários, dos quais decorrem todos os demais afetos: o desejo, a alegria e a tristeza. São chamados de primitivos, visto que são imanentes a todos os corpos, e se expressam pelo simples fato de esses corpos existirem. O desejo é a essência do

humano, que se esforça para perseverar em seu ser. Traduz-se nos esforços, apetites e vontades que vão movendo o humano para todos os lados. Em consonância com essa ideia, Deleuze e Guattari (1972) afirmam que o desejo é formado no inconsciente e constitui energia produtiva que impulsiona o sujeito na construção da realidade. Assim, o desejo é entendido na perspectiva da esquizoanálise, uma prática clínica e política desenvolvida por Deleuze e Guattari no livro *O Anti-Édipo*, em 1972, no qual concebem o inconsciente como produtor, um inconsciente chamado de maquinico; e não representativo, como defendido na psicanálise freudiana, na qual o desejo é traduzido em falta.

Retomando a ideia das afecções primárias, a alegria seria, segundo Spinoza (2019, p. 141), “a passagem do homem de uma perfeição menor para uma maior”, enquanto que a tristeza seria “a passagem do homem de uma perfeição maior para uma menor”. A alegria aumenta o desejo e a potência de agir, enquanto que, na tristeza, tem-se o desejo constrangido pelo exterior, que diminui a potência de ação. Amor, ódio, inveja, contentamento, humildade, misericórdia, orgulho, ambição, entre outros, são definidos por Spinoza como afetos oriundos das afecções primárias. Sendo assim, cabe introduzir a ideia defendida por Rolnik (2006) sobre o trabalho do cartógrafo. A autora considera como função de um cartógrafo “dar língua aos afetos, que pedem passagem”, por meio de um exercício de imersão nas intensidades ao seu redor, com atenção às linguagens encontradas para, então, “devorar” (uma vez que o considera um antropófago) as que lhe parecerem possibilidades de composição de cartografias. Dessa forma, o cartógrafo, a fim de exercer sua função, precisa lançar mão de instrumentos que possam auxiliá-lo na função de expressar os afetos, pelos quais os territórios existenciais se compõem e se recompõem, por processos de subjetivação.

Para tanto, é necessário o que Rolnik chama de “corpo vibrátil”, que é explicado com base em uma concepção da neurociência, segundo a qual cada um de nossos órgãos do sentido é portador de uma dupla capacidade — cortical e subcortical. A primeira diz respeito à percepção, pela qual apreendemos o mundo em suas formas e atribuímos sentido a elas. A segunda “nos permite apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob forma de sensações” (Rolnik, 2006, p. 12). Enquanto na primeira delimitamos as figuras de sujeito e objeto, na segunda, essas figuras são dissolvidas, uma vez que o exercício da apreensão da alteridade faz com que o outro se integre à nossa textura sensível, tornando-se parte de nós mesmos. Assim, essa segunda capacidade se atribui o conceito de “corpo vibrátil”.

O território é um agenciamento. O agenciamento é conceituado por Guattari e Rolnik (1996, p. 317) como “noção mais ampla do que a de estrutura, sistema, forma etc. Um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquínica, gnosiológica [sic], imaginária”. Aí está, a propósito, a amplitude do conceito de território.

Para Deleuze e Guattari (2011a), há, ainda, dois agenciamentos, cujos movimentos mútuos, constituem um território: o agenciamento maquinico de corpos (ou de desejo) e o agenciamento coletivo de enunciação. O primeiro se traduz nas relações entre todos os corpos existentes, humanos, animais ou cósmicos. É quando há uma mistura e uma relação desses corpos na sociedade. Os autores exemplificam tal agenciamento, falando acerca da mistura de corpos que constituem a sociedade feudal, como o corpo da terra, o corpo social, do vassalo, do suserano, do estribo, do cavalo, entre outros. É dessas relações, desse agenciamento (território), que a feudalidade se constitui. Já o agenciamento coletivo de enunciação é assim chamado por se constituir dos enunciados, das expressões, da linguagem, dos signos. Os enunciados não se referem a sujeitos, visto que se

produzem, apenas, no *socius*, uma vez que apontam para o compartilhamento de signos, palavras e símbolos. Importante afirmar que os agenciamentos coletivos não são a expressão dos agenciamentos maquínicos dos corpos, apenas há uma relação entre ambos, relação de intervenção mútua, recíproca e não hierárquica (Haesbaert; Bruce, 2002).

Nesse sentido, pode-se territorializar em qualquer coisa na qual se façam os movimentos mútuos de ambos os agenciamentos, como por exemplo em um território constituído em uma tela pintada: as relações entre as tintas, a madeira da tela e o papel, o corpo do pintor, a técnica de pintura, os pincéis etc., são os agenciamentos maquínicos; o enunciado de signos da imagem pintada no quadro seria um agenciamento coletivo de enunciação. Além disso, um território pode, por meio de “linhas de fuga”, abrir-se, sair de seu percurso e até se diluir. Os territórios originais estão sempre se desfazendo, sob influência da divisão social do trabalho, com os sistemas maquínicos que os impulsionam, entre outras questões da realidade.

Um território tem outros dois elementos constituintes: a desterritorialização e a reterritorialização (Guattari; Rolnik, 1996). Uma desterritorialização ocorre, portanto, quando os agenciamentos criam linhas de fuga de um território. Dessa forma, desterritorialização e reterritorialização são movimentos indissociáveis, uma vez que a ocorrência do primeiro requer a criação de novos agenciamentos para a composição de um novo território — uma reterritorialização (Haesbaert; Bruce, 2002). Mas o que é, na visão cartográfica, uma linha de fuga? Para melhor elucidação, é preciso fazer uma menção ao que Deleuze e Guattari (2012b) denominam de agenciamento máquina de guerra. Para os autores, o estado capitalista opera por linhas de integração, as quais integram os indivíduos de uma sociedade, fazendo com que estes se sujeitem socialmente às demandas do capital, ou seja, o estado exerce um agenciamento de poder. Para tanto, o estado capitalista influencia na produção de subjetividade dos indivíduos, por meio de um investimento paranoico, no qual eles são impelidos ao desejo do que lhes falta, o que leva à manutenção de tal sistema e reforça a macropolítica dominante. Porém, quando ocorre o chamado agenciamento máquina de guerra, tais indivíduos “escapam” dessa integração traçando linhas de fuga, o que culmina na produção de uma subjetividade singular, não sujeita às imposições do estado. As linhas de fuga promovem devires.

Nesse ínterim, pode-se introduzir uma breve reflexão sobre o devir. A partir do momento em que os agenciamentos produzem uma desterritorialização e uma nova territorialização, há uma subjetivação, uma nova forma de ser no mundo pelas relações. Deleuze e Parnet (1998) metaforizam o devir utilizando as figuras da orquídea e da vespa. Segundo os autores, na relação estabelecida para a polinização, a vespa passa a ser parte do sistema reprodutor da orquídea. Assim, ambas se tornam algo diferente do que são *a priori*, algo que resulta dessa interação, o “devir-vespa” da orquídea e vice-versa. Assim posto, os devires não são sinônimos de imitação, mas de dupla captura.

Tais autores afirmam, ainda, que os afetos são devires, que podem tanto nos enfraquecer quanto nos tornar mais fortes, a depender do que produzirem: se tristeza (ao diminuir nossa potência de agir e decompor nossas relações) ou alegria (ao aumentar nossa potência e possibilitar uma realidade de um indivíduo mais vasto). O devir acontece nas conexões, em um campo de multiplicidades, no qual os agenciamentos produzem uma transformação, uma forma de individuação por meio de relações, da co-presença. Na relação educativa, por exemplo, pode haver produção de subjetividade, desterritorialização e reterritorialização, expressão de novos afetos, transformações diversas, devires, como logo veremos.

2 Educação em saúde e formação de conhecimento na perspectiva cartográfica

A reflexão aqui proposta parte do entendimento de que a formação de conhecimento é, também, um processo transformador, uma vez que a compreensão de signos é mediada por encontros e por agenciamento de desejo. O vocábulo “signo” guarda uma relação com o ato de aprender, uma vez que todo o processo de conhecimento perpassa pela decifração e interpretação de signos emitidos. Tais signos, contudo, guardam diferenças, detêm diferentes significados e são apreendidos de forma singular. Além disso, essa capacidade de decifrá-los se manifesta por encontros apropriados que vão ocorrendo, produzindo a dinâmica de afetos e desejos (Deleuze; Guattari, 2011b).

Assim, a produção de conhecimento também produz subjetividades, uma vez que, no processo de interpretação de signos, vão-se tecendo agenciamentos² que criam modos de existência, alguns deles autônomos, outros atravessados pelo interesse de mecanismos de poder, que podem ser exercidos pelo estado, ao operar a biopolítica³, ou até por um profissional de saúde que medeia o processo de aprendizagem. No capitalismo, as subjetividades humanas se originam da produção do desejo, fazendo emergir faltas a serem supridas (Deleuze; Guattari, 2012b). Ora, se assim é, os seres humanos podem produzir sua própria subjetividade, com o “escape” dessa integração capitalista, operando por meio do que Deleuze e Guattari (2012b) chamam de linhas de fuga, a partir do investimento do próprio desejo na construção de uma subjetividade singular, não sujeitada. Assim, é adequada a discussão sobre a educação em saúde e formação de conhecimento, dentro de uma perspectiva cartográfica, uma vez que esta considera as relações, os afetos, as linhas do desejo e devires. Para tanto, é conveniente compreender a formação do conhecimento do ponto de vista espinozano, o que contribui com as reflexões sobre o processo educativo, eminentemente relacional.

Para iniciar essa discussão, é necessário discorrer sobre as linhas do desejo, uma vez que o estudo delas é o objeto da cartografia. Tais linhas são três: a linha dura, a linha flexível e a linha de fuga (Deleuze; Parnet, 1998). A linha dura é traçada pelo planejamento geral da vida, ancora-se no porvir, nas obrigações de horário, nas realizações de cada fase do ciclo vital, nos segmentos sociais da família, escola, e nas divisões de classe social, por exemplo. Ela diz respeito aos macrocortes dos segmentos sociais duros. É a linha que conserva, é cômoda e organiza a vida em suas etapas — e em tudo que se espera para cada uma delas — e é aquela do comportamento adequado em cada tempo-espaço (Deleuze; Parnet, 1998). Uma segunda linha é a flexível. Essa é uma linha que se refere ao desejo dos indivíduos, quando este produz microfissuras na realidade da linha dura. Daí ocorre a redistribuição das potências e pode decorrer o não planejado. E, assim sendo, o porvir pode dar lugar a um devir. Para Deleuze e Parnet (1998), essa fissura sobre uma linha dura ocorre de forma imperceptível, secreta. Há uma espécie de questionamento sobre o que está imposto por tal linha. Desse modo, o desejo muda e o que era tolerado não o é mais, o que faz com que fluxos se movam. Por fim, a terceira linha é a linha de fuga, que faz seu traçado quando já houve a microfissura, e o desejo segue a direção que os acontecimentos apontam. Assim, ocorre um devir, simbolizado pela ruptura e surgimento de um novo modo de vida, até então desconhecido e inexistente. A linha de fuga é uma desterritorialização (Deleuze; Parnet, 1998).

² Os agenciamentos, na perspectiva de Deleuze e Guattari (2011b), dão-se por meio das relações entre os diversos corpos e do sistema de signos, enunciados e linguagem. São constitutivos dos territórios subjetivos e sociológicos, enquanto realidades que habitamos, de modo dinâmico, visto que são realidades que vão se modificando pelos próprios agenciamentos. Enfim, um agenciamento é um produtor de novos acontecimentos mediante o desejo.

³ Biopolítica, termo de Foucault (2006), que se traduz numa política sobre a vida, engendrada na era capitalista, com o objetivo de regular os corpos individuais e de torná-los passivos e úteis e, posteriormente, o “corpo-espécie” sobre matérias como natalidade e longevidade, por exemplo, sob a justificativa de manutenção do bem-estar social.

Cartografar tais linhas, no contexto da educação em saúde, significa compreender como as imposições dos macrocortes sociais, duros, podem influenciar nas relações educativas e nos resultados que dela advêm. Perceber as linhas flexíveis e/ou de fuga nesse processo pode fornecer diretrizes importantes para o agenciamento de uma relação educativa em antropologia médico-especulativa que permita a produção de devires que criam um novo modo de viver, mais autônomo e ativo.

Passemos agora à visão espinoziana da formação do conhecimento, a qual considera três gêneros de conhecimento: o primeiro gênero, no qual o conhecimento provém da imaginação; o segundo gênero, no qual está presente a razão e, finalmente, o terceiro gênero, que compreende o conhecimento pela intuição (Spinoza, 2019). Mas antes de elaborar tais conceitos, é preciso compreender a noção de Deus, mente e retomar a noção de corpo. Spinoza (2019) chama de natureza naturante a substância constituída por infinitos atributos, que são as potências da substância. Simplificadamente, é Deus ou Substância ou Natureza, imanente a todas as coisas. É uma potência absoluta de existir, causa de si mesmo e de suas modificações. Tais modificações são compreendidas enquanto natureza naturada que, simplificadamente, são as afecções (modificações) da substância ou corpo e a mente. Para Spinoza (2019), entre os infinitos atributos da Substância, estão os atributos extensão e pensamento. O primeiro produz infinitos corpos (todos os corpos existentes) e o segundo, infinitas ideias ou mentes. Assim, mente e corpo são modos finitos, afecções, dos atributos infinitos de Deus/Substância/Natureza. Todo corpo é constituído por infinitos corpos (no caso do corpo humano, todos os seus órgãos, sangue, células, entre outros) e denominado de indivíduo; e a mente é a ideia do corpo e de suas afecções. Assim, o que se passa com um, reflete no outro. “Se uma coisa aumenta ou diminui, estimula ou refreia a potência de agir de nosso corpo, a ideia dessa coisa aumenta ou diminui, estimula ou refreia a potência de pensar da nossa mente” (Spinoza, 2019, p. 106). Mente e o corpo se esforçam para perseverar em seu ser, esforço que é denominado de desejo. Isso quer dizer que o corpo se esforça para, cada vez mais, afetar e ser afetado, enquanto a mente se esforça para, cada vez mais, conhecer e produzir ideias adequadas (Spinoza, 2019).

