

Entrevista com Sjaak van der Geest

Rafaela Zorzanelli¹

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução

Por ocasião de sua aula magna de comemoração de 40 anos de carreira na Universidade de Amsterdam (VAN DER GEEST, 2015), o Professor *Emeritus* de Antropologia Médica Sjaak van der Geest, convidado desta entrevista do projeto Drug Trajectories (ZORZANELLI, 2020), enfatizou quanto as experiências de cotidiano marcaram seus trabalhos de campo, em contraste com uma presumida preferência da Antropologia pelo exótico ou pelo dramático. O interesse pelo usual e cotidiano significaria tomar como digno de investigação aquilo que tomamos como já dado, que é fonte de segurança, que soa como inquestionável ou como dimensão tácita de nosso cotidiano. E justamente por isso, a vida diária em seus atos, gestos, crenças comuns mereceriam os olhos argutos da Antropologia, que sob o tecido do cotidiano poderia encontrar o incomum, o estranho, o bizarro, o incompreensível.

No seio de seu interesse pelo cotidiano, destacam-se suas pesquisas de campo realizadas em Camarões e em Gana sobre temas como relações íntimas e controle de natalidade, higiene e defecação, letras de músicas populares, significados de envelhecimento, conceitos de sujeira e perspectivas sobre a privacidade. Entre os assuntos do dia a dia, um deles ganha bastante destaque em sua obra: uso e distribuição dos medicamentos. E é importante escutar com cuidado o que parece nos indicar o autor com isso: que o uso e distribuição de medicamentos é algo ordinário, que se insere no cotidiano das pessoas, e que seus sentidos e usos ficam, por vezes, quase invisíveis, tácitos. Durante toda a década de 1980 e em seus duradouros trabalhos de campo sobre o tema nas décadas seguintes, van der Geest investigou o uso e a distribuição de medicamentos em Camarões, considerando isso um passo importante de desexotismo, “[...] porque o foco recaia sobre ‘nossos’ medicamentos e não sobre as fitoterapias, os talismãs e as curas espirituais. Me interessava em especial o uso ocultado e a venda informal – muitas vezes ilegal – desses medicamentos em lojas pequenas e nas feiras” (VAN DER GEEST, 2015, p. 84-85). Daí se desdobram os primeiros passos de suas contribuições fundamentais ao campo da antropologia dos medicamentos. van der Geest e Susan Reynolds Whyte

Recebido em: 18/03/2022

Aceito em: 25/07/2022



Este trabalho está licenciado sob CC BY-NC-SA 4.0. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

(também entrevistada do projeto Drug Trajectories) editam, em 1988, *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology* (VAN DER GEEST; WHYTE, 1988), e os dois, juntamente com Anita Hardon, publicam, em 2002, o importante livro *Social Lives of Medicines* (WHYTE; VAN DER GEEST; HARDON, 2002), que organiza um número de estudos e conceitos para a formação de um campo que pressupõe que substâncias terapêuticas têm uma materialidade, e que essa materialidade possui uma vida social. Para a antropologia dos medicamentos, interessam mais os usos sociais das substâncias do que suas propriedades químicas.

Nesta entrevista, realizada em março de 2019 em Amsterdam, temos a oportunidade de observar o autor refletindo sobre os primeiros passos do seu trabalho como formador de um novo campo de estudo. Como entrevistadora, não posso deixar de ressaltar a importância dessa oportunidade de dirigir, diretamente a ele, as perguntas que havia anotado aos pés de página dos trabalhos dele e de seus colaboradores. Espero que quem leia esta entrevista desfrute igualmente desse passeio pela história viva da antropologia dos medicamentos.

Por fim, eu gostaria de agradecer à querida colega Soraya Fleischer (Professora do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília) por ter me colocado em contato com o Professor Sjaak van der Geest.

RZ: O senhor poderia começar falando das diferenças e das semelhanças entre as primeiras questões que inspiraram seu trabalho no campo da antropologia dos medicamentos na década de 1980 e daquelas sendo realizadas na atualidade?

SG: Muita coisa mudou. Quando eu comecei, os medicamentos – as nossas substâncias biomédicas – me interessavam. Na época, muito pouco interesse ou atenção era dada aos medicamentos dentro da antropologia, o que eu atribuo àquilo que chamo de exotismo. Na época, nas décadas de 1960, 1970 e até 1980, a antropologia estava ainda muito associada a países muito distantes, distantes da nossa perspectiva europeia. Então, se você era antropólogo, você ia para algum outro lugar e naquele lugar distante você não ia se interessar pelas coisas que vinham do seu país, como, digamos, escolas, hospitais, formas modernas de governo, igrejas; teria interesse pela religião “tradicional” (“tradicional” entre aspas), os remédios tradicionais, etc. Está muito diferente hoje em dia. Quando eu observo meus colegas mais novos da Antropologia Médica aqui em Amsterdam, por exemplo, muitos – acho que a maioria – trabalham dentro da própria cultura, fazendo pesquisas entre cientistas e os avanços modernos da biomedicina, então isso já é uma diferença enorme.