No primeiro gênero de conhecimento, no qual todos nascemos, o conhecimento é formado por meio de imagens, daí o termo imaginação. A partir do momento em que o nosso corpo se encontra com outros corpos (físicos ou não), a mente cria uma imagem desse corpo e passa a conhecê-lo por meio dessa imagem ou da imaginação. Nesse ponto, não se conhecem as causas das afecções produzidas pelo encontro dos corpos e esses encontros são totalmente fortuitos. Por isso, a imaginação é tida como uma ideia inadequada. O conhecimento de primeiro gênero é o conhecimento dos signos, as noções universais, nas quais deixam-se de lado as pequenas distinções e organizam-se as coisas pelas semelhanças, agrupadas, ainda que sem a ordem do intelecto. Forma-se por meio de coisas vistas ou lidas, as quais podem ser associadas a outras, por semelhança. Com base nisso, forma-se uma imagem ou opinião (Spinoza, 2019). É desse modo que se reconhecem os objetos e seres ao redor, que se sabe que o fogo queima (mesmo sem saber o porquê), que se criam superstições, que se assimila a cultura da família sem questionamentos, criam-se hábitos nocivos ou não, entre outras coisas. É a criação de uma imagem, da construção de uma opinião sobre algo, pela relação com corpos diversos. Também nesse primeiro gênero, ignora-se que alegria e tristeza (enquanto afetos) são fruto de composição e decomposição de corpos, respectivamente. Assim, aumento ou diminuição da potência de agir se dão quando os corpos que encontramos combinam ou não com a nossa natureza. Ao desconhecer isso, temos apenas a imagem de um corpo exterior

que causa alegria ou tristeza. “A alegria e a tristeza são o próprio desejo ou o apetite, enquanto ele é aumentado ou diminuído, estimulado ou refreado por causas exteriores...” (Spinoza, 2019, p. 138). Dessa afecção são produzidos os denominados afetos-paixões — assim denominados porque são afetos que fazem padecer e não agir —, que fazem amar ou odiar (em sentido spinozano) outros corpos como se esses fossem a causa da alegria ou tristeza experimentada. Daí, deseja-se destruir o que causa a tristeza e conservar o que causa alegria (Spinoza, 2019). Para citar um exemplo, um dependente químico se sente alegre (com a potência aumentada) quando em presença do narcótico, mas triste (com a potência diminuída) quando abstinente. Por imaginar que a causa de alegria ou tristeza é um corpo externo (o narcótico), ele o busca sempre, a fim de manter sua alegria, por meio de um afeto-paixão. A esse tipo de afeto, que não traz o aumento de potência como um todo, apenas de uma de suas partes, Spinoza (2019) chama de excitação.

Importante afirmar que essa é uma experiência individual. Segundo Spinoza:

Homens diferentes podem ser afetados diferentemente por um só e mesmo objeto, e um só e mesmo homem pode, em momentos diferentes, ser afetado diferentemente por um só e mesmo. Além disso, um afeto qualquer só pode ser destruído por um afeto maior, contrário e mais forte que o afeto que se deseja contrapor ou refrear (Spinoza, 2019, p. 162).

Assim, essas concepções se tornam bastante relevantes para as reflexões sobre a educação em saúde, a considerar as singularidades, os afetos-paixões, a associação imaginativa que os indivíduos fazem com relação às afecções do corpo, a necessidade de propiciar a construção de ideias adequadas, em vez de ideias confusas, para o exercício da autonomia.

O segundo gênero do conhecimento, como já referido, envolve a razão e as chamadas noções comuns. “[...] noções comuns e ideias adequadas das propriedades das coisas [...]. A este modo me referirei como razão e conhecimento de segundo gênero” (p. 81). Diferentemente do primeiro gênero, aqui a mente tem a ideia não só das afecções do corpo (para formar imagens e noções universais), por meio dos encontros fortuitos; mas tem, enfim, a ideia da composição e decomposição dos corpos e é capaz, portanto, com essa noção, de organizar tais encontros e compreender o que seria bons e maus encontros, sem associar alegria e tristeza a causas externas, amando-os ou odiando-os, mas agindo com uma certa autorresponsabilidade (Spinoza, 2019). As noções comuns surgem quando há uma compreensão sobre o que há de comum entre um corpo e outro. É compreender a ordem comum e necessária da natureza, a concatenação infinita de causas, que é a origem na capacidade que todos os corpos têm de estabelecer relações (Deleuze, 2002). As noções comuns do segundo gênero do conhecimento guardam uma relação com o que Deleuze e Guattari (2012a) consideram como plano comum de imanência ou plano de consistência, nos quais um corpo pode se compor com outros, o que resulta nas desterritorializações de todos e na produção de novas formas de viver.

Para Spinoza, como o homem faz parte da natureza, é inerente a essa condição seguir a ordem comum a ela. Dessa maneira, quando ele se encontra com corpos que combinam com sua natureza, sua potência fica aumentada (alegria) e o contrário também é verdade, quando se encontra com corpos contrários, a potência é diminuída (tristeza) e a tentativa de adequação requer um gigantesco esforço. Portanto, um corpo pode se compor com qualquer outro, embora esse processo nem sempre resulte em um bom encontro, caso ele não combine com a natureza do primeiro ou o encontro se

dê em uma proporção inadequada. Diante disso, por meio da experimentação, o homem ganha conhecimento para gerenciar os encontros, de modo que eles causem alegria e não tristeza. No segundo gênero, por meio do exercício da razão (e não da imaginação), ele ganha autonomia para escolhas mais úteis para si (Spinoza, 2019). Na prática, compreende-se que o sol se compõe com o homem, mas em uma proporção adequada para não causar mal a este; compreende-se quais comidas e bebidas fazem bem e em que proporção; compreende-se que a prática do autocuidado evitará complicações decorrentes de doenças diversas ou promoverá saúde, de forma inespecífica. O que leva o homem a construir um conhecimento de segundo gênero é a experimentação, a reflexão sobre as causas adequadas das afecções e a geração consequente de um afeto de alegria chamado de contentamento, em que, diferentemente da excitação, que só aumenta a potência de uma parte do corpo (tal como acontece com o abuso de álcool e outras drogas e a glotonaria, por exemplo), há um aumento igualitário da potência de todas as partes do corpo, tal como acontece com a prática da promoção de saúde integral, por exemplo (Spinoza, 2019). Isso denota a autonomia do homem em organizar seus encontros, com base no conhecimento racional, com aquilo que vai promover a sua potência, de forma integral — nesse processo, ele pode renunciar a hábitos nocivos (Deleuze, 2002).

Fica o desafio à prática da educação em saúde, qual seja, compreender como esse processo se dá para cada indivíduo, a fim de levá-lo a ter autonomia para fazer boas escolhas sanitárias, por meio de um exercício racional e ativo; entender como propiciar as experimentações e o contentamento necessários à formação de um conhecimento de segundo gênero, construindo com ele uma corresponsabilidade, geradora de reflexão e autonomia, e uma consequente autorresponsabilidade (que não pode ser confundida com culpabilidade) para a ação e organização dos bons encontros; entender, junto com o indivíduo, porque isso é singular, quais afetos podem se contrapor aos afetos que ele deseja refrear, na direção de uma maior qualidade de vida.

Do exposto inferimos que o próprio encontro com o profissional, na prática educativa, precisa ser um bom encontro, a fim de propiciar uma educação em saúde que seja efetiva. É importante que o profissional possa despertar nas pessoas a criação de um corpo sem órgãos (CsO)⁴, o qual, segundo o referencial de Deleuze e Guattari (2012a), é um corpo por onde passam as intensidades, um corpo ativo e potente, que vai muito além do corpo físico e biológico, do organismo e das limitações impostas por sua condição. Um CsO possui órgãos, só não possui uma organização. O que quer dizer que ele não segue padrões impostos externamente, preestabelecidos, que diz como ele deve pensar e sentir. Disso advém que um CsO pode traçar suas próprias linhas do desejo, agenciar encontros, desterritorializar-se, experimentar devires. Assim, para Deleuze e Guattari (2012a, p. 18), o CsO é “onde o desejo se define como processo de produção, sem referência a qualquer instância exterior, falta que viria torná-lo oco, prazer que viria preenchê-lo”. Em síntese, o CsO é um corpo que deseja, que produz, que tem suas próprias aspirações.

Quando se fala em autonomia, corre-se o risco de escolhas nocivas para a saúde. Para Deleuze e Guattari (2012b), cada linha traz seus ônus ou perigos. Assim, a linha de fuga, por exemplo, pelo seu alto grau de liberdade, pode ser uma linha que se torne destrutiva para os indivíduos, a chamada linha suicidária, a partir do que chamam de paixão de abolição, um desgosto pela vida, pela criação e uma desintensificação do desejo. Para os autores, há que ser ter o que chamam de prudência na experimentação (Deleuze; Parnet, 1988). Uma questão importante ao se discutir educação em

⁴ Termo criado por Artaud, poeta e ator francês, em 1947, para declarar guerra aos órgãos ao afirmar que estes são inúteis e, ao mesmo tempo, que um corpo sem órgãos é o que traz liberdade dos automatismos (Deleuze; Guattari, 2012a).

saúde, vem da ideia de que essa trabalha na perspectiva de construção de conhecimento autônomo, portanto, não impositivo. A formação de um CsO, produtor de linhas de fuga cuja destinação seja a preservação da vida, reforça a ideia da necessidade de considerar esse corpo afetivo tratado até aqui em que as singularidades precisam ser vistas e consideradas no processo educativo, que necessita de uma relação potente o suficiente para produzir saúde, de fato.

O processo educativo, portanto, inicia-se na cartografia de uma realidade rizomática, apreendida pelo corpo vibrátil do profissional de saúde “educador” e na construção de uma realidade, por meio de uma correlação respeitosa e implicada. É, portanto, um “encontro de afetos em ato”, no qual o profissional não percebe o outro apenas como objeto de aplicabilidade da sua clínica, mas como sujeito de construção conjunta de territórios existenciais (Franco; Merhy, 2011). Para tanto, a prática educativa deve subsumir uma lógica relacional, para além do instrumental, a fim de ativar o potencial dos usuários, a partir do próprio desejo de cuidar-se (Franco; Corvino; Galavote, 2011).

Esse encontro singular e a apreensão das aspirações do corpo afetivo, os porquês, as motivações, o movimento das linhas de desejo, devem se desdobrar em respeito à vontade do usuário, mas precisam, por um processo de problematização e afetação mútua, trazer reflexões sobre a prudência na composição das linhas de fuga, a fim de que as escolhas dos indivíduos perpassem pela manutenção da vida.

A esta altura, já se sabe que, do conhecimento de primeiro gênero deriva a imaginação e, do segundo gênero, a razão. Passa-se agora à explanação do terceiro gênero do conhecimento, “que chamaremos de ciência intuitiva. Este gênero parte da ideia adequada da essência formal de certos atributos de Deus para chegar ao conhecimento adequado da essência das coisas” (Spinoza, 2019, p. 81-82). Deus, para Spinoza, não é transcendente, é imanente a todas as coisas. Assim, conhecer a essência do corpo é saber como esse e sua potência se exprimem por meio de sua composição singular. “O terceiro gênero nos vai descobrir a correlação entre a essência de Deus e as essências singulares dos seres reais” (Deleuze, 2002, p. 101). Chega-se ao conhecimento de terceiro gênero, quando já se tem o conhecimento racional (do segundo gênero). Compreende-se que todos são parte do absoluto, portanto não se busca alegria no perecível, mas em Deus/Substância, que é uma potência absoluta de existir de infinitos modos, que já se ama e se alegra em si (ele é a causa de si próprio e de suas afecções). Assim, Spinoza (2019, p. 232) afirma que “do terceiro gênero do conhecimento nasce, necessariamente, o amor intelectual de Deus. [...] Nasce uma alegria que vem acompanhada da ideia de Deus como sua causa...”. E continua: “Deus ama a si mesmo com um amor intelectual infinito” (p. 233). Este amor aqui referido é um amor de terceiro gênero do conhecimento, diferente daquele amor, enquanto afeto-paixão, anteriormente conceituado.

Nesse gênero, o desejo da mente é o esforço para conhecer cada vez mais, de forma intuitiva. Assim, o desejo produz as próprias afecções, experimentando no corpo uma potência absoluta, o que seria uma experiência de eternidade, em que não há ruptura entre o segundo e o terceiro gênero, mas uma passagem de um para o outro (Deleuze, 2002). O terceiro gênero não trata apenas de compreender as similaridades e discordâncias, as ordens comuns das coisas, mas também de compreender Deus nas coisas, a imanência da Natureza naturante, já que essa é substância e causa, na natureza naturada, que é efeito e modo. Há, portanto, uma imanência mútua (Deleuze, 2002).

Culturalmente falando, a intuição é tida como algo sobrenatural. Porém, na visão de Spinoza, a intuição está para além da razão, porém não se trata de um conhecimento sobrenatural, mas de

um conhecimento da própria essência — que é singular — enquanto expressão da essência da Substância, que é a causa primeira de todas as coisas. O conhecimento de terceiro gênero vai além da universalidade da razão e chega à singularidade das coisas, do que inferimos, portanto, que o conhecimento de terceiro gênero envolve uma visão tipicamente ecológica, ou seja, com ideias adequadas (claras e distintas) de relação entre tudo que existe (entre si e com o meio ambiente). Essa visão traz, segundo Spinoza, uma máxima satisfação e uma grande potência de agir (uma vez que Deus só age e somos a expressão da essência dele). “A nossa mente [...] à medida que tem ideias adequadas, ela necessariamente age; à medida que tem ideias inadequadas, ela necessariamente padece” (Spinoza, 2019, p. 99).

Cabe aqui introduzir a noção do que Spinoza chama de virtude. Para ele, o homem que age por virtude é aquele que age porque compreende, logo tem ideias adequadas e busca o que é útil para si. E esse bem supremo, que é buscar a virtude e dela desfrutar, é comum a todos. O homem dotado de virtude está igualmente dotado de potência para agir pelas leis da natureza e viver sob a condução da razão, o que resulta numa máxima utilidade para todos os homens. Na perspectiva do conhecimento de terceiro gênero, Spinoza (2019, p. 179) diz que “quanto maior conhecimento de Deus a essência da mente envolver, tanto maior será também o grau com que aquele que busca a virtude desejará, para um outro, um bem que apetece para si próprio”. Enfim, inferimos de Spinoza que o conhecimento intuitivo denota empatia e solidariedade, ecologia e preservação.

3 A cartografia como método em educação em saúde

A pesquisa é de natureza qualitativa. Utilizaremos a cartografia como modo de produção de conhecimento, a qual se aplica a pesquisas de campo, cujo foco é o acompanhamento de processos de afecções. Como cenário, está o Centro de Referência (CR) em Hanseníase, da cidade de Vitória da Conquista, no sudoeste baiano, com população de 370.879 habitantes (IBGE, 2022), que volta a atenção para a saúde, levando em conta a prevenção, o diagnóstico, tratamento e monitoramento dos indivíduos com hanseníase do município. O Centro possui uma equipe composta de dermatologista, equipe de enfermagem, fisioterapeuta e farmacêutico. Faz, além das atividades rotineiras de consultas e aplicação do tratamento, atividades educativas de grupo e visitas domiciliares para busca ativa de faltosos e vigilância de contatos (Silveira *et al.*, 2024).

Os informantes do estudo foram usuários do serviço que estavam nas diversas fases de tratamento, que variavam desde a fase inicial até o pós-alta, com alguma necessidade de continuidade no acompanhamento. O método abordado para uma cartografia dos afetos foi o de Jeanne Favret-Saada (2005) “ser afetado”, que consiste, em uma perspectiva cartográfica, na vivência do pesquisador com os informantes do estudo, em que o primeiro deve “ser afetado” dos afetos dos últimos, estando no plano de intensidade. E, para tanto, o registro aqui não se propôs desenvolver análises objetivas, mas descrever o que foi captado no plano intensivo: “Assim, é mais que um simples registro de informações, mas um momento em que o cartógrafo pode, a partir da reflexão da vivência para produzir o registro, explicitar o que, até então, estava em um nível pré-refletido” (Silveira *et al.*, 2024, p. 6). A análise dos resultados se deu por meio do referencial cartográfico, que buscou a articulação entre falas, posturas, práticas e percursos, construindo a cartografia de um mapa rizomático, com a atenção voltada para os afetos e afecções produzidos nas múltiplas e heterogêneas conexões estabelecidas pelos informantes (Silveira *et al.*, 2024).

Com as narrativas, conceitos como *bom encontro* e *mau encontro* em Deleuze e Guattari, e que aplicamos para pensar o contágio pelo bacilo de Hansen, podem ser explorados. Como expusemos em um artigo científico sobre o método empregado:

Todo corpo luta para perseverar em seu ser; logo, o bacilo, em si, não é “mau”, apenas luta por sua sobrevivência ao encontrar organismos propiciadores de sua manutenção biológica. Mas o encontro, este sim, é “mau”. Os corpos dos informantes não se “compõem” com o corpo do bacilo. Ocorre, então, o aparecimento de lesões dermatoneurológicas e possíveis graus de incapacidade. Situações que têm como consequência uma diminuição da potência, expressas pelos sinais, sintomas e complicações que, muitas vezes, se tornam empecilhos às atividades cotidianas (Silveira *et al.*, 2024, p. 9).

Tal constatação contribui com as práticas educativas, de modo a trazer uma compreensão e uma necessidade de singularização desse “mau encontro”, fazendo pensar em qual proporção isso se dá para cada indivíduo, tanto por alterações físicas quanto por ferramentas pessoais e sociais de enfrentamento da situação. Um outro exemplo desse método é a questão das transformações/afecções decorrentes desse encontro. A cartografia do processo demonstra movimentos de desterritorializações e reterritorializações, que se dão pelas conexões estabelecidas, nas quais novos afetos vão sendo expressos. Ainda com Silveira *et al.* (2024, p. 16):

O “mau encontro” inicial com o bacilo de Hansen não é o único a ser observado. A conexão estabelecida com o conhecimento significativo, com as experiências vividas e outros corpos diversos, são “bons encontros”, que podem aumentar a potência de agir, de modo a prover multiplicação e compartilhamento dos saberes construídos, habilitando outros a buscarem auxílio. A prática educativa, assim, deve considerar o potencial multiplicador do processo.

Portanto, o método cartográfico se volta ao itinerário do aumento e da diminuição da potência de agir. É essa potência de agir que deve ser seguida em educação em saúde, sua afecção e conexão. Dito de outro modo, o método cartográfico busca práticas educativas que devem ser a viabilização, nos acometidos, de formação de um conhecimento promotor de aumento de potência, pois, parafraseando Spinoza, um afeto qualquer só pode ser refreado por outro maior.

Uma outra questão que o método cartográfico levanta é a não padronização das intervenções em educação em saúde. A campanha “Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil”, de 1998, é considerada, na literatura, como estigmatizante, por ter ligado a hanseníase à mácula e à sujeira. Para Silveira *et al.* (2024, p. 18),

Não se pode afirmar que tal campanha [...] seja completamente inócua, apenas é importante frisar que, enquanto não houver uma preocupação em compreender o que motiva a cada um, de forma singular, não se chegará ao impacto necessário no núcleo do desejo dos indivíduos. Há que se diversificar as abordagens e desenvolver vínculo.

Em síntese, buscamos, aqui, traçar metodologicamente como uma cartografia das afecções torna-se um instrumental útil para o campo da educação em saúde. E concluímos com Silveira *et al.* (2024, p. 19):

Tais questões são desafiadoras para os profissionais de saúde no que tange à necessidade de problematização do processo de trabalho, de forma a singularizar os que, muitas vezes, são tratados como iguais, a partir dos protocolos instituídos de hanseníase. Isto, paralelo ao investimento no conhecimento científico, na formação e educação permanente, dadas as dificuldades de abordagem diagnóstica.

4 Apostando no acolhimento

Pensar um processo educativo em saúde que cumpra seu propósito transformador requer do profissional muito mais que conhecimento sobre a doença em si, requer habilidades relacionais e intersubjetivas para que se façam apostas no acolhimento. Seguir as potências de agir em jogo entre profissionais de saúde e usuários de saúde, em uma pesquisa qualitativa, é o princípio do método cartográfico. O usuário de saúde hanseniano padece menos de afetos-paixões quanto mais pode agir, sendo tal ação causa adequada de seu tratamento.

Assim, no contexto da educação em saúde e como apontamentos para uma antropologia médico-especulativa, a relação educativa deve visar propiciar ao indivíduo a virtude aqui cartografada, visto que isso tem valor inestimável para que o humano possa viver, e afetar-se em interdependência, com todo o mais que humano no *fazer mundo*.

Referências

- ARRAES-AMORIM, A. K. M.; DIMENSTEIN, M. Implicação e prudência na pesquisa em saúde mental: cartografias do Serviço Residencial Terapêutico. In: DIMENSTEI, M. (org). *Produção do conhecimento, agenciamento e implicação no fazer pesquisa em Psicologia*. Natal: EDUFRN, 2009. p. 191-217.
- CARVALHO, M.; FRANCO, T. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 863-884, 2015.
- DELEUZE, G. *Espinoso: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011a. v. 1.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011b. v. 2.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2012a. v. 3.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2012b. v. 5.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1972.

- DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. *Caderno de Campo*, n. 13, p. 155-161, 2005.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FRANCO, T.; CORVINO, M. P.; GALAVOTE, H. S. L. E. Biopolítica e cuidado de si na promoção da saúde, na saúde suplementar. In: RIBEIRO, C.; FRANCO, T.; LIMA, R.; ANDRADE, C. S. (org.). *Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2011. p. 83-95.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento da La producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, v. 7, n. 11, p. 9-20, 2011.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- HAESBAERT, R.; BRUCE, G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. *GEOgraphia*, v. 4, n. 7, p. 7-22, 2002.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades e estados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
- KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, v. 9, n. 1, p. 15-22, 2007.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Editora Sulina: Editora da UFRGS, 2006.
- SILVEIRA, N.; SOUZA, E.; FERREIRA, P. R.; VILELA, A. Afetos e afecções na formação de conhecimento sobre a hanseníase: contribuições para prática educativa em saúde. *Revista Saúde em Redes*, v. 10, n. 1, p. 1-23, 2024.
- SPINOZA, B. *Ética*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

Capítulo 8

A Clínica Ampliada é uma Clínica de Multiplicidades e não de Intersetorialidade

Katiene Rodrigues Menezes de Azevedo

Tive uma vizinha que conseguia pressentir o aparecimento do arco-íris no céu. Inúmeras vezes, eu a vi sair de casa e olhar para cima apenas para confirmar sua intuição de que os sete arcos coloridos estariam lá, comparecendo ao encontro, especialmente marcado com ela. Quando questionada, ela dizia que apenas o sentia organicamente, como sentimos a respiração, os batimentos cardíacos, os inconvenientes flatos. Os arco-íris, infelizmente, nunca os consegui sentir. Curioso porque, tempos depois, em uma das minhas andanças por hospitais psiquiátricos, um dos “enfermos” que lá estavam afirmava ser “projetista de arco-íris”. Ele, em sua modéstia, identificava-se em arquitetar um dos fenômenos da natureza mais intrigantes, prescindindo de maiores explicações. Ele apenas era. Uns projetam, outros sentem, outros explicam o arco-íris.

Esses casos são úteis para compreendermos a trajetória da ciência moderna, enquanto arcabouço de significação dos fenômenos do mundo. Quando voltamos à história, vemos que os homens, inicialmente, projetavam suas explicações nos mitos e lendas. A lenda indígena dos Kaxinawa, por exemplo, para explicar o arco-íris é belíssima e envolve a frustrada história de amor entre Iaçá e Tupá, filho do deus Tupã. Para os cristãos, em outra via, o arco-íris é um símbolo da promessa do deus Yahweh de que não haveria outro dilúvio. Com o progresso da humanidade (e progresso visto aqui apenas como deslocamento temporal), o homem entra em um período de corporeidade, de uma ciência anatômica, cartográfica, taxonômica, em que todos os sentidos e seres começam a ser dissecados. É o homem que queima na fogueira “em nome de Deus”, que é decapitado em praça pública “em nome do progresso”, que será hipnotizado para sarar sua histeria “em nome do inconsciente”. Essa bifurcação das palavras e do mundo de que trata Latour (2019) é o fermento para a ciência moderna, que, além de codificar esse “reinado da matéria”, emudeceu os fenômenos do mundo imaterial, aqueles dos seres de ficção como a mulher que sente arco-íris.

A ciência moderna é aquela para quem as experiências precisam ser decodificadas. Ainda segundo Latour (2019, p. 197), após privarem de sentido os fenômenos imateriais do mundo, os “bifurcadores” criaram um mundo de “realidades simbólicas”, e assim vimos nascer dessa exclusão das experiências imateriais os símbolos de esoterismo, curandeirismo, misticismo, obscurantismo e

até psicose. Façamos um exercício: se a mulher que sente o arco-íris fosse entrevistada por um grupo de acadêmicos, que alcinha lhe seria dada? E quanto ao projetista de arco-íris? Indubitavelmente, a experiência de ambos não seria acreditada na condição de fenômeno sensorial, mas de uma aberração ou algo sobre o qual não valesse a pena a investigação científica. E aqui surge um dos problemas advindos da ciência moderna: aquilo que não é “explicado” ou será invalidado ou, pior, será patologizado, tanto que o projetista de arco-íris estava em uma instituição psiquiátrica e a mulher que sentia o arco-íris era ridicularizada pelos outros vizinhos, que a viam como uma bruxa desajuizada. Recomendaram-na que procurasse um psiquiatra. E assim nasce a loucura.

Foucault (2019) discutiu extensivamente sobre esse tema — o seu livro *História da Loucura* é de leitura obrigatória para quem atua em saúde mental. A ideia defendida pelo autor de que a segregação é estrutural na formação do conceito da loucura reforça o que Latour (2009) discorre sobre os seres de metamorfose. Vários deles são capturados pelo signo de louco e a etnopsiquiatria é uma tentativa de burlar a invisibilidade desses seres, como cita Latour (2019, p. 165): “os dispositivos terapêuticos foram os únicos que escaparam — na prática, senão na teoria — à negação generalizada dos seres invisíveis”. Uma consequência dessa apropriação é a constatação de que também a ciência moderna ferrou em brasas o que entendemos hodiernamente por loucura. Registros ancestrais da figura do louco, a exemplo da grafia do arcano zero no tarô, que é a “carta do louco”, representam-no como símbolo de recomeço, de liberdade, de uma intempestividade necessária para mudar os ciclos vitais, o que caminha em diametral oposição ao que se reconhece como loucura hoje. E aqui, reforço: onde encontramos os projetistas de arco-íris, se não em sanatórios e manicômios?

E nós, que estamos sob o jugo da ciência moderna, estamos fadados a não sentir? Quais os modos de existência que são legitimados por essa *res extensa*? O que temos mutilado das experiências possíveis para não sermos amputados do rol dos modernos e da ciência baseada em evidências? Souriau (2017) trata da metamorfose, mas na intenção de tornar concreto um projeto virtual de si. É belíssima essa metáfora — de um projeto de si, para o talhar, feito escultura, uma existência cimentada com a experiência (e sentido) pessoal. Para tal, é necessário o que o autor nomeia de eficácia, que consiste nessa tomada de decisão sobre o modo pessoal de existir, feito um pintor que escolhe as cores para pintar sua aquarela. Por fim, a “errabilidade” ou falibilidade da obra é a prova de que forjar um modo pessoal de existência não se configura como sinônimo de existência plena e, menos ainda, de felicidade. Souriau (2017) reforça a importância daquilo que está “inacabado” no mundo, que, em minha compreensão, é tudo aquilo que transgride a lógica sectária moderna. Quanta beleza há nos modos de existência que escapam aos códigos, desde que nos permitamos contemplá-los de fato.

Partindo desse pressuposto de que é necessário “antropofagizar” a experiência do outro como meio de conectar-se, recordo o conceito de transmutação em Latour (2019, p. 163):

E eis do outro lado dessa transformação, tão repentina quanto o começo da crise, ondas de energia nova nos transportam. Mas não é o mesmo *transporte*. É como se tivesse mudado de sinal. De negativo, se tornou positivo. De preto, branco. De mortal, mórbido, criminoso, ele agora é tônico, ativo, inventivo.

Apesar de polimorfa, a transformação se resume na habilidade de cruzamento entre sentidos: sentir o cheiro de uma cor, ouvir um sabor, comer um som. Jamais saberemos quais conexões havia

entre o homem que projetava o arco-íris e a mulher que o conseguia sentir e de que maneira o arco-íris provocava essa comilança. Entretanto, ao cruzar com esses seres de metamorfose, é preciso nos conectar a eles, por meio de um contato de sentidos e de “sentires”. Lembro-me de Savransky (2016) quando trata da complexa interconexão entre todos os seres, mesmo aqueles imateriais, inclusive os fenômenos da natureza, como o arco-íris. É preciso ressaltar o fato de que as existências não estão amparadas apenas nas relações humanas, mas também nas relações entre os homens e as plantas, os bichos, seus móveis... “Ora (direis) ouvir estrelas! Certo perdeste o senso! E eu vos direis, no entanto, que para ouvi-las, muita vez desperto e abro as janelas, pálido de espanto”, apregoava Olavo Bilac (1997), que, assim como minha antiga vizinha, tinha os sentidos burilados pelos astros e seus rastros.