Não estou dizendo, evidentemente, que os antropólogos de outrora não se interessavam pelos medicamentos, no sentido mais amplo. Até os chamavam de remédios, mas procuravam entender aquelas substâncias de um ponto de vista religiosa, como materiais mágicos. O livro famoso de Evans-Pritchard (1976), *Witchcraft, Oracles, and Magic Among the Azande*, é um belo exemplo. A palavra “antropologia médica” não aparece no livro. Discorre sobre religião, clarividência, oráculos, etc. Mesmo tendo levado remédios para uso próprio

e para os amigos próximos e assistentes, ele não cogitou a possibilidade de ver esses medicamentos ocidentais como tema de pesquisa. Era tudo religião. [William Hallam Rivers] Rivers, um dos primeiros Antropólogos da Medicina *avant la lettre*, escrevia sobre a religião. Ele não olhava os remédios pela lente da saúde e da cura; era tudo sorte e azar. Ele os observava do ponto de vista das pessoas e os interpretava, acima de tudo, como coisas religiosas. Essas são duas diferenças importantes entre o período em que comecei a me interessar pelos medicamentos, na década de 1970s e nos primeiros anos da década de 1980, e agora.

Não sei se eu deveria falar isso..., mas o motivo por que me interessei por esse tema é interessante. É algo bem específico. Recordo claramente o momento em que pensei, de repente: “Sim, isso é algo que devemos investigar”. Foi durante a pesquisa de doutorado. Grande parte da pesquisa foi em Gana. Naquele projeto, eu estava investigando as relações íntimas e os métodos de planejamento familiar, como eram chamados na época. Tanto os jovens da cidade onde eu estava fazendo a pesquisa quanto os alunos da universidade falavam em determinado medicamento, um anticoncepcional, que achavam bastante eficaz. O anticoncepcional poderia ser usado, também, para provocar aborto. Se não funcionasse para evitar a gravidez, ainda poderia ser tomado, em dose maior, para interromper a gravidez. O medicamento se chamava Alophen. Eu não tinha ouvido falar, então fui a um hospital ali perto para falar com um médico, e perguntei: “O que é Alophen?” – E ele respondeu: “Não faço ideia”. Eu falei: “É um medicamento, faz parte do seu trabalho”. E ele repetiu: “Nunca ouvi falar”. Perguntei a outro médico; mesma resposta. Fui à farmácia e comprei Alophen. Descobri que era um laxante produzido em Birmingham [cidade da Inglaterra]. Foi nesse momento que veio o golpe, de repente. Como é possível, pensei, que, primeiro, um laxante seja considerado anticoncepcional e abortifaciente entre os jovens de toda parte? E segundo, como é possível que um médico não conheça um medicamento que está sendo usado tanto ao seu redor? Foi essa a pergunta. Eu não sabia como seria o meu futuro, mas eu pensei, “se no futuro eu tiver a oportunidade de continuar na antropologia e fazer mais pesquisas, vou focar nos medicamentos”. Para além da experiência de anticoncepcionais, reparei que medicamentos, como antibióticos, analgésicos, antimaláricos, vermífugos pediátricos e mais alguns, eram as primeiras coisas que as pessoas procuravam quando tinham algum problema médico, e não o médico tradicional ou o herborista. Os antropólogos sempre diziam – citando citações de outras citações – que para 75% das pessoas, o primeiro passo, no caso de algum mal-estar, era procurar o médico tradicional. Mas isso já não era mais verdade! Elas iam à farmácia. Percebi que era algo novo e que precisávamos entender mais a respeito. Era uma questão enorme na área da saúde. E foi assim que começou. Então, além dos anticoncepcionais, se quisermos entender a vida cotidiana e as questões e os comportamentos de saúde, precisamos olhar os medicamentos. É essa a minha história de muitos anos atrás. Muito diferente de hoje, 30 ou 40 anos mais tarde.

RZ: Na aula magna que ministrou em julho de 2015, quando se aposentou da Universidade de Amsterdam, o senhor disse que: “o cotidiano me interessou durante toda a vida acadêmica” (VAN DER GEEST, 2015, p. 79). Fale um pouco sobre a antropologia dos medicamentos no contexto da antropologia do cotidiano.