De que maneira, então, a clínica pode se posicionar de modo a não negar os avanços científicos nem os diversos modos de existência que não puderam ser engolfados na moderna ciência e que foram regurgitados com o status de pitoresco? A proposta de amparar-se nas zonas críticas, termo do qual trata Latour, é promissora. A zona crítica não é um ponto de intersecção, como se pensa na lógica interdisciplinar, mas um ponto de fecundação entre os seres na mistura do mundo. Fecundar para gerar um novo, um terceiro elemento, que não é um produto cartesiano da soma das partes. Quando a experiência de vida de alguém que entra em um itinerário terapêutico é vista pela lógica da clínica sob transmutação, não precisa fazer sentido para nós o modo de existência do outro, pois não haverá a necessidade de catalogar suas vivências. É preciso sentir as paletas de cores nas narrativas biográficas, o cheiro das memórias que não são nossas, o gosto das tessituras que a vida dos outros tem. “Direis agora: tresloucado amigo! Que conversas com elas? Que sentido tem o que dizem, quando estão contigo? E eu vos direi: Amai para entendê-las! Pois “só quem ama pode ter ouvido capaz de ouvir e de entender estrelas”. Sorte daqueles que ouvem estrelas e se escondem na poesia.

1 Cataclismo ou abrolhos do cuidado em saúde

O paradoxo advindo das reflexões sobre a clínica ampliada nos remete ao mito do navio de Teseu. Conta a história grega que Teseu, fruto do triângulo amoroso de Edra com Egeu e Poseidon, realizou uma viagem marítima que durou 50 anos. Durante a longa viagem, à medida que as peças de seu navio se deterioravam, Teseu as ia substituindo por outras, para que conseguisse ancorar em seu destino. Todavia, aqui está o paradoxo: após essas mudanças, podemos afirmar que ainda se trata do mesmo navio que partiu de Creta? Quanto essas alterações impactaram na identidade do navio?

Quando, então, nasce a clínica ampliada: qual seria seu ponto de partida? Provavelmente, não teremos essa resposta. Se nos ativermos à etimologia dos termos, “clínica” vem de *kliné*, termo grego que significa “procedimentos de observação direta e minuciosa”. O enxerto da palavra “ampliada” denota um esforço de esgarçar essa observação com novos olhares sobre os processos de cuidado, escapulindo da hegemonia médica sobre o clinicar. Porém, de fato, ampliamos o olhar sobre o processo de cuidado ou apenas construímos novos sarcófagos em que cada “área do saber” embalsamou seu conhecimento e práxis?

Imaginemos a seguinte cena: um determinado sujeito procura uma unidade de saúde para queixar-se de uma dor na cabeça. De cada ouvido que recebe sua queixa, um novo sentido é dado a ela — e sentido aqui não apenas como significação, mas caminho para onde sua prescrição será direcionada. Do médico, virão a receita de um analgésico e a solicitação de um exame de ressonância

de crânio. Do enfermeiro, chegará a orientação de buscar a unidade de saúde três vezes por semana para aferir a pressão e “garantir que está tudo bem”. O farmacêutico lhe dirá para tomar o remédio corretamente e não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento. O educador físico, por fim, recomendará atividades físicas regulares para uma vida com mais “qualidade”. Vê-se que essa busca de unidade, que é reforçada pelo nome dado ao serviço de saúde, é uma pseudologia. A unidade, como afirma Deleuze e Guattari (2019, p. 6), “opera no seio de uma dimensão vazia suplementar àquela do sistema considerado”, gerando uma “sobrecodificação” que, como fica evidente no caso mencionado, não consegue contemplar os sentidos dados pelo próprio sujeito para seu devir. Não é possível ajudar o queixante, pois ele não é de fato escutado. Seu discurso é sobrecodificado com base nos pontos, e não pelas linhas de cuidado.

A clínica ampliada deveria ser uma clínica de multiplicidades e não de intersetorialidade. A multiplicidade contempla um “plano de consistência” que tece em uma rede rizomática não apenas o que as linhas têm em comum, mas também, como em um belo bordado, aquilo que escapa a cada linha, aquilo que “muda de natureza ao se conectar à outra” (Deleuze; Guattari, 2019, p. 6). A intersetorialidade, ao contrário, baseia-se apenas no que é comum, nas intersecções dos discursos, que, como explicitado acima, esquarteja o sujeito em diversas partes, para, no fim, como em um trabalho de Sísifo, buscar unir todas as partes em uma única prescrição.

Falamos de prescrição no sentido de ordenamento, de orientação, prática tão cara às atividades médicas e afins. A prescrição se ampara não apenas no furor curandis do prescritor ou do narcisismo que inebria alguns profissionais da saúde, mas também na noção hodierna de que o discurso da Saúde dita, como profetizou Nietzsche, as tomadas de decisões cotidianas do cidadão moderno. Se há um mercado de venda de prescrições e ditames do melhor viver e todo um cenário de consumo para o *wellness*¹, é porque há compradores ávidos por quem lhes diga como viver. E esse é o adubo para uma clínica cada vez mais sectária, em que se ampliam as possibilidades de intervenção no problema, que, na maioria das vezes, é codificado por diversos diagnósticos possíveis, exceto por compreender se há, de fato, um problema. Cito como exemplo o diagnóstico de “pobreza extrema”, que recebe o número Z79.5 na 10ª versão do Código Internacional de Doenças (CID 10). Quando alguém recebe esse diagnóstico, não está implícito que o problema é dele, visto ser ele o “portador” do diagnóstico? Naufraga, assim, o sujeito na solidão que é receber um diagnóstico. Ao dar o diagnóstico, o profissional de saúde transfere ao sujeito que o recebe a responsabilidade por seu problema que agora foi nomeado: aquela sua dor de cabeça, na verdade, é uma “cefaleia tensional”. O senhor precisa mudar de vida ou nada poderemos fazer pelo senhor. Afinal, quem faz o quê, por quem e para quê?

De que maneira, então, construir uma clínica, de fato, ampliada? Quiçá por meio das “comunicações transversais” de que trata Deleuze e Guattari (2019, p. 7): “um rizoma que opera imediatamente no heterogêneo e salta de uma linha já diferenciada a uma outra, uma evolução a-paralela”. É um processo em que paciente e clínico se encontrariam, de fato, para uma confluência de devires, em que ambos seriam atravessados pela experiência. É preciso sair da lógica unidirecional do diagnóstico e da prescrição, criando um campo de convergência na experiência do ato clínico. Para tal, é preciso que o clínico desterritorialize-se de seu saber seguro, permitindo-se ser invadido pela experiência do outro, ainda que, para tal, assuma-se vulnerável e igual em mimese.

¹ *Wellness*: além da tradução literal do termo em inglês, que significa “bem-estar”, tem denotado um amplo mercado de consumo de bens relacionados, como massagens, diárias em spas, retiros espirituais e fomento às atividades físicas. Disponível em: <https://ginast.com.br/blog/o-que-e-wellness-conceito/>. Acesso em: 26 mar. 2021 às 22:43h).

Retornando ao Navio de Teseu, o leitor deve estar se perguntando: onde está a confluência entre o mito grego e a problemática desse texto? E eu respondo: a medicina (representando aqui o ato de cuidar) ainda é a mesma quando consideramos sua *ontogênese*, visto que se deslocou da arte de curar para a arte de diagnosticar (Nathan; Stengers, 2012). As peças do ato de cuidar foram e são tão transmutadas que é difícil compreender que ainda se trata da medicina hipocrática ou dos pajés, curandeiros e dos médicos da família dos séculos passados. Seria a clínica ampliada a cartada final para “humanizar” o Frankenstein em que a medicina e demais áreas de saúde se tornaram, tentando unir em um único discurso aquilo que foi esquartejado pela ciência moderna? A que ponto de desfiguração a medicina chegou que se fez mister a criação de uma Política Nacional de Humanização para “capacitar” profissionais de saúde a tratar humanos de maneira humana?

Uma linha de fuga com potencial rizomático é transformar os projetos ou planos terapêuticos em mapas de cuidado, visto que um plano segue uma diretriz cartesiana que define ponto de partida, meios e ponto de chegada, enquanto os mapas tratam de cartografias, as quais sinalizam diversas rotas, inclusive algumas que podem ser desbravadas e construídas pelo próprio sujeito, para sua linha de cuidado — o mapa é a possibilidade de uma performance de “direções movediças” (Deleuze; Guattari, 2019).

A história do cuidado clínico foi forjada nestas direções movediças: o banho de ervas, as sangrias, os gargarejos e infusões, o resguardo, a confissão. Os diagnósticos vinham por uma codificação poética e de múltiplas possibilidades: o mapa astral, a genealogia, o tipo físico, o jogo de búzios, a leitura das runas ou da borra de café. A base do cuidado era rizomática: o vínculo, a aliança pelo encontro, a troca de fluidos. Com o advento da modernidade (líquida, citando Bauman), o animismo se perdeu e aquilo que não tem evidências ou não pôde ser “cientificamente comprovado” foi renegado ao plano das crendices e superstições: o mundo foi “desencantado pela ciência”, como afirma Stengers (2017). Para que a clínica ampliada alcance o status de prática rizomática, valorizando as conexões e não as intersecções, será necessário certo grau de anarquia, por meio do agenciamento das multiplicidades, daquilo que escapa à medicina baseada em evidências. O efeito placebo e os transtornos psicossomáticos, por exemplo, são a tentativa de capturar pelo código médico os fenômenos anímicos. É preciso explicar o fenômeno, pois é ameaçador à ciência simplesmente aceitá-lo. A cura já não é o ponto orgasmático do ato de cuidar, mas a explicação para a moléstia mediante o diagnóstico: não é obrigação da ciência moderna resolver o problema, o que se espera dela é a teorização sobre ele. A ferrugem incomoda as treliças da ciência nesse navio de Teseu; o aço duro, mas reluzente, é o que magnetiza e denota o que é moderno.

De que maneira, então, é possível reativar o real sentido do cuidado na clínica ampliada? Da “vontade de acreditar”, de que trata William James, citado por Stengers (2017). Ao acolhermos alguém em sofrimento, qualquer que seja, que de fato busquemos nos conectar, acreditando que a experiência do outro é a seiva rizomática para nossa própria experiência, e que esse encontro seja o pólen que ao outro inspira para a feitura de sua própria cartografia, sempre germinado por outros.

2 Por um fazer clínico ampliado

Para alcançar a ampliação dos olhares sobre o fazer clínico, é preciso mais que a transdisciplinaridade. É fundamental que os atores envolvidos sejam atravessados pela capacidade de singularizar a experiência humana e mais que humana em antropologia médico-especulativa,

fugindo, porém, da lógica solipsista que atordoa o *Homo psychologicus* contemporâneo (Cohen, 1971). A antropologia médico-especulativa vem alertar sobre a necessidade urgente de descentralizar o homem no cuidado em saúde ao compreender que ele faz parte da mistura do mundo (Coccia, 2018). Com a compreensão da multiplicidade, é possível ampliar a clínica.

Para atingir a profundidade reflexiva contra-hegemônica necessária para esse fazer clínico ampliado, a antropologia médico-especulativa, aplicada aos espaços de saúde, é fundamental, por promover a mistura do humano com o mais que humano, à primeira vista transgressora à ideia tradicional de saúde como retomada da normalidade/normatividade, que permitem e legitimam outras maneiras de codificar os ditos processos de adoecimento e de tratamento, em igual medida.

Por fim, o capítulo aqui apresentado visou ilustrar a potência transformadora que o contato com a antropologia médico-especulativa tem dentro do espaço acadêmico da universidade e mostrar que as intervenções necessárias para vivenciarmos a clínica ampliada nos espaços de saúde iniciam ainda no contato com o mundo. Esse seria, a nosso ver, o início do rizoma que culminará em uma clínica de fato ampliada, em que médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e profissionais correlatos perceberiam que não estão sozinhos neste planeta.

Referências

- BILAC, O. *Soneto via láctea in poesias*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- COCCIA, E. *A vida das plantas: uma metafísica da mistura*. Florianópolis: Cultura e Barbárie, 2018.
- COHEN, J. *Homo Psychologicus*. Londres: George Allen e Unwin Ltd., 1971.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs*. São Paulo: Editora 34, 2019. v. 1.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- LATOUR, B. *Investigação sobre os modos de existência: uma antropologia dos modernos*. Petrópolis: Vozes, 2019.
- LATOUR, B.; WEIBEL, P. (org.) *Critical zones: the science and politics of landing on Earth*. Karlsruhe: ZKM, 2020.
- NATHAN, T.; STENGERS, I. *Médecins et sorciers*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/La découverte, 2012.
- SAVRANSKY, M. *The adventure of relevance. An Ethics of Social Inquiry*. London: Palgrave MacMillan, 2016.
- STENGERS, Isabelle. Reativar o animismo. Trad. Jamille Pinheiro Dias. *Caderno de Leituras*, Belo Horizonte: Chão de Feira, n. 62, p. 1-15, maio 2017.
- SOURIAU, E. *Los diferentes modos de existencia*. Buenos Aires: Cactus, 2017.

Capítulo 9

Especulando Escalas em Pesquisas sobre Saúde Mental

Alex Viana de Araújo
Edi Cristina Manfroi

Este capítulo está voltado para a especulação sobre o método de escalas em pesquisas no campo da saúde mental, centralizando-se na pesquisa desenvolvida em psicologia da saúde *Indicadores de saúde mental, de satisfação no trabalho e de gestão de pessoas: um estudo com servidores públicos de Instituição de Ensino Superior*, uma dissertação de mestrado defendida em 2023, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Federal da Bahia (PPGPS/UFBA), por Alex Viana, um dos coautores deste capítulo. A dissertação buscou identificar as relações entre indicadores de saúde mental (afetividade negativa), de síndrome de Burnout, de satisfação no trabalho e de política de gestão de pessoas, de modo a propor um modelo explicativo via tabulação de escalas, tendo como escopo questionários *on-line* respondidos por servidores do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), num total de 180 servidores públicos federais, entre docentes e técnicos administrativos.

Na pesquisa, foram utilizados instrumentos multidimensionais: Escala de Satisfação no Trabalho (EST), *Maslach Burnout Inventory* (MBI), Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21), Escala de Práticas de Gestão de Pessoas (EPGP Pública), bem como variáveis sociolaborais. Por saúde mental entende-se não somente a ausência de transtornos mentais, mas também o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa, entre outros aspectos centrados no humano. O resultado do trabalho é que, por meio de “números representativos em escalas”, verificou-se que os assuntos mais abordados que afetam os servidores em suas condições de saúde mental estão relacionados à produtividade, aos transtornos mentais comuns e severos, além da síndrome de Burnout.