SG: De certa forma já me referi a isso no final da primeira pergunta. Vamos retomar o livro conhecido de John Janzen (1978), *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Ele fez a pesquisa em Zaire, agora [a República Democrática do] Congo. Foi publicado em 1978. Li o livro e o resenhei também. Nele, Janzen faz uma observação importante: que nós, antropólogos, sempre nos interessamos pelas histórias dramáticas de doenças quando começamos, depois outra coisa e mais outra coisa. Há muito conflito familiar e muito tumulto e comoção nessas histórias. Mas isso não é a vida real. Na vida real, as pessoas simplesmente passam mal, sentem dor, têm dor de cabeça, e ou fazem nada ou tomam algum remédio. Os remédios fazem parte do cotidiano. Mas é um tema difícil de pesquisar, porque se você perguntar a alguém quando foi a última vez que tomou um remédio, já esqueceu. Três dias atrás tomou uma aspirina, mas já esqueceu. Mas guarda na memória uma doença dramática de dez anos atrás. Começa a falar dos grandes acontecimentos, mas esquece as coisinhas do dia a dia. Alguns antropólogos da medicina estimam que talvez 90% das ações médicas relacionadas à saúde são ações muito pequenas, e apenas 10% são do tipo dramático, que acabam com internação. No Congo, e também em Gana e em Camarões, onde fiz a minha pesquisa, às vezes, é preciso viajar até 30 quilômetros ou mais para ser atendido por um médico. Mas dentro de casa tem os remédios que foram comprados na feira da comunidade, como antibióticos, analgésicos, aqueles que mencionei antes. Em Camarões, reparei que as caixinhas de remédio nas casas também continham ampolas e agulhas para automedicar os familiares. O que eu quero dizer é que tomar remédio ou usar uma pomada fazem parte do cotidiano, e até o próprio lugar onde se guardam os remédios já faz parte da casa. Faz parte da mobília. Da mesma forma que tem uma mesa na cozinha, tem aquele pequeno armário para os remédios. Então acho que é um exemplo maravilhoso de práticas cotidianas envolvendo medicamentos. De manhã, escovamos os dentes, talvez coloquemos uma maquiagem, passamos uma pomada, etc. São pequenas ações médicas da vida cotidiana. Combinam muito bem juntas.

RZ: Na mesma palestra, o senhor falou: “Em 1980, estudei a distribuição e o uso de medicamentos em Camarões. Foi um passo importante de desexotismo porque o foco recaiu em ‘nossos’ fármacos e não nos fitoterápicos, talismãs e curas espirituais” (VAN DER GEEST, 2015, p. 84). Essa desexotização, que é a investigação dos próprios fármacos, chegou a seu auge, talvez, com os estudos antropológicos das *smart drugs*, tranquilizantes, opioides e outros medicamentos tarjados. A investigação do uso crônico de medicamentos alopáticos em contextos

ocidentais (capitalismo, áreas urbanas, valores liberais) não nos leva de volta à antropologia da magia? Será que nós – com nossos estimulantes, tranquilizantes e analgésicos – estamos tão longes dos rituais e talismãs?

SG: Que observação interessante! Eu não diria que nos leve de volta à magia; apenas mostra que a magia nunca esteve ausente. Para mim, não é a magia ou reação química; as duas coisas andam juntas. Não somos substâncias que reagem automaticamente com outra substância; somos seres humanos. Temos como refletir sobre nossos atos e isso tem um impacto enorme sobre a maneira como a medicina nos afeta. Pense no efeito placebo. Toda a literatura e discussão a respeito do efeito placebo mostra que na situação em que o contexto é reconfortante – a pessoa confia, está otimista e acredita naquilo –, o efeito é muito melhor que na situação em que não acredita e está desconfiada, temerosa ou pessimista. A mágica, como escreveram Evans-Pritchard e outros antropólogos, é a parte psicológica da experiência médica. Escrevi um artigo para um congresso em Tarragona, na Espanha, com o título “*Sacraments in the hospital: Exploring the magic and religion of recovery*” – *Sacramentos no hospital: explorando a magia e a religião da recuperação*, de van der Geest (2005). Escrevi que tomar remédios e outras ações, como o comportamento dos médicos e das enfermeiras, etc., podem dar esperança ou podem fazer o contrário, deixar as pessoas sem esperança. Tudo isso tem um efeito muito importante no processo de recuperação, ou de agravamento, da doença. Uso a palavra “sacramento” porque, na religião católica, é esse o objetivo dos sacramentos: dar esperança. Sim, é uma metáfora, mas é próximo da realidade. Acho que as pessoas recebem os medicamentos e os tratamentos como bençãos. O quadro melhora porque se acredita neles.

A diferença entre a biomedicina, as ações biomédicas no contexto dos hospitais da sua sociedade, e os efeitos ditos mágicos de xamãs ou curandeiros não é tão grande quanto geralmente se pensa. O ritual e a magia de muitas práticas médicas, a parafernália, a escovação das mãos, os jalecos brancos, o estetoscópio no pescoço do médico... tudo funciona da mesma forma como a medicina tradicional, favorecendo a confiança no procedimento a ser realizado. Não vejo isso como retorno; apenas confirma que sempre esteve presente. Mas quando dizemos isso, os médicos alopáticos se ofendem. Acham que tem o efeito de minimizar seus conhecimentos e profissionalismo. Mas o que eu quero enfatizar é que nós não subtraímos nada deles; nós acrescentamos. Os médicos que refletem sobre suas práticas reconhecem isso. Andei observando as consultas de um médico com os pacientes. Ele permitiu isso. Todas as interações, todas as consultas deveriam ter a duração de apenas 7,5 minutos, porque foi assim que o médico organizava seu dia: dois pacientes a cada 15 minutos. Fiquei impressionadíssimo com a capacidade social e psicológica do médico, no sentido de atender às expectativas dos pacientes e tirá-los do consultório em 7,5 minutos. Era mais uma habilidade psicológica do que médica. Tudo isso é “magia”. Respondi à pergunta?