Poderíamos dar continuidade ao método de escalonação por números representativos¹ na pesquisa aqui citada, mas buscaremos um outro exercício, mais especulativo. Propomos seguir Anna Tsing (2022, p. 85), autora que se debruça em analisar o método escalar:

¹ Sobre a simplificação por números representativos, Whitehead (2006, p. 35-36) discorre: “Suponhamos uma projeção de nossa imaginação em direção ao passado de muitos milhares de anos e empenhamos em perceber a simplicidade até mesmo dos maiores intelectos em meio àquelas antigas sociedades. As ideias abstratas que para nós são imediatamente evidentes devem ter sido, para eles, tema somente da mais obscura apreensão. Por exemplo, tomemos a questão do número. Pensamos no número ‘cinco’ como

Nós temos um problema com escalas. Uma profusão de histórias não pode ser resumida de maneira organizada. Suas escalas não se encaixam perfeitamente; elas chamam atenção para temporalidades e geografias interrompidas. Essas interrupções suscitam mais histórias. Esse é o poder de profusão de histórias como ciência. No entanto, são justamente essas interrupções que extrapolam os limites da maior parte da ciência moderna, que costuma demandar a possibilidade de expansão infinita sem alterar o enquadramento da pesquisa. As artes de notar são consideradas arcaicas por serem incapazes de “escalar” dessa maneira. A capacidade de fazer com que o enquadramento de uma pesquisa se aplique a escalas maiores sem alterar as questões da pesquisa tornou-se uma marca do conhecimento moderno.

Especular sobre escalas em pesquisas sobre saúde mental nos traz para uma reorientação do escalonar, não voltada para o enquadramento de servidores públicos em questões de pesquisas pré-estabelecidas, mas para a abertura de outras histórias que são contadas após a aplicação de um questionário escalonar. Ainda com Tsing (2020, p. 86):

A expectativa de expansão não se limita à ciência. O próprio progresso tem sido frequentemente definido por sua capacidade de fazer projetos se expandirem sem mudar suas premissas de enquadramento. Essa qualidade se chama “escalabilidade”. O termo é um pouco confuso, porque pode ser interpretado como “passível de ser discutido em termos de escala”. No entanto, projetos escaláveis ou não podem ser discutidos em relação a sua escala.

É preciso buscar o que não se escalona em pesquisa sobre saúde mental, fora dos questionários e das perguntas “semiestruturadas”, de modo a recuperar histórias contadas após aplicação de instrumentos multidimensionais. Para Tsing (2020, p. 86),

A escalabilidade é a capacidade de um projeto de alterar escalas suavemente, sem qualquer mudança na sua abordagem. Um negócio escalável, por exemplo, não altera sua organização à medida que se expande. Isso só é possível se as relações de negócio não forem transformadoras, mudando os negócios à medida que novas relações acontecem. Da mesma forma, um projeto de pesquisa escalável aceita apenas dados que se encaixam na tabela de pesquisa. A escalabilidade exige que os elementos do projeto sejam alheios às indeterminações do encontro; é assim que eles permitem uma expansão fluida. Assim, também, a escalabilidade afasta a diversidade significativa, isto é, a diversidade que pode mudar a ordem das coisas.

As escalas, como algo demandado para garantir credibilidade, são veneradas em alguns setores da sociedade, como nas universidades, nas indústrias e nas agências de regulamentação (Chibeni, 2006). Isso posto, o que propomos aqui, é a necessidade de fazer pontes trazendo toda a relação humano e mais que humano em um projeto de pesquisa sobre saúde mental. Stengers (2017), inspirada em Eduardo Viveiros de Castro, sugere a necessidade de descolonizar o pensamento quanto ao modo de produzir ciência, de forma a fugir da crença inabalável do saber científico moderno, que está focada em traduzir tudo em conhecimento racional e objetivo, como é o exemplo do escalável.

ligado a determinados grupos de qualquer entidade — a cinco peixes, cinco crianças, cinco maçãs, cinco dias. Sendo assim, ao considerar as relações do número ‘cinco’ com o número ‘três’, estamos pensando em dois grupos de coisas, um com cinco membros e outro com três membros. Mas estamos unicamente abstraindo com base em cada ponderação de cada entidade particular ou ainda de cada tipo particular de entidade, que determinará a pertença a esse ou àquele grupo. Estamos pensando meramente nas relações entre os dois grupos que são inteiramente independentes das essências individuais de qualquer um dos membros de cada grupo. Isso é uma capacidade de abstração muito notável; e deve ter levado gerações para que a raça humana promova isso”.

Assim, é preciso ampliar a visão de mundo e reunir múltiplos universos, que podem ser representados pelas misturas infinitas do humano e do mais que humano, sendo possível mesclar tudo em um contraste ativo graças à capacidade de estabelecer resoluções com opiniões divergentes não escaláveis (Stengers, 2017). É preciso compreender que o mundo externo tem a capacidade de contaminar o pensamento inovando a ciência. Logo, para melhor compreender um fenômeno, a pesquisa científica precisa perder sua tradição moderna, reducionista e racional (aplicação e generalização de conceitos) de maneira a valorizar a experiência, abrindo espaço para a multiplicidade no mundo. E Tsing (2020, p. 86) continua:

A escalabilidade não é uma característica comum da natureza. Tornar projetos escaláveis exige muito trabalho. Mesmo depois desse trabalho, ainda haverá interações entre elementos escaláveis e não escaláveis de um projeto. Contudo, [...] a conexão entre a ampliação da escala e o avanço da humanidade tem sido tão forte que elementos escaláveis recebem de nós mais atenção. O não escalável se torna um impedimento. É hora de chamar atenção para o não escalável, não apenas como objeto de interesse para descrição, mas também como motivação para produzir teoria.

Mas como pesquisar o não escalável? Pela ruptura com o movimento de atribuir enquadramentos ao investigado. Ora, os instrumentos que constituem o método de escalas, como Escala de Satisfação no Trabalho (EST), *Maslach Burnout Inventory* (MBI), Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21), Escala de Práticas de Gestão de Pessoas (EPGP Pública), bem como as variáveis sociolaborais proporcionaram, como resultado, a inspiração da continuidade em ciência moderna por quatro itinerários básicos: matéria inanimada — mais que humanos silenciados (na composição das escalas na pesquisa supracitada, só seres humanos agem, produzem sensações, respondem aos questionários); leis indiscutíveis (enquadramento escalar pouco questionável); universais (o próprio enquadramento) e exteriores (acima de todas as particularidades fora da questão)². Porém, Tsing (2020, p. 93) alerta sobre não descartar a escalabilidade ao citar o exemplo de projetos de precariedade de condições:

O desafio de pensar a partir da precariedade é entender como os projetos de escalabilidade transformam a paisagem e a sociedade, além de ver onde a escalabilidade falha — e onde relações ecológicas e econômicas não escaláveis irrompem. É fundamental observar as trajetórias de escalabilidade e não escalabilidade. Mas seria um grande erro pressupor que a escalabilidade é ruim e que a não escalabilidade é boa. Projetos não escaláveis podem ser tão terríveis em seus efeitos quanto os escaláveis. Madeireiros não regulamentados destroem as florestas mais rapidamente que os silvicultores científicos. A principal característica que distingue os projetos escaláveis dos não escaláveis não é a conduta ética, mas sim o fato de os últimos serem mais diversos, pois não foram articulados para a expansão. Projetos não escaláveis podem ser terríveis ou benignos; eles cobrem esse arco.

Já quando o tema é a pergunta científica, ela deve ser descoberta e respondida, por meio do convívio, das tensões e da compreensão do mundo dos “participantes” humano e mais que humano, o que a qualifica como uma pergunta realmente relevante. Por outro lado, um questionamento elaborado de forma unilateral e imposto em escalas, mesmo que esteja em consonância com o planejamento e a objetividade, pode não responder àquilo que são os anseios dos investigados.

² É Latour (2020) que apresenta em *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno* as quatro técnicas de pesquisa em ciência moderna: matéria inanimada, leis indiscutíveis, universais e exteriores.

Precisamos aproximarmo-nos da perspectiva de Deleuze e Guattari (1995) em que é possível pensar a pesquisa como um rizoma, que seja capaz de relacioná-la com o diverso, fazendo novas conexões e produzindo outras investigações. Nessa perspectiva, os autores nos levam a pensar no projeto de pesquisa de forma descentralizada, ou seja, sem estar preso à metodologia pré-fixada, já que a metodologia deverá ser construída no decorrer do trabalho com os agenciamentos, as relações e tensões que forem surgindo ao longo do percurso. Isso não quer dizer que seja necessário desprezar as escalas, mas estar aberto a outras possibilidades de visão de mundo.

A figura do rizoma pode ser vista como a representação de um progresso na forma de produzir conhecimento inclusivo, principalmente pela sua forma descentralizada, o que difere do modelo atual e hegemônico da ciência moderna, representado pela figura de uma árvore, como base central para obter conhecimento seletivo sobre o mundo. Nesse sentido, Deleuze e Guattari (1995) alegam que, diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda (ele é um sistema não centrado, não hierárquico e não significativo, unicamente definido por uma circulação de estados, sem sujeito nem objeto). Para isso, é preciso estar aberto aos devires, que, no projeto de pesquisa, podem ser entendidos como tudo aquilo que causa tensão no objeto de estudo, territorializando-o, desterritorializando-o e reterritorializando-o, para produzir novas conexões a-significantes que precisam ser investigadas fora das escalas.

Diferentemente, o protocolo de pesquisa em ciência moderna estabelece a necessidade de definição de uma abordagem com o argumento de assegurar a precisão dos conceitos estabelecendo um caminho epistemológico compreendido como “adequado” para atender a concepção de organização do método. Essa postura é contrastada por Latour (2012), que propõe, em vez de tentar definir uma metodologia, encontrar um meio de registrar os vínculos entre escalas de referência instáveis e mutáveis para perseguir as conexões mais sólidas e descobrir padrões mais reveladores. Tais considerações demonstram a distinção entre o modelo alternativo e o método apresentado no projeto de pesquisa embasado na atual concepção de ciência moderna, haja vista que esta, ao estudar saúde mental, busca conceituar o fenômeno com base na concepção pré-definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como forma de padronizar a compreensão via escalas. Entretanto, Latour (2012) demonstra que há uma outra perspectiva para a compreensão de conceitos.

Apesar de o trabalho de pesquisa em saúde mental basear-se no conhecimento, nas observações e nas convicções estabelecidas pelo proponente, é preciso ter cautela com as certezas ou julgamentos prévios. A própria concepção de saúde mental, dada pela ciência moderna, possui suas limitações escalonares, porque a prática profissional em saúde mental está centrada em padrões, em que o método escalonar é sua resolutividade.

1 Com e sem escalas

Até aqui, a discussão permitiu realizar uma reflexão sobre um projeto em saúde mental que privilegiou o método escalonar. Agora, que já conhecemos a necessidade de um método em saúde mental que envolva escalas e o não escalável, será possível apresentar a construção de um novo fazer científico relevante às conexões excluídas pela “delimitação do objeto”.

É preciso levar em conta a multiplicidade de conexões imprevisíveis de sobrecamadas, que acontecem a todo instante, mudando consideravelmente o trajeto da pesquisa, e que podem melhor explicar a natureza das escalas ou a lacuna entre estas. Essa combinação deve oferecer como produto as ações e os programas com foco na qualidade da conexão entre sobrecamadas. Tal característica é necessária para identificar o escalável e o não escalável, lugar onde estão os conflitos, as tensões e as conexões entre os diversos elementos que compõem essas sobrecamadas investigadas.

Para além de uma categoria pré-definida, o pesquisador deve compreender de que modo cada servidor público se conecta com os demais elementos que compõem seus ambientes de convívio, sejam eles: pessoas, plantas, sofás, carros, entre outros, os quais influenciam o seu bem-estar, positiva ou negativamente, pois as conexões que vão guiar o escopo da pesquisa. A investigação deverá seguir as conexões, mesmo quando estas se fizerem com seres “inanimados” que estiverem inter-relacionados com outros elementos modificando a interação com o ambiente.

No projeto de pesquisa, o proponente precisa se comprometer a seguir essas conexões, as quais podem revelar as relações ainda não escalonáveis. Podemos mencionar como exemplo um trabalhador afastado por motivo de saúde que, ao retornar às atividades, deseja resgatar os vínculos que o fazem sentir-se produtivo e cheio de vida. Encontrar esses vínculos e seguir as pistas, para explorar todas as formas de alteração que foram instauradas e que possuem a capacidade de afetar as pessoas, são relevantes para compreender o que pode ou não ser escalonado. Contudo, esse processo deve ser desprendido de concepções que rotulem os achados. Assim, é preciso seguir o que for se conectando na relação humano e mais que humano, sem a pretensão de achar que o homem está no centro dessa teia de inter-relações, na qual ele é apenas um dos mediadores na composição de um emaranhado maior (Latour, 2019).

Mas como é possível? O mais que humano está inter-relacionado com o humano, a fim de modificar o nível de interação com o ambiente. Um exemplo disso é quando o servidor público diz: “essa cadeira está me matando” ou “o computador não colabora”. Essas são situações em que cadeiras e computadores (o mais que humano) interagem com as pessoas e alteram a percepção do indivíduo em seu convívio provocando emoções e sentimentos. É preciso escutar como servidores públicos, em seu trabalho, costumam falar das ações de cadeiras e computadores. Esses dispositivos permitem elaborar o que Latour (2019) chama de “caderno de encargos”, que é visto como um instrumento de anotações que contém todas as formas como as coisas se relacionam, seja com o ambiente, seja com as pessoas, principalmente como elas transmitem sua mensagem. Nesse sentido, para identificar esses vínculos, é preciso reconhecer a existência de um mundo de eventos e de coisas que realmente importam (Savransky, 2016). E a ação de cadeiras e de computadores importa a servidores públicos no Instituto Multidisciplinar de Saúde da UFBA, local de nossa pesquisa.

O quadro 1 apresenta um exemplo do que pode ser escalonado e do que não pode ser escalonado em nossa pesquisa.