RZ: Sim. Eu estava pensando na pesquisa que estou realizando no Brasil. Muitos dos participantes dizem algo muito parecido. Falam: “bem, mesmo que eu não use o tranquilizante” – cujo nome é Rivotril®, que é a marca no Brasil, comercializada pela Roche® – “quero tê-lo comigo na bolsa, que aí me sinto segura”. Então, “não estou usando”, mas o senso de segurança que o remédio me dá, é essa a coisa mais importante.

SG: É um bom exemplo. Em nosso livro *Social Lives of Medicine*, tem um capítulo sobre as práticas médicas de prescrição. Fui eu que escrevi esse capítulo. Botei que estar com uma receita ou um remédio é uma representação metonímica do médico. Ficamos com o médico no bolso, por assim dizer. Está conosco, estamos seguros porque ele nos deu. “É um homem bom, é profissional, é inteligente. Me deu esse remédio então está comigo e estou bem”. É exatamente isso que você acabou de dizer. A dimensão simbólica de tomar um medicamento não deve ser subestimada.

RZ: Acho que foi no primeiro artigo que escreveu [sobre o assunto], em 2018, “*The illegal distribution of western medicines in developing countries: Pharmacists, drug pedlars, injection doctors, and others. A bibliographic exploration*” (A distribuição ilegal de medicamentos ocidentais em países em desenvolvimento: farmacêuticos, vendedores de drogas, aplicadores de injetáveis e outros. Uma investigação bibliográfica), que o senhor escreveu: “O fato de as pessoas dependerem de medicamentos ilegais na ausência de médicos formados não precisa nos ocupar aqui; é o uso de medicamentos ilegais na presença de médicos formados que parece estranho” (VAN DER GEEST, 1982, p. 211). Seu primeiro texto já prevê uma questão atual do campo: o uso excessivo de medicamentos tarjados e não tarjados, mesmo em países de renda alta com sistemas de saúde robustos. Como podemos pensar esse fenômeno a partir de uma perspectiva multinível?

SG: Talvez valha primeiro investigar o que queremos dizer com “perspectiva multinível”. Usamos termos diferentes. Em nossa maneira sincrética de lidar com esse tema, entendemos que há, nos diferentes níveis de produção e de uso dos medicamentos, uma diversidade de pessoas, com diversos interesses e diversas ideias. O nível mais alto pode ser o laboratório farmacêutico, as fábricas que produzem os medicamentos. Depois entra o circuito dos médicos, hospitais e farmácias. Chega-se do nível mais alto até o segundo nível através das diferentes pessoas responsáveis pela distribuição. Há os revendedores, atrás de dinheiro; os medicamentos se tornam commodities. Aí tem as famílias e os pacientes, e, novamente, os medicamentos se tornam outra coisa: substâncias que podem salvar vidas ou acabar com a dor, algo muito importante para eles, etc. A palavra “vida social” é quase a mesma coisa, ou a ideia da biografia dos medicamentos. Costumamos enxergar os medicamentos como tendo um ciclo de vida. Nasce na fábrica, começa a jornada e no final morrem, quando nós os levamos conosco. Esse momento marca o fim da sua vida, a realização do seu objetivo inicial de “vida”. O processo todo termina com o tomar dos medicamentos por algum motivo.