Quadro 1 – O escalável e o não escalável em pesquisa sobre saúde mental no trabalho

Etapas do projeto de pesquisa	Escalável	Não escalável
Tema de pesquisa	A categoria saúde mental	Sem categoria <i>a priori</i>
Apresentação e justificativa	O ambiente acadêmico e suas condições de trabalho podem oferecer riscos à saúde psíquica dos servidores.	Não se sabe nada sobre o objeto, sequer se ele permanece conectado. A pesquisa justifica-se pelo desconhecimento prévio da situação.
Problema da pesquisa	Qual a relação entre os indicadores de saúde mental, de satisfação no trabalho e de gestão de pessoas?	Seguir conexões não escaláveis.
Objetivos	Investigar a relação entre indicadores de saúde mental (ansiedade, depressão, estresse e síndrome de burnout), da percepção de satisfação no trabalho e da política de gestão de pessoas para servidores públicos.	Averiguar os vácuos nas conexões; Observar a durabilidade das conexões; Constatar se tais conexões produzem quantidade de não estabilidade e estabilidade conectiva entre servidores e se essa estabilidade perdura.
Revisão da literatura	- Saúde mental abrange o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa, entre outros aspectos. - Satisfação no trabalho está relacionado ao estado emocional positivo da avaliação dos funcionários. - A gestão de pessoas diz respeito a como lidar com os trabalhadores.	Uma descrição das conexões.
Metodologia	Estão previstas análises descritivas e inferenciais, com a utilização do software R, especialmente estudos de comparação e correlação.	Seguir a imprevisibilidade das conexões.
Resultados esperados	Elaborar um relatório técnico com indicadores de saúde mental, de percepção de satisfação no trabalho e da percepção política de gestão de pessoas.	Elaborar ações e programas com foco na imprevisibilidade das conexões entre o humano e mais que humano também no âmbito do não escalonamento.

Fonte: Elaborado pelos autores.

2 Em busca de uma investigação alternativa

Como visto, esse modo de fazer pesquisa busca delimitar a importância do que pode ser escalonado e do que não pode ser escalonado durante o desenvolvimento de pesquisas em saúde mental. Diante disso, essa discussão buscou a ampliação do escopo no escalonamento pelo que não pode ser escalonado. Tal cenário nos faz perceber quanto precisamos nos desprender de uma única métrica. Buscamos, sobretudo, um experimentar alternativo da construção dos projetos de pesquisas que contemple uma investigação com todos os níveis de escalonamento, suas conexões, suas tensões e convivências.

Ao assumir uma postura mais fluida, na qual a metodologia vai se construindo ao longo do processo de pesquisa, o escalonado e o não escalonado ganham sua precisão. Ao pesquisador, basta apenas seguir os rastros deixados por essa metodologia.

Referências

- ARAÚJO, A. *Indicadores de saúde mental, de satisfação no trabalho e de gestão de pessoas: um estudo com servidores públicos de Instituição de Ensino Superior*. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.
- CHIBENI, S. S. Algumas observações sobre o “método científico”. *Notas de Aula*, v. 12, 2006.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs*. São Paulo: Editora 34, 2019. v. 1.
- LATOUR, B. *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno*. São Paulo: UBU Editora, 2020.
- LATOUR, B. *Investigação sobre os modos de existência: uma antropologia dos modernos*. Petrópolis: Vozes, 2019.
- LATOUR, B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Salvador: EDUFBA, 2012.
- LATOUR, B.; WEIBEL, P. (org.) *Critical zones: the science and politics of landing on Earth*. Karlsruhe: ZKM, 2020.
- PASSOS, E. S.; DE JESUS, C. C.; SANTOS, Í. J. S. O problema do Método em René Descartes. *Ponta de Lança: Revista Eletrônica de História, Memória & Cultura*, v. 15, n. 29, p. 277-287, 2021.
- SAVRANSKY, M. *Around the day in eighty worlds: politics of the pluriverse*. Durham: Duke University Press, 2021.
- SAVRANSKY, M. Modes of connection. In: SAVRANSKY, M. *The adventure of relevance. An Ethics of Social Inquiry*. London: Palgrave MacMillan, 2016. p. 121-151.
- SERRES, M. *Tempo de crise: o que a crise financeira trouxe à tona e como reinventar nossa vida e o futuro*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017.
- STENGERS, Isabelle. Reativar o animismo. Trad. Jamille Pinheiro Dias. *Caderno de Leituras*, Belo Horizonte: Chão de Feira, n. 62, p. 1-15, maio 2017.
- TSING, A. *O cogumelo no fim do mundo: sobre a possibilidade de vida nas ruínas do capitalismo*. São Paulo: Edições N-1, 2022.
- WHITEHEAD, A. *A ciência e o mundo moderno*. São Paulo: Paulus, 2006.

Capítulo 10

Saúde Bucal em Populações de Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil

Ricardo de Almeida Souto

Raquel Souza

Adriano Maia dos Santos

O Brasil foi a nação que mais se opôs ao fim do tráfico negreiro, além de ter sido a última nação do continente americano, no ano de 1888, a abolir oficialmente a escravidão, como decorrência de uma necessidade de mudança de mentalidade em favor de um processo de modernização do país, pois durante cerca de três séculos e meio o Brasil foi o destino de aproximadamente cinco milhões de africanos escravizados, condenados, sem ter cometido nenhum crime, e submetidos a sevícias e a trabalhos compulsórios (Gomes, 2019; Arcelo; Gontijo, 2019; Santos; Rebocho, 2019). A historiografia desvela o processo de marginalização, de busca e captura de quilombolas por forças policiais durante muito tempo, até a abolição da escravatura (Florentino; Amantino, 2012).

Para fazer frente a esse processo de escravização negra, surgiram os quilombos, que, ao longo do tempo, foram se ressignificando — uma polissemia de sentidos a eles foi associada (Santos e Rebocho, 2019). Hoje as comunidades de remanescentes de quilombos são também espaços comuns de luta por justiça social e de resistência contra os avanços de empreendimentos neoliberais sobre seus territórios (Bruno; Mattos, 2021; Silva, 2021). A trajetória social e histórica dos remanescentes de quilombos é reconstituída com base nos critérios de autoatribuição e presunção de ancestralidade negra, conforme preceitua a atual legislação do Brasil, pela oralidade, elemento marcante das tradições culturais nos quilombos, entre outras características típicas dos territórios quilombolas (Santos; Rebocho, 2019; Bruno; Mattos, 2021).

A invisibilidade social dos quilombos, gerada no período da escravização, foi mantida no período pós-abolição pela ausência de reconhecimento, etapa fundamental para a elaboração de políticas sociais (Gomes, 2015). O primeiro recenseamento populacional que iria contemplar as comunidades quilombolas estava previsto para ocorrer em 2020, mas foi postergado (Abdala, 2022). Os censos agrícolas permitem reconhecer as comunidades, bairros, povoados, sítios e vilas de populações ribeirinhas, negras, mestiças, pastoris e extrativistas, por exemplo (Gomes, 2015). A implementação de políticas públicas de educação, de saúde, entre outras, voltadas às populações

quilombolas exige entender como trabalhar com a diversidade étnica da população brasileira, o que envolve a necessidade de se refletir sobre o passado marcado pela luta contra a escravidão em uma sociedade escravocrata e o contexto da sociedade atual em que a cultura e o modo de vida dessas populações tradicionais conflitam com interesses hegemônicos (Silva, 2018).

A saúde bucal em comunidades de remanescentes de quilombos em sua maioria é impactada por condições gerais de vida adversas, que caracterizam uma gênese de iniquidades raciais, como menor acesso à assistência social e a serviços de educação e saúde, bem como menores oportunidades de trabalho (Oliveira *et al.*, 2021). Um estudo transversal com idosos no estado de Minas Gerais, no Brasil, demonstrou que a maioria dos participantes da pesquisa se autodeclarou ter cor de pele preta e possuir baixa renda e baixa escolaridade e que 52% apresentavam perdas dentárias; a propósito, a necessidade de utilização de prótese dentária foi identificada em 88% dos idosos (Miranda *et al.*, 2020).

Grupos raciais e étnicos minoritários figuram entre os socialmente mais desfavorecidos e essas desigualdades raciais e étnicas frequentemente espelham condições de saúde bucal mais precárias e persistentes ao longo do tempo, seja em países desenvolvidos seja em países em desenvolvimento, como uma expressão do chamado racismo estrutural (Jamieson, 2021). O impacto do racismo estrutural sobre a saúde bucal nos Estados Unidos da América pode ser observado em uma distribuição desigual de benefícios de saúde bucal do *Medicaid*¹ entre adultos negros e não negros, num contexto histórico de uma iniquidade social enraizada na sociedade, fruto não de diferenças genéticas, mas de políticas e ações que fomentam o racismo estrutural por meio de uma distribuição desigual de recursos, informações e oportunidades entre os grupos raciais (Evans; Smith, 2021; Smith; Wright; Hill, 2021).

O racismo no Brasil é um dos elementos centrais na geração de iniquidades em saúde vivenciadas por mulheres e homens negros, independentemente do nível educacional e de renda, em distintas fases da vida e em todo o território nacional, porém as respostas para o enfrentamento do racismo se mostram insuficientes ou ineficientes, o que gera a necessidade de compreensão do racismo em sua dimensão ideológica, que conforma relações de poder na sociedade e participação nas políticas públicas, como meio de redistribuição de riqueza e de poder existentes (Werneck, 2016). A não compreensão da relação intrínseca entre raça/racismo e ciência por parte de antropólogos e estudiosos de ciência e tecnologia pode contribuir para a camuflagem de desigualdades históricas e contínuas, daí a necessidade de estudos críticos que possam não somente compreender a maneira como o conhecimento científico é baseado em iniquidades raciais, mas também propor novas abordagens de enfrentamento da hierarquização no seio da humanidade que a própria ciência ajudou a construir (Castro; Reis-Castro, 2018).

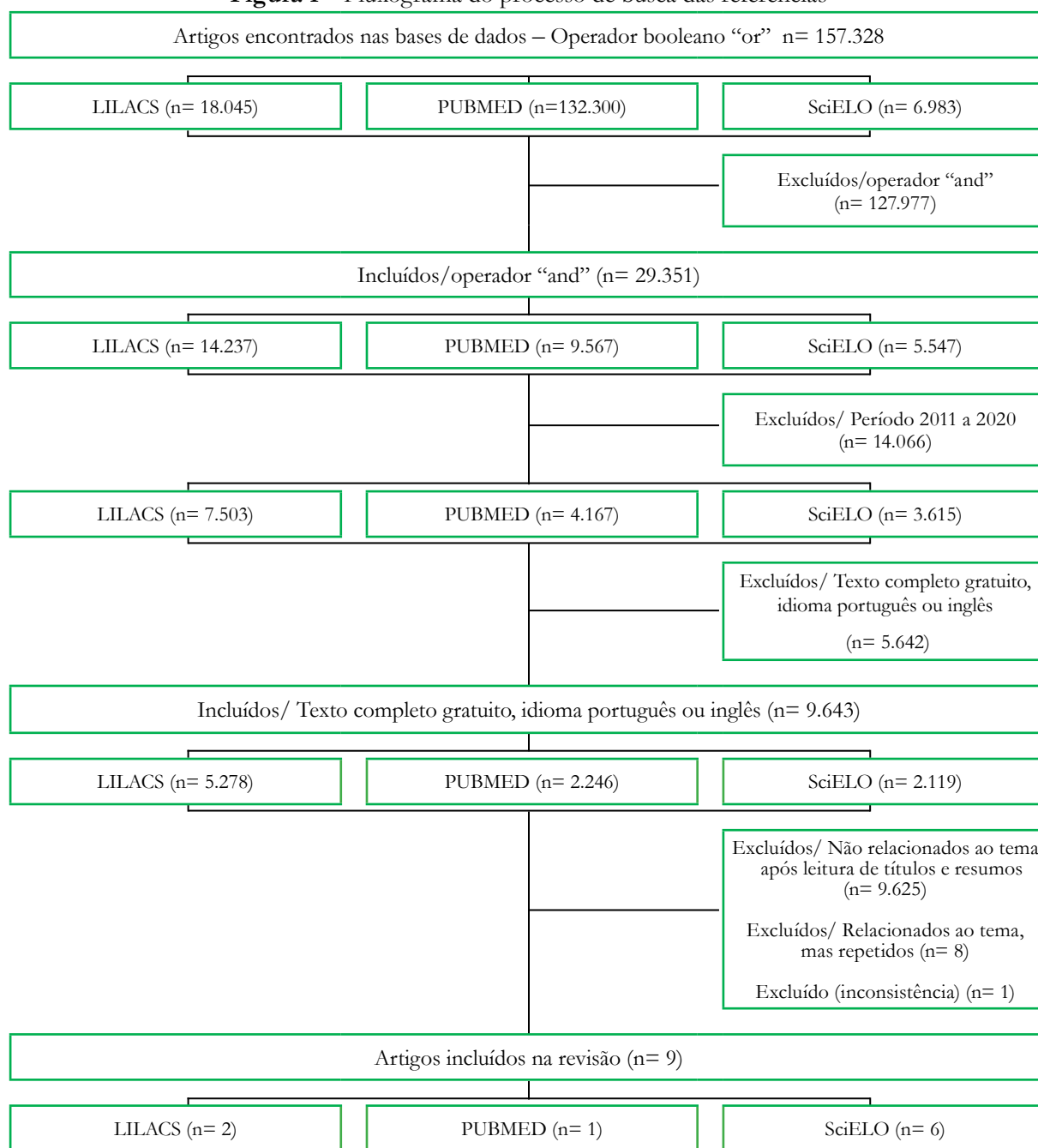
Com o objetivo de analisar as evidências científicas a respeito da saúde bucal de populações de comunidades remanescentes de quilombos no Brasil, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: “Como a saúde bucal de populações de comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) no Brasil é retratada pela produção científica?”

Inicialmente foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos a fim de se verificar a pertinência de inclusão do trabalho com a temática desta revisão integrativa de literatura, isto é, de pesquisas relacionadas à saúde bucal de populações remanescentes de quilombos no Brasil. Das 5.278 referências consultadas na base LILACS 5.269 foram excluídas, por não se relacionarem ao tema, e nove foram incluídas. Na base PUBMED foram excluídas 2.245 dentre 2.246 publicações

¹ O *Medicaid* é um programa social de assistência à saúde que atende pessoas de baixa renda.

e incluída apenas uma referência. Do total de 2.119 referências da base da SciELO foram excluídas 2.111 não relacionadas ao tema desta revisão, duas que se repetiram nessa mesma base e incluídas seis referências. Em seguida, os artigos foram lidos em sua íntegra. No processo final foram incluídas nove referências (figura 1), as repetidas entre diferentes bases de dados foram excluídas e um artigo com inconsistência entre o objetivo e a metodologia também foi excluído. Entre os nove artigos dessa revisão de literatura, sete utilizaram o desenho transversal como metodologia da pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca das referências



Fonte: Elaborada pelos autores.