Em 1982, eu já me interessava pelos medicamentos e acho que comecei a escrever sobre eles mesmo antes do meu trabalho de campo sobre seu uso em Camarões. Eu tinha feito uma revisão bibliográfica sobre fármacos. Tinha pouca coisa, mas achava que seria útil, pelo menos quando eu começasse a tirar conclusões, para ver o que já sabíamos. E uma coisa que me chamou atenção – e algo que havia observado na minha pesquisa anterior, em Gana – foi que as pessoas confiam muito nos medicamentos, *noossos* remédios. Pensam: “se estou com os remédios, estou bem”. É evidente que o médico é menos importante quando não estamos muito doentes, mas em caso de um quadro mais agudo ou grave, talvez seja preciso consultar um médico. Mas para muitas queixas, sabemos o que fazer. “Se eu estou com os remédios, está tudo OK, eu dou conta. Para que viajar 30 ou 40 quilômetros para consultar um médico e pegar uma receita para um remédio que eu posso comprar na feira da minha comunidade?” Então, embora haja medicamentos lá, ou talvez na farmácia oficial, “por que ir à farmácia onde eu teria que comprar uma caixa inteira de remédios que não tenho como pagar? Se eu for à feira, posso comprar apenas três comprimidos. É só isso que preciso e é só isso que tenho condições de pagar neste momento”. Portanto, são driblados os médicos e as enfermeiras que podem receitar ou fornecer os remédios, e as pessoas vão direto aos medicamentos. Ademais, mesmo depois de percorrer, digamos, 20 ou 30 quilômetros para consultar o médico ou a enfermeira, eles podem estar ausentes. Isso é muito comum. Ou pode ter que esperar duas ou três horas até abrir uma brecha na agenda do médico, e depois ainda vai ter que encontrar uma condução para poder voltar para casa. O dia inteiro foi perdido. “Eu poderia ter comprado o mesmo remédio em casa, lá na esquina”. A mesma coisa se aplica às farmácias oficiais, que geralmente existem apenas nas cidades maiores. Quando as pessoas adoecem à noite, não têm como ir à farmácia, mesmo morando numa cidade, porque a farmácia fecha às 18 horas. Mas ainda tem a lojinha de produtos químicos ou a feira: “talvez eu consiga os remédios com aquela mulher que os vende lá”. Basta bater à porta e falar “por favor, me dê o remédio”. A venda informal – muitas vezes “ilegal” – de medicamentos, em casos assim, combina melhor com seu modo de viver e é mais eficiente. São alguns exemplos para explicar por que, mesmo quando há um sistema de saúde que funcione de alguma forma, as pessoas podem ainda preferir encontrar seu próprio caminho para conseguir os medicamentos que precisam. E não subestime os conhecimentos farmacêuticos dos leigos! Como precisam se cuidar, aprendem muito sobre o uso e os efeitos dos medicamentos mais conhecidos. Posso dar alguns exemplos depois. Essas pessoas não fazem uso inadequado desses medicamentos. Sabem o que são, sabem como funcionam, mesmo que seu comportamento seja equivocado, segundo as regras da biomedicina. Percebi na época [durante a pesquisa em Gana] que a minha mãe idosa, que tomava vários remédios, não fazia ideia do que tomava. Para ela, eram os comprimidos brancos e azuis e amarelos, que ela tinha que tomar em tal hora do dia. Simplesmente seguia as instruções do médico. O médico sabe, ela não sabe. Mas em Camarões, onde os médicos não estão tão próximos dos

pacientes e não têm tempo de explicar as coisas, as pessoas aprendam como se virar. Esses são alguns exemplos que emergiram da literatura – muito escassa – e também da minha própria pesquisa.

RZ: Em relação à automedicação: quando as pessoas têm dificuldade de suprir as necessidades básicas de saúde, como pode ser o caso em países de renda baixa, costumam aproveitar tudo aquilo que a biotecnologia médica pode oferecer (diagnósticos, fármacos, procedimentos médicos) e dar pouca atenção aos riscos associados. Partem do pressuposto de que “se é biomédico, é bom”. Como podemos pensar a automedicação e a agência no contexto de países de renda média e baixa?

SG: Acho que vou ter que discordar da afirmação de que as pessoas tomam qualquer remédio porque é um produto ocidental e, portanto, é bom. Acabei de frisar que as pessoas acumulam, uma boa quantidade de conhecimentos sobre os remédios que precisam no dia a dia. Vou dar um exemplo da minha pesquisa em Camarões. O que mais me interessava era a automedicação e o setor informal de distribuição de medicamentos. Mas antes, quero falar outra coisa. Quando pedi autorização para fazer a pesquisa em Camarões, percebi que poderia não ser aprovada porque meu foco ia recair nas práticas informais e ilícitas. Então na minha proposta eu escrevi que queria estudar o uso de medicamentos. Fiz referência aos hospitais, médicos, farmácias oficiais e bem no final, quase em letras miúdas, o setor popular, a automedicação, medicamentos “ilegais”, antibióticos na feira ao lado de bananas e sardinhas.

Quando cheguei em Camarões, numa cidade pequena do interior com uma população de aproximadamente 20,000 pessoas, ficava horas na rodoviária, onde as pessoas aguardavam o transporte público. Tinha três pequenos quiosques ou mesas onde se vendiam remédios. Eu ficava ali só olhando e conversando com os vendedores. Alguns eram meninos que tinham mais conhecimentos sobre medicamentos que eu esperava. E eu também falava com os clientes. Me lembro de um caso. Em cima da mesa tinha umas cápsulas de antibióticos com a data de vencimento. Já estavam vencidas. Um homem estava olhando os medicamentos e comprou as cápsulas vencidas. Perguntei: “Reparou que estão vencidos?” E ele respondeu: “Claro que vi”. “Mas ainda pode usá-los?” “Sim, uso porque mesmo quando vencidos, se você abre as cápsulas e espalha o pó numa ferida aberta, funciona”. Fui visitar um médico no hospital da região e pedi sua opinião. Ele respondeu que era uma maneira muito inteligente de usar o antibiótico. Então, temos aqui um exemplo marcante de conhecimentos práticos de leigos a respeito de medicamentos; como, em contextos de dificuldade, em que já passaram da data de validade, podem ainda ser usados de forma eficaz. Então preciso discordar, de certa forma, da ideia de que as pessoas são ingênuas e usam qualquer coisa. Claro que tem o mau uso também, lá e cá também, na minha sociedade. Às vezes usam de forma errada, mas na própria cabeça estão agindo certo. Tem um artigo bem conhecido sobre o uso de medicamentos por pacientes com epilepsia, não em Camarões, mas nos EUA. Alguns pacientes os usam de um modo que diverge bastante das orientações recebidas do médico,

mas não são ignorantes; fazem isso por um motivo. O médico nunca tomou esses remédios, mas *eles* tomaram porque eles têm o problema. Encontraram um modo de uso que era mais conveniente e que funcionava melhor para eles. O médico que é inteligente sabe, quando faz uma prescrição, que os pacientes não são máquinas; são seres humanos que vivem num contexto social e precisam lidar com as circunstâncias da melhor forma possível, o que às vezes significa discordar do médico. Acho que devemos ter mais respeito e dar mais atenção àquilo que é chamado de não cumprimento ou uso errado de medicamentos, não somente aqui na nossa sociedade, mas também em outros países, como Gana e Camarões.

RZ: Nesse sentido, conceitos como o mau uso ou o uso racional servem mais para pesquisas biomédicas que para trabalhos antropológicos.

SG: A ironia é que um medicamento perfeito, quando usado com a finalidade errada, pode se tornar um medicamento ruim. Há pouco falei sobre o fim da vida dos medicamentos: podem passar por todas as etapas da vida muito bem, mas no final podem ser usados como a finalidade errada, e como consequência sua vida inteira virou um fracasso. Errada segundo o médico, mas não segundo o paciente. Por exemplo, uma overdose de soníferos. Têm como função ajudar o sono, mas quando são tomados em overdose, é para pôr fim à vida. A pessoa está cansada ou qualquer coisa, não quer viver sozinha. Em Gana, também. O autoaborto é outro exemplo. Uma overdose de antimaláricos, por exemplo. Neste país, na Holanda, é impossível conseguir sem receita médica; em Gana, pode comprar na feira, como pode também comprar os antibióticos. Quando vou a Gana, não compro meus antimaláricos aqui porque dá muito trabalho. Tem que ir ao médico e tal. Sempre que chego em Gana, vou direto ao centro da cidade e compro os comprimidos em qualquer loja. Sei o que estou fazendo. Não preciso de médico; não preciso de receita. São alguns exemplos do uso racional de medicamentos que, segundo o médico ou o provedor ou o farmacêutico, pode ser considerado errado.

RZ: Em relação à ideia de eficácia: Se entendemos que a eficácia farmacêutica engloba o *set* e o *setting* em que os medicamentos são consumidos, como podemos evitar o estigma de sermos tachados ou de construtivistas radicais ou de idealistas ingênuos? E ao mesmo tempo, como evitar a dicotomização entre as propriedades químicas dos fármacos e sua contextualização sociocultural?

SG: Primeiro, acho que a palavra estigma é muito forte. Não é estigma, mas pode atrair críticas por falta de atenção ou ignorância. Um pouco antes falamos sobre a eficácia mágica versus a eficácia biomédica. É quase a mesma coisa. Quando damos ênfase às ideias e práticas relacionadas ao contexto, no uso de medicamentos, não estamos negando seus atributos químicos e biomédicos. Apenas enfatizamos que o trabalho de remédios não pode ser entendido por completo se os isolamos do contexto. Na antropologia dizemos que tudo depende do contexto. A história e a antropologia são provavelmente as únicas disciplinas

que têm o contexto como determinante do significado das coisas, das palavras e das práticas. Limitar nosso foco ao produto científico do laboratório, sem considerar seu contexto, seria limitado e ingênuo.

Me lembro de uma citação famosa, “nunca estamos fora do contexto”, mesmo quando dizemos “isso está fora do contexto”. Talvez seja uma contradição, mas ainda há o contexto de não ter contexto. No caso de medicamentos, seria mais correto dizer que falta o contexto mais relevante. Estar numa sala vazia é também estar num contexto: de uma sala vazia. Ao dar ênfase ao contexto, não estamos “construindo” os medicamentos; estamos ampliando e matizando seu significado; os observamos a partir do contexto em que são usados. Nesse sentido, a antropologia farmacêutica, se posso usar esse termo, não é diferente de qualquer outro tipo de antropologia. Ver as coisas no seu contexto é o que fazemos na observação participante. Quero estar lá. Quer ver com os próprios olhos o que está acontecendo. Não quero enviar meus alunos ao campo com questionários enquanto fico no escritório à espera dos resultados e tirando conclusões. Eu não estava lá. Eu não vi o contexto. Eu não vi o contexto da entrevista, muito menos o contexto do medicamento sendo discutido naquela entrevista. É apenas no contexto, estando lá, com observação participante, que se pode dizer, com um grau razoável de segurança, que entendeu o que o outro tem em mente. Não é perfeito, mas é o melhor que podemos fazer.