A análise dos trabalhos desta revisão, realizada por meio de um estudo temático de conteúdo, percorreu as etapas de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação

(Minayo, 2014). Foram identificados “núcleos de sentido” com frequência de aparição nos textos com relação ao objeto de estudo desta pesquisa e os estudos foram categorizados segundo um mesmo núcleo temático (Bardin, 2016). As seguintes categorias temáticas emergiram dessa análise: a) condições de saúde bucal e fatores associados; b) acesso a serviços de saúde bucal e fatores associados; c) autopercepção de saúde bucal e d) hábitos de higiene oral e práticas populares de saúde bucal. Entre os nove artigos, seis apresentaram o objetivo de abordar questões relacionadas a condições de saúde bucal ou a determinado agravo de saúde bucal em populações remanescentes de quilombos (Miranda *et al.*, 2020; Silva; Medeiros, 2020; Sandes; Freitas; Souza, 2018; Souza; Flório, 2014; Araújo *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2011).

Entre os artigos a respeito de condições de saúde bucal ou de determinado agravo de saúde bucal em populações de remanescentes de quilombos, um trabalho estudou condições de saúde bucal em adolescentes (Silva; Medeiros, 2020); uma pesquisa focou na perda dentária autorrelatada de um público quilombola adulto acima de 18 anos (Araújo *et al.*, 2020); dois estudos destacaram as condições de saúde bucal entre idosos quilombolas (Miranda *et al.*, 2020; Sandes; Freitas; Souza, 2018); um trabalho estudou a necessidade de uso de prótese dentária em um público misto composto de crianças, adolescentes e adultos (Silva *et al.*, 2011); e uma pesquisa estudou a prevalência de cáries dentárias e fatores associados entre crianças, adolescentes e adultos quilombolas (Souza; Flório, 2014).

Os principais fatores identificados nos trabalhos desta revisão que foram associados ao acesso a serviços de saúde bucal foram os seguintes: autopercepção de saúde bucal (Sandes; Freitas; Souza, 2018; Silva *et al.*, 2011), localização geográfica (Sandes; Freitas; Souza, 2018), raça/cor (Miranda *et al.*, 2020; Sandes; Freitas; Souza, 2018; Silva *et al.*, 2011), renda (Miranda *et al.*, 2020; Sandes; Freitas; Souza, 2018; Silva *et al.*, 2011), escolaridade (Miranda *et al.*, 2020; Sandes; Freitas; Souza, 2018; Silva *et al.*, 2011), escassa oferta de serviços públicos de saúde bucal (Miranda *et al.*, 2020; Sandes; Freitas; Souza, 2018; Silva *et al.*, 2011), idade (Miranda *et al.*, 2020), estado conjugal (Miranda *et al.*, 2020) e situação laboral (Miranda *et al.*, 2020).

O estudo de autopercepção de condições de saúde bucal e fatores associados foi tema de dois dos nove trabalhos desta revisão (Bidinotto *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2018). Em dois dos nove artigos da revisão, a temática sobre hábitos de higiene oral e práticas populares de saúde bucal em CRQs foi destacada (Souza *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018).

Quadro 1 – Principais aspectos dos estudos incluídos na revisão integrativa de literatura. (continua)

Título	Autor/Ano	Método	Objetivo	Conclusões
Impact of oral health conditions on the quality of life of quilombola and non-quilombola rural adolescents in the countryside of Bahia, Brazil: a cross-sectional study.	Silva e Medeiros (2020).	Estudo analítico e transversal de base populacional	Estimar a prevalência do impacto negativo das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida e identificar fatores associados em adolescentes quilombolas e não quilombolas de uma zona rural do interior da Bahia, Brasil (Silva; Medeiros, 2020).	Entre os não quilombolas houve associação de forma independente à solidão e à ocorrência de dor dentária nos últimos 6 meses. Entre os adolescentes quilombolas a prevalência apresentou associação positiva com a idade, a necessidade de tratamento odontológico, a autoavaliação da saúde bucal como ruim ou péssima e a ocorrência de dor dentária nos últimos 6 meses (Silva; Medeiros, 2020).
Extrações dentárias autorrelatadas e fatores associados em comunidades quilombolas do Semiárido Baiano, em 2016.	Araújo <i>et al.</i> (2020)	Estudo transversal	Estimar a prevalência de extrações dentárias autorrelatadas e analisar os fatores associados em comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia, Brasil (Araújo <i>et al.</i> , 2020).	Associação entre idade dos participantes da pesquisa e extrações dentárias. Chance duas vezes maior de perdas em indivíduos do sexo masculino. Não associação significativa entre as extrações autorrelatadas e as variáveis renda e escolaridade (Araújo <i>et al.</i> , 2020).

(conclusão)

Título	Autor/Ano	Método	Objetivo	Conclusões
Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional.	Miranda <i>et al.</i> (2020).	Estudo analítico e transversal de base populacional	Investigar a condição de saúde bucal, o acesso à assistência a serviços odontológicos e fatores sociodemográficos associados a essa acessibilidade entre idosos rurais quilombolas no norte de Minas Gerais, Brasil conjugal (Miranda <i>et al.</i> , 2020).	Precárias condições de saúde bucal entre idosos quilombolas. Acesso restrito a serviços odontológicos, sobretudo nos idosos de idade mais avançada (Miranda <i>et al.</i> , 2020).
Saúde oral de idosos vivendo em comunidade de descendentes de escravos no Brasil.	Sandes, Freitas e Souza (2018)	Estudo descritivo e transversal de base populacional	Analisar as condições de saúde bucal numa amostra de 669 idosos quilombolas no norte de Minas Gerais, Brasil, e os fatores associados ao acesso a serviços públicos de saúde (Sandes; Freitas; Souza, 2018).	Este estudo revelou que mais de 50% dos idosos eram desdentados, mas apenas 17% usavam próteses dentárias totais (Sandes; Freitas; Souza, 2018).
Autopercepção e práticas de saúde bucal entre idosas negras descendentes de escravos no Brasil.	Souza <i>et al.</i> (2018).	Estudo observacional qualitativo /descritivo	Investigar as percepções sobre saúde bucal, bem como as práticas populares de saúde bucal de 9 mulheres idosas quilombolas de uma comunidade rural do Brasil (Souza <i>et al.</i> , 2018).	Trajetórias de vida associadas a perdas dentárias e uma percepção dessas perdas como algo do envelhecimento natural. Processos terapêuticos de problemas dentários envolvem o emprego de terapias populares (Souza <i>et al.</i> , 2018).
Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados.	Silva <i>et al.</i> (2018).	Estudo transversal, de base populacional	Avaliar hábitos de higiene bucal e fatores socioculturais e ambientais associados, bem como fatores relacionados à utilização de serviços odontológicos entre adolescentes quilombolas e não quilombolas em área rural da Bahia, Brasil (Silva <i>et al.</i> , 2018).	Prevalência na utilização de fio dental e no hábito de escovação não diferiu entre os adolescentes quilombolas e não quilombolas. Hábitos insatisfatórios de higiene bucal foram associados à autopercepção de saúde bucal ruim, muito ruim ou regular (Silva <i>et al.</i> , 2018).
Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório.	Bidinotto <i>et al.</i> (2017).	Estudo transversal de base populacional	Descrever a autopercepção de saúde bucal e verificar fatores associados à saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul, Brasil (Bidinotto <i>et al.</i> , 2017).	Saúde bucal associada à estética e à capacidade mastigatória na população estudada. Perda dentária autorrelatada associada à autopercepção negativa de saúde bucal (Bidinotto <i>et al.</i> , 2017).
Evaluation of the history caries and associated factors among quilombolas in Southeastern Brazil.	Souza e Flório (2014)	Estudo transversal	Estabelecer a prevalência de cáries dentárias e seus fatores associados entre quilombolas no sudeste do Brasil (Souza; Flório, 2014).	Prevalência de cárie dentária associada à escolaridade e à pior autopercepção da saúde bucal na dentição permanente e à necessidade de tratamento na dentição decídua (Souza; Flório, 2014).
Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil.	Silva <i>et al.</i> (2011).	Estudo baseado em exame clínico intrabucal e aplicação de questionário para caracterização sociodemográfica.	Analisar as condições de acesso a serviços de saúde bucal e a necessidade de uso de prótese dental na população quilombola de Santo Antônio do Guaporé, Rondônia, Brasil (Silva <i>et al.</i> , 2011).	Cerca de 50% da população estudada apresentou necessidade de algum tipo de prótese superior e mais de 70% de algum tipo de prótese inferior (Silva <i>et al.</i> , 2011).

Fonte: Elaborado pelos autores.

1 Condições de saúde bucal e fatores associados

Agravos de saúde bucal constituem-se frequentemente em causa de impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, pois geram incapacidade na realização de tarefas habituais como a mastigação, a fala, além de influenciar nas interações sociais e repercutir até nas oportunidades de trabalho (Bulgareli *et al.*, 2018; Rivera-Ramos, 2020). A cárie dentária se revelou prevalente em uma comunidade de remanescentes de quilombos no sudeste do Brasil (Souza; Flório, 2014).

Um impacto negativo na qualidade de vida decorrente das condições de saúde bucal, como dor de dente, foi observado em adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas, com ocorrência semelhante dessas condições entre eles, à exceção da dificuldade para comer, mais presente entre adolescentes quilombolas, e com diferenças nos fatores associados (Silva; Medeiros, 2020). Estudo transversal com 169 adultos de comunidades nativas de *Potsoteni*, *Boca Sanibeni* e *Unión Puerto Asbaninka* no Peru concluiu que 100% apresentavam cárie e que a maioria dos participantes da pesquisa apresentavam mal oclusão, repercussões de cáries não tratadas e precárias condições de higiene oral, o que evidenciou iniquidades na saúde oral (Aquino-Canchar, 2019).

Pesquisa sobre condições de saúde bucal da população de Minas Gerais, no Brasil, identificou uma elevada necessidade de prótese dentária na população decorrente de perda dentária (edentulismo) parcial ou total, especialmente em adultos e idosos na faixa etária de 65 a 74 anos, em que o percentual de 29,6% representou a demanda por próteses totais em ambas as arcadas nessa última faixa de idade (Pinto *et al.*, 2018). Já 82% dos 864 quilombolas participantes de um estudo transversal também no Brasil informaram ter extraído pelo menos uma unidade dentária (Araújo *et al.*, 2020).

A perda dentária, que impacta negativamente a saúde bucal, pode representar um marcador da iniquidade social entre grupos sociais, por relacionar-se a situações de vulnerabilidade, observadas em sujeitos de baixo nível socioeconômico, notadamente vivenciadas por indivíduos pretos e pardos (Araújo *et al.*, 2020). Estudo transversal sobre a prevalência autorreferida de edentulismo total entre idosos com 60 anos ou mais de idade identificou essa condição em 46,4% dos participantes, entre os quais a maioria é do sexo feminino, com idade igual ou acima de 80 anos, de não alfabetizados e renda igual ou menor que 4 salários-mínimos (Maia *et al.*, 2020). O edentulismo total em idosos não pode ser naturalizado e nem simplificado como uma consequência do envelhecimento biológico e da idade avançada, pois observa-se sua prevalência nos estratos da sociedade com menor renda e baixa escolaridade (Maia *et al.*, 2020).

Os estudos dessa revisão abrangeram CRQs de zona rural e de uma maneira geral revelaram precárias condições de saúde bucal nas populações estudadas, que foram associadas em sua maioria a uma população negra, com baixa escolaridade e condição socioeconômica desfavorável, o que revela um quadro de iniquidade social (Miranda *et al.*, 2020; Silva; Medeiros, 2020; Sandes; Freitas; Souza, 2018; Souza; Flório, 2014; Araújo *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2011). Uma pesquisa transversal de base populacional descreveu e comparou as condições de saúde bucal de uma CRQ rural com as de uma CRQ urbana no estado do Rio Grande do Sul, no Brasil, e fez uma correlação com a concentração de água fluoretada para consumo, bem como com o perfil socioeconômico. A conclusão da investigação é de que havia uma baixa remuneração e baixa escolaridade nos indivíduos de ambas as comunidades, além de elevados índices de cárie, de perdas dentárias, de placa visível e de sangramento gengival, porém a ocorrência de cárie era mais elevada e o acesso a serviços de saúde

bucal era mais difícil entre os indivíduos da comunidade rural, que não tinham o benefício do flúor na água para consumo (Figueiredo *et al.*, 2016).

Reis *et al.* (2024), em estudo de revisão sistemática, investigaram a associação entre saúde bucal e iniquidades raciais e mostraram que a população negra apresentou condição de saúde bucal mais desfavorável, sobretudo na autoavaliação de saúde bucal ruim, perda dentária e presença de cárie. Nesse mesmo estudo, precárias condições de saúde bucal entre indivíduos quilombolas foram associadas a fatores que contribuíram para a reprodução de desigualdades sociais, como a localização das comunidades quilombolas em áreas rurais e distantes de serviços de saúde bucal, além das condições econômicas, uma vez que a maior parte das famílias vivia sob a economia de subsistência e o acesso a serviços de saúde bucal era limitado provavelmente a situações de urgência odontológica.

2 Autopercepção de saúde bucal

A autopercepção em saúde bucal constitui a capacidade individual e subjetiva de perceber e avaliar a condição de saúde bucal com base em informações e conhecimentos adquiridos, os quais são mediados por experiências prévias num dado contexto social, histórico e cultural (Peres Neto *et al.*, 2021). Aspectos psicossociais podem exercer influência na percepção dos indivíduos quanto ao impacto das condições bucais na qualidade de vida (Ferreira *et al.*, 2020). Ausência de uma dentição funcional foi associada à autopercepção de necessidade de tratamento odontológico e essa necessidade foi menos percebida entre indivíduos com menos de 20 dentes presentes na boca (Lima *et al.*, 2018). A autopercepção negativa quanto à saúde bucal decorre de uma incapacidade ou de uma limitação em funções como a mastigação, a fala, o sorriso, que podem concorrer para uma dificuldade de interação social (Salvador; Toassi, 2021; Bitencourt; Corrêa; Toassi, 2019).

A autopercepção em saúde bucal foi destacada no estudo transversal com uma população de 22 comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul, no Brasil, em que se observou um percentual de 53,1%, entre 313 entrevistados, com autopercepção negativa quanto à saúde bucal (Bidinotto *et al.*, 2017). Estudo transversal com 47 idosos quilombolas identificou associação entre necessidade de uso de prótese dentária e autopercepção de saúde bucal ruim (Lira Júnior; Soares; Menezes, 2021). Também acerca da autopercepção de saúde bucal, uma pesquisa relacionou piores escores quanto ao impacto das condições bucais na qualidade de vida ao sexo feminino, a indivíduos de idade mais avançada, com baixa escolaridade e com menor renda, a fumantes e a sujeitos com autopercepção de saúde bucal ruim ou regular (Ferreira *et al.*, 2020). Já um estudo em uma comunidade de remanescentes de quilombos revelou percepções de idosos quanto à saúde oral que traziam condições protéticas desfavoráveis, infecção e mal hálito, além de uma frequente naturalização das perdas dentárias (Souza *et al.*, 2018).