RZ: Em uma das suas mais recentes publicações, o senhor fala: “A perspectiva multinível demonstra como a ‘mesma coisa’ se torna uma ‘coisa diferente’ quando se desloca para outro nível” (VAN DER GEEST, 2018, p. 3). Essa perspectiva multinível dos medicamentos (“biografia” ou “vida social” dos medicamentos) sempre esteve presente no seu trabalho. A trajetória fluida das substâncias enteógenas sendo usadas para o tratamento de distúrbios mentais e as substâncias psicotrópicas sendo usadas para fins recreativos e para melhorar o desempenho seriam bons exemplos da maneira como a “mesma coisa” se torna uma “coisa diferente”? Pode falar um pouco mais sobre isso?

SG: Primeiro, devo confessar que ao longo do meu interesse e estudo de medicamentos, ignorei quase por completo o lado recreativo dos fármacos, tal como os conhecemos. Amsterdam é um lugar muito ativo nesse campo. Eu estava muito próximo a isso, em termos geográficos; dava para ver pela janela da universidade. Mas isso não quer dizer que eu possa dizer algo a seu respeito. Não é diferente dos outros exemplos que já dei: remédios tirados de um contexto e usados em outro contexto para outra finalidade. Falamos sobre o uso de soníferos para pôr fim à vida, sobre os antimaláricos para aborto, etc. É a mesma coisa. O medicamento foi produzido para uma coisa, mas as pessoas descobriram que funciona muito bem também para outra coisa. O uso recreativo da morfina é um exemplo. É a mesma história. E ninguém pode controlar seu uso uma vez vendido (ou roubado) o “remédio”. Uma vez que chegou ao mercado de commodities, o comprador pode fazer o que bem entender. Pode até usar para matar sua mulher ou fazer algo burro. Alguns anos atrás, uma aluna

minha, uma pessoa fabulosa, morreu depois de tomar gama-hidroxitirato. Não havia tomado antes, mas uma amiga lhe deu e ela morreu. Há exemplos trágicos como esse na biografia dos medicamentos.

Quando digo que o medicamento vira “outra coisa”, é claro que não estou dizendo isso no sentido literal. Continua igual, mas assume outro significado e efeito. Uma substância que promove a vida pode se tornar uma substância que acaba com a vida. A faca que se usa para fatiar o pão pode se tornar a arma que mata. Por isso que acho um assunto importante de pesquisa. Para os formuladores de políticas públicas é muito difícil tomar as decisões acertadas nesse campo de uso e mau uso. Não se pode proibir a venda de certos medicamentos, mas pode procurar organizar sua venda de tal forma que se torne mais difícil ter acesso a eles. Mas hoje temos um novo problema, porque agora podemos comprar tudo na internet. A internet passa por cima de todas as leis e regulamentos que temos neste país sobre o acesso ou não a medicamentos sem receita médica. Alguns dias atrás a oxicodona apareceu na televisão – um forte analgésico opioide que é receitado com frequência pelos médicos. Mas a oxicodona é atualmente o opioide recreativo mais usado nos Estados Unidos. Estima-se que em torno de 11 milhões de pessoas naquele país usam a oxicodona para fins não médicos. Os médicos, os legisladores e a polícia não têm como controlar a evolução dessa situação.

RZ: Será que poderia compartilhar conosco suas ideias a respeito de polarizações como legal/ilegal, ritual/não ritual, natural/artificial, tratamento/aprimoramento no contexto dos temas que o campo da antropologia dos medicamentos vem abordando hoje em dia?

SG: Legal/ilegal, todas essas dicotomias, esses pares de oposições, são, evidentemente, uma simplificação da realidade. Os contrastes desse tipo podem ser úteis por motivos metodológicos ou heurísticos, mas sabemos que se trata de um campo fluido. Tomemos o exemplo de ritual e não ritual. Se, no começo de cada dia, eu tomo um comprimido de vitaminas e no final de cada dia tomo um sonífero, essas atividades se ritualizam. Ou se, durante o almoço, eu sempre tomo determinado remédio que o médico receitou, isso também se torna uma espécie de ritual para mim. Estou usando uma definição ampla de ritual, e não “ritual” no sentido específico atribuído à palavra pelos teólogos e estudiosos de religião. Ritual e não ritual se mesclam no mesmo ato. A mesma coisa se aplica a legal/ilegal. Há médicos que prescrevem muito porque querem ser bem aceitos ou querem agradar o paciente ou querem ganhar mais. Por lei, o médico tem o direito de fazer isso, mas eu considero ilegal. Ultrapassa a lei porque os médicos deveriam ser bons e não prescrever demais, ser muito “generosos” na prescrição de antibióticos. Neste país, os médicos evitam receitar antibióticos sem necessidade por causa do problema de resistência. Em outros países – até vizinhos – os antibióticos são receitados com muito mais frequência. Os contrastes que mencionou na pergunta são um tanto problemáticos porque a realidade é muito mais matizada. Há muita ilegalidade nos atos legais e vice-

versa. Há muito do não ritual dentro do ritual. Quais foram os outros contrastes que mencionou?

RZ: Natural/artificial, por exemplo, tratamento/aprimoramento.

SG: Enfim, pode ser útil fazer distinções tão contrastantes para fins analíticos, mas na outra ponta é preciso anular essa oposição. Uso essas distinções para organizar minha pesquisa, como pauta para meu trabalho. Mas depois que eu termino o estudo de determinada questão a partir da perspectiva de contrastes, junto de novo os dois lados. Ou, em outras palavras: olhar as coisas a partir da perspectiva de diferenças é o melhor jeito de enxergar a ausência de diferenças. Quando se estuda os medicamentos ilegais e legais no seu contexto natural, cotidiano, pode-se chegar à conclusão de que legal e ilegal são imbricados. Durante a pesquisa em Camarões, eu visitei o hospital também, um ambiente correto em termos jurídicos, ou assim se imaginaria. Pois muitas das práticas não são corretas, nesse sentido. É permitido que os médicos, as enfermeiras e seus familiares levem para casa remédios indicados para o uso de pacientes internados. Quando a enfermeira tira férias, não pode ir à aldeia sem remédios. Seria considerada uma filha má. Os pais têm a expectativa de que as filhas que trabalham como enfermeira levem remédios para casa. É uma colisão de mundos morais distintos. A situação no campo é muito mais complexa que a distinção simplista de legal/ilegal, ritual/não ritual etc.

RZ: Há mais alguma coisa que gostaria de acrescentar?

SG: Alguma coisa que não abordamos? Falamos sobre vários aspectos dos medicamentos. É bom que mencionamos a Internet, porque é um fenômeno recente que está atraindo mais atenção agora. Os antropólogos, inclusive do nosso departamento, estão escrevendo sobre o mundo digital em relação à privacidade e ao marketing.

RZ: Como é que se ganha acesso?

SG: Eu não tive essa experiência. A internet é fácil porque é anônimo, então não há risco para as pessoas. Quando eu pesquisava em Camarões, durante uns 10-11 meses, me sentia bem à vontade no chamado mercado ilegal porque as pessoas não o viam como ilegal. O policial comprava seus “remédios ilegais” na feira. Fazia parte do dia a dia. Oficialmente, é ilegal, mas se a lei fosse aplicada de verdade e os policiais afastassem ou prendessem todos os homens e todas as mulheres vendendo medicamentos, seria um desastre, porque as pessoas precisam deles. Então é normal. Chamamos de ilegal a partir de uma perspectiva, mas para eles é normal. Fui abordado pela polícia apenas uma vez – me levaram até a delegacia – mas não porque eu estava pesquisando o tipo de mercado ilegal que eles achavam. Era: “O que esse cara está fazendo na cidade?” Acharam a minha presença suspeita. Será que era da CIA? Fui interrogado e me soltaram depois de eu apresentar o documento me dando autorização para fazer a pesquisa. Concordo que há campos que são complicados e cheios de riscos. Mas sabe o que é difícil? Conseguir acesso ao laboratório

de uma fábrica farmacêutica. Eles não gostam de dar acesso a antropólogos. Os poucos antropólogos e sociólogos que já estudaram esses laboratórios não fizeram relatos muito favoráveis. Mas o mercado informal/ilegal de Camarões não foi um problema. Eu me senti bem à vontade.

RZ: Ótimo. Foi um prazer. Muito obrigada!

SG: Obrigado pela atenção e por ter sido inspirada por meu trabalho. Nós antropólogos escrevemos muito, mas parece que ninguém está lendo nossa produção além de alguns colegas. Fico contente de conhecer alguém que se inspirou em nosso trabalho. Obrigado.

Referências

- EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. **Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande**. Oxford: Clarendon Press, 1976.
- JANZEN, John M.; Arkininstall, William. **The quest for therapy: medical pluralism in Lower Zaire**. Berkeley: University of California Press, 1978.
- VAN DER GEEEST, Sjaak. Pharmaceuticals. **The International Encyclopedia of Anthropology**, Wiley Online Library, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbieal757>.
- VAN DER GEEEST, Sjaak. How can it be!? Ethnography as magical realism and the discovery of the ordinary. **Medicine Anthropology Theory**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 79-94, 2015.
- VAN DER GEEEST, Sjaak. 'Sacraments' in the Hospital: Exploring the Magic and Religion of Recovery. **Anthropology & medicine**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 135-50, 2005.
- VAN DER GEEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds (ed.). **The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology**. Dordrecht: Kluwer, 1988.
- WHYTE, Susan R.; VAN DER GEEEST, Sjaak; HARDON, Anita. **Social Lives of Medicines**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002.
- ZORZANELLI, Rafaela. Drug Trajectories: Interviews with Researchers. **Pharmacy in History**, [s.l.], v. 62, n. 1-2, p. 47-48, 2020.

Rafaela Zorzaneli

Professora do Instituto de Medicina Social Hésio Corderio, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço profissional: Rua São Francisco Xavier, n. 524, Maracanã, Bloco E, 7º andar, UERJ, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20550-013.

E-mail: rtzorzaneli@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5964-9638>

Como referenciar este artigo:

ZORZANELLI, Rafaela. Entrevista com Sjaak van der Geest. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e92424, p. 237-249, janeiro de 2023.