3 Acesso a serviços de saúde bucal e fatores associados

O perfil de saúde bucal é influenciado por fatores como as condições de acesso a serviços de saúde (Bulgareli *et al.*, 2018). Verificou-se um acesso a serviços de saúde oral maior entre adolescentes quilombolas que entre adolescentes não quilombolas em uma localidade de zona rural do estado da Bahia, no Brasil (Silva *et al.*, 2018). De forma similar, foi constatado acesso mais difícil a serviços

de saúde bucal de indivíduos de uma comunidade rural quilombola quando comparada a uma comunidade urbana quilombola no estado do Rio Grande do Sul, no Brasil, em que pese a constatação de condições precárias de saúde bucal em ambas as comunidades (Figueiredo *et al.*, 2016).

Em uma CRQ no norte do Brasil, 48,3% dos participantes de uma pesquisa, maiores de 12 anos de idade, apresentavam necessidade de uso de prótese dental superior (total ou parcial), 72,4% de prótese inferior (total ou parcial) e 37,9% jamais haviam se consultado com um odontólogo (Silva *et al.*, 2011). A respeito da necessidade de uso de prótese em idosos de uma CRQ no norte de Minas Gerais, no Brasil, um estudo apresentou os percentuais de 74,4% para a prótese total superior, de 56,5% para a próteses total inferior e de 54% para ambas as próteses totais (Sandes; Freitas; Souza, 2018). Uma outra pesquisa demonstrou que 32,2% dos indivíduos de uma comunidade de remanescentes de quilombos no sudeste do Brasil jamais haviam se consultado com um odontólogo (Souza; Flório, 2014).

A maior parte das pesquisas sobre acesso a serviços de saúde oral em populações quilombolas é relacionada à população idosa, a exemplo do estudo sobre acesso a serviços de saúde oral por parte de populações de remanescentes de quilombos que identificou um percentual de 60,4% entre idosos quilombolas que referiram uma consulta odontológica realizada há 3 anos ou mais (Miranda *et al.*, 2020). Estudo transversal entre indivíduos com 60 anos ou mais, residentes em área rural no sul do Brasil, mostrou que 49,9% dos indivíduos eram edêntulos totais e que a maior procura por atendimento odontológico se deu entre as pessoas do sexo feminino, as de maior escolaridade, aquelas com melhores condições econômicas e as que referiram ter algum agravo de saúde bucal (Schroeder; Mendoza-Sassi; Meucci, 2020).

Em relação ao acesso de pessoas idosas a serviços de saúde bucal é válido afirmar que tal acesso deveria ser capaz de permitir uma avaliação clínica de forma periódica, a fim de constatar ou não a necessidade de uso ou de substituição de uma prótese dentária, além de prevenir lesões em tecidos moles, como a candidíase e as lesões pré-malignas ou cancerígenas (Maia *et al.*, 2020).

4 Hábitos de higiene oral e práticas populares de saúde bucal

Em uma pesquisa de avaliação de práticas de higiene oral entre adolescentes quilombolas e não quilombolas, constatou-se que a deficiência na higiene oral foi mais significativa entre os adolescentes não quilombolas do sexo masculino, porém não foram constatadas diferenças quanto ao padrão de escovação entre os sexos no estrato quilombola (Silva *et al.*, 2018). Esse mesmo estudo apontou a prevalência do não uso de fio dental entre adolescentes quilombolas que moravam em residências desprovidas de sistema de abastecimento público de água (Silva *et al.*, 2018). Em estudo transversal com 240 adultos na Colômbia, os autores mostraram que 49,2% apresentavam precárias condições de saúde bucal, 60% dos participantes escovavam os dentes menos de 3 vezes ao dia, todos possuíam suas próprias escovas, ou seja, não compartilhavam as escovas, e quase todos não faziam uso de fio dental ou enxaguante bucal (Cárdenas; Vergara; Martinez, 2018). Quanto ao uso do fio dental, uma pesquisa transversal com escolares adolescentes no interior do estado da Paraíba, no Brasil, mostrou que 50,7% dos participantes relataram o uso regular de fio dental e que 91,5% dos adolescentes fizeram referência à escovação entre 2 e 4 vezes (Fernandes *et al.*, 2016).

Em relação a práticas populares de saúde bucal, o uso do fio dental artesanal feito de ráfia de sacos de linhagem foi identificado entre adolescentes quilombolas numa zona rural da Bahia, no Brasil (Silva *et al.*, 2018). O relato de utilização de cinza de fogão a lenha ou fumo para a higienização dos dentes ou mesmo o uso de fumo queimado ou certas plantas da região para aliviar dor de dente foi mencionado por idosos em uma comunidade rural quilombola no norte do estado de Minas Gerais, no Brasil (Souza *et al.*, 2018). O uso de plantas com finalidade terapêutica de forma adequada e segura se mostra promissor, porém requer a sua identificação e correta classificação botânica, a fim de evitar erros na sua utilização (Souza *et al.*, 2016). A fitoterapia na prática clínica na Odontologia se mostra modesta, em que pese o aumento de pesquisas sobre o potencial do uso de plantas medicinais como estratégia terapêutica (Monteiro; Fraga, 2021).

5 Por condições dignas de vida dos remanescentes de quilombos

A presente revisão contribui para o debate sobre o tema da saúde bucal em populações de comunidades remanescentes de quilombos no Brasil, ainda carente de pesquisas sobre essa temática. Foi possível observar que as principais abordagens de saúde bucal em CRQs estiveram relacionadas a condições de saúde bucal e fatores associados; ao acesso a serviços de saúde bucal e fatores associados; à autopercepção de saúde bucal e a hábitos de higiene oral e práticas populares de saúde bucal.

Pela extensão geográfica e diversidade social, econômica, cultural e racial de um país como o Brasil, é necessária a realização de mais pesquisas, sobretudo de desenho qualitativo, para o aprofundamento da reflexão e a contribuição na tomada de decisão por parte de gestores públicos no sentido de empreender ações intersetoriais que melhorem a qualidade de vida das pessoas residentes em comunidades de remanescentes de quilombos.

O alcance de condições dignas de vida das populações de CRQs passa necessariamente pela análise de seus determinantes sociais de saúde, por investimentos em educação, saúde, transporte público, saneamento básico, entre outras áreas, e pela abordagem atenta e respeitosa às particularidades socioeconômicas e culturais de cada comunidade. É preciso não apenas a identificação e o reconhecimento da existência de iniquidades em saúde bucal em CRQs, mas um engajamento coletivo com a finalidade de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde, em especial o princípio da equidade.

Referências

ABDALA, V. IBGE faz teste do Censo 2022 em comunidade quilombola. Agência Brasil, 24 de novembro de 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/en/node/1428751>. Acesso em: 24 dez. 2022.

ARAÚJO, R. *et al.* Extrações dentárias autorrelatadas e fatores associados em comunidades quilombolas do Semiárido baiano, em 2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 29, n. 2, p. 1-11, 2020.

ARCELO, A.; GONTIJO, L. Esclavitud, racismo y modernidade: trabajo forzado en las sociedades y decolonialidad. *Ab-Revista de Abogacia*, n. 4, p. 51-66, 2019.

- AQUINO-CANCHAR, C. Perfil clínico epidemiológico de salud oral en comunidades nativas peruanas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, v. 18, n. 6, p. 907-919, 2019.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. *Rev. Grupo Almedina*. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BIDINOTTO, A. *et al.* Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev Bras Epidemiol*, v. 20, n. 1, p. 91-101, 2017.
- BITENCOURT, F.; CORRÊA, H.; TOASSI, R. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 169-180, 2019.
- BRUNO, S.; MATTOS, U. Benefícios da biodiversidade para as comunidades tradicionais: a nova legislação os sustenta? *Ciencia Florestal*, v. 31, n. 2, p. 998-1019, 2021.
- BULGARELI, J. *et al.* Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Revista de Saúde Pública*, n. 52, p. 52-44, 2018.
- CÁRDENAS, S.; VERGARA, K.; MARTINEZ, K. Pobreza y salud bucal en comunidades afrodescendientes vulnerables. *Revista Cubana de Salud Publica*, Habana, v. 44, n. 3, p. 538-552, 2018.
- CASTRO, R.; REIS-CASTRO, L. Science, Race, and Racism. In: CALLAN, H. (ed.). *The International Encyclopedia of Anthropology*. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell, 2018. p. 1-13.
- EVANS, C.; SMITH, P. Effects of racism on oral health in the United States. *Community Dental Health*, v. 38, n. 2, p. 138-141, 2021.
- FERNANDES, L. *et al.* Hábitos de higiene bucal e condição periodontal de escolares adolescentes. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 20, n. 1, p. 37-42, 2016.
- FERREIRA, C. *et al.* Psychosocial aspects and the impact of oral health on quality of life of Brazilian adults. *Rev Bras Epidemiol*, v. 23, p. 1-13, 2020.
- FIGUEIREDO, M. *et al.* Saúde bucal e indicadores socioeconômicos de comunidades quilombolas Rural e Urbana do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Faculdade Odontol Lins*, v. 26, n. 2, p. 61-73, 2016.
- FLORENTINO, M.; AMANTINO, M. Uma morfologia dos quilombos nas Américas, séculos XVI-XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 19, supl., p. 259-297, 2012.
- GOMES, L. *Escravidão: do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares*. Rio de Janeiro: Globo, 2019.
- GOMES, F. *Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil*. São Paulo: Editora Claro Enigma, 2015.
- JAMIESON, L. M. Racism and oral health inequities: an introduction. *Community Dental Health*, v. 38, n. 2, p. 131, 2021.

- LIMA, C. *et al.* Falta de dentição funcional influencia na autopercepção da necessidade de tratamento em adultos: estudo de base populacional no Brasil. *Cad. Saúde Colet*, v. 26, n. 1, p. 63-69, 2018.
- LIRA JÚNIOR, C.; SOARES, R.; MENEZES, T. Autopercepção de saúde bucal e sua associação com fatores socioeconômicos-demográficos e condição de saúde bucal de idosos quilombolas. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, p. 1-10, 2021.
- MAIA, L. *et al.* Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? *Rev Bioética*, v. 28, n. 1, p. 173-181, 2020.
- MINAYO, M. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MIRANDA, L. *et al.* Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, v. 23, n. 2, p. 1-13, 2020.
- MONTEIRO, M.; FRAGA, S. Fitoterapia na prática clínica odontológica: produtos de origem vegetal e fitoterápicos. *Revista Fitos*, v. 15, n. 1, p. 58-77, 2021.
- OLIVEIRA, V. *et al.* Saúde da mulher quilombola no Brasil: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 10, p. 100848-100866, 2021.
- PERES NETO, J. *et al.* Autopercepção de saúde bucal como indicador de necessidade de tratamento odontológico no Estado de São Paulo, Brasil. *J. Health Biol Sci*, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2021.
- PINTO, R. *et al.* Projeto SB Minas Gerais 2012: Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira – Métodos e Resultados Principais. *Arq Odontol*, v. 54, n. e14, p. 1-12, 2018.
- REIS, L. A. O. *et al.* Associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 3, v. 29, p. 1-12, 2024.
- RIVERA-RAMOS, E. La importancia del OHIP (Oral Health Impact Profile) en la Odontología. *Odontol Sanmarquina*, v. 23, n. 1, p. 35-42, 2020.
- SALVADOR, S.; TOASSI, R. Autopercepção da saúde bucal: expressões físicas, sociais e culturais de um corpo em interação com o mundo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, p. 1-21, 2021.
- SANDES, L.; FREITAS, D.; SOUZA, M. Saúde oral de idosos vivendo em comunidade de descendentes de escravos no Brasil. *Cad. saúde colet*, v. 26, n. 4, p. 425-431, 2018.
- SANTOS, A.; REBOCHO, N. *Sobre revoltas de escravos e quilombos*. Rio de Janeiro: AMC Guedes, 2019.
- SCHROEDER, F.; MENDOZA-SASSI, R.; MEUCCI, R. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2093-2102, 2020.
- SILVA, A. Concentração fundiária, quilombos e quilombolas: faces de uma abolição inacabada. *Revista Katálysis*, v. 24, n. 3, p. 554-563, 2021.

SILVA, A. Políticas públicas para comunidades quilombolas: uma luta em construção. *Revista de Ciências Sociais – Política & Trabalho*, v. 1, n. 48, p. 115, 2018.

SILVA, E.; MEDEIROS, D. Impact of oral health conditions on the quality of life of quilombola and non-quilombola rural adolescents in the countryside of Bahia, Brazil: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 18, p. 1-12, 29 set. 2020.

SILVA, E. *et al.* Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 9, p. 2963-2978, 2018.

SILVA, M. *et al.* Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. *Braz. dent. sci.*, v. 14, n. 1-2, p. 62-66, 2011.

SMITH, P.; WRIGHT, W.; HILL, B. Structural racism and oral health inequities of black vs. Non-hispanic white adults in the U.S. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, v. 32, n. 1, p. 50-63, 2021.

SOUZA, M.; FLÓRIO, F. Evaluation of the history of caries and associated factors among quilombolas in Southeastern Brazil. *Braz. J. Oral Sci.*, v. 13, n. 3, p. 175-181, 2014.

SOUZA, G. *et al.* Plantas medicinais x raizeiros: uso na Odontologia. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo*, Camaragibe, v. 16, n. 3, p. 21-29, 2016.

SOUZA, M. *et al.* Autopercepção e práticas de saúde bucal entre idosas negras descendentes de escravos no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-10, 2018.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

Trata-se da primeira coletânea do Centro Baiano de Pesquisa em Antropologia Médica (CBPAM/UFBA), que oferta à leitora e ao leitor uma antropologia médica renovada: a antropologia médico-especulativa, como resultado de pesquisa. Médicos, antropólogos, sociólogos, enfermeiros, psicólogos e odontólogos, em um fazer mundo, estão aqui presentes. Esta obra se volta para estudantes e profissionais das áreas de ciências humanas e de ciências da saúde e para toda leitora e todo leitor interessado em prática médica.



UESB
Universidade Estadual
do Sudoeste da Bahia

ISBN 978-65-87106-84-7



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO