

ILHA

Revista de Antropologia

Florianópolis, volume 25, número 1
Janeiro de 2023



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/>

ILHA – Revista de Antropologia, publicação do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal de Santa Catarina.



Universidade Federal de Santa Catarina

Reitor: Prof. Dr. Irineu Manoel de Souza

Diretora do Centro de Filosofia e Ciências Humanas: Profa. Dra. Miriam Furtado Hartung

Coordenadora do PPGAS: Profa. Viviane Vedana

Coordenação Editorial Viviane Vedana

Editores Viviane Vedana, Vânia Zikan Cardoso e Bruno Reinhardt

Conselho Editorial Alberto Groisman, Alicia Norma Gonzalez de Castells, Antonella Maria Imperatriz Tassinari, Bruno Mafrá Ney Reinhardt, Carmen Silvia Rial, Edviges Marta Ioris, Esther Jean Langdon, Evelyn Martina Schuler Zea, Gabriel Coutinho Barbosa, Ilka Boaventura Leite, Jeremy Paul Jean Loup Deturche, José Antonio Kelly Luciani, Letícia Maria Costa da Nóbrega Cesarino, María Eugenia Domínguez, Maria Regina Lisboa, Márnio Teixeira-Pinto, Miriam Hartung, Miriam Pillar Grossi, Oscar Calavia Saez, Rafael José de Menezes Bastos, Rafael Victorino Devos, Scott Correll Head, Sônia Weidner Maluf, Theophilos Rifiotis, Vânia Zikán Cardoso e Viviane Vedana.

Conselho Consultivo Bozidar Jelenik, Universidade de Liubidjana, Eslovênia; Claudia Fonseca, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Cristiana Bastos, Universidade de Lisboa, Portugal; David Guss, Universidade de Tufts, Estados Unidos; Fernando Giobalina Brumana, Universidade de Cádiz, Espanha; Joanna Overing, Universidade de St. Andrews, Escócia; Manuel Gutiérrez Estévez, Universidade Complutense de Madrid, Espanha; Mariza Peirano, Universidade de Brasília; Marc-Henri Pialat, Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais, França; Soheila Shahshahani, Shahid Beheshti University, Irã; Stephen Nugent, Universidade de Londres, Inglaterra.

Projeto gráfico e Diagramação Annye Cristiny Tessaro (Koru Editorial)

Revisão de Português e normalização da ABNT Patricia Regina da Costa

Ilustração da capa: Maria Carolina Lins Brandão (Lola)

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária

Ilha – Revista de Antropologia / Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. v. 25, número 1, 2023.
Florianópolis: UFSC/PPGAS, 2023 – 285 pp.

ISSNe 2175-8034

1. Antropologia 2. Periódico 1. Universidade Federal de Santa Catarina

Solicita-se permuta/Exchange desired

As posições expressas nos textos assinados são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

Toda correspondência deve ser dirigida à Comissão Editorial da Revista Ilha
Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas – CFH
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário – Trindade
88040-970 – Florianópolis – SC – Brasil
Fone/fax: (48) 3721-9714

E-mail: ilha.revista@gmail.com

Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha>

Copyright: A ILHA – Revista de Antropologia está licenciada sob a Licença Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 International. Com essa licença você pode compartilhar, adaptar, criar para qualquer fim, desde que atribua a autoria da obra.

Editorial

Caras leitoras, caros leitores,

Desejamos a todas as pessoas que nos leem um excelente 2023, com votos de que as mudanças que se anunciam para o Brasil sejam efetivas, em prol de um país mais democrático e cada vez menos desigual. Sabemos, porém, que esse é um processo árduo e que exige nossa atenção e reflexão. Em 2023 a *Revista Ilha* segue, portanto, seu compromisso com a divulgação das pesquisas em antropologia, que tanto têm e podem contribuir com cenários mais felizes para a sociedade brasileira. Festejamos neste ano o novo Qualis da *Ilha – Revista de Antropologia*, agora avaliada como A2 pela Capes. Nesse mesmo caminho, o PPGAS/UFSC também festeja sua nota 6 na última Avaliação Quadrienal da Capes, divulgada no final do ano de 2022. Compartilhamos com leitoras e leitores a alegria do reconhecimento de nosso trabalho nestes anos todos e agradecemos o engajamento de toda a comunidade que faz a revista existir: autores, avaliadores, comissão editorial, estagiários, bolsistas, leitores, tradutores, a equipe de revisão e diagramação, a equipe do Portal de Periódicos da UFSC, enfim a todas as pessoas que de uma forma ou de outra fazem parte da nossa história. A existência e a qualidade de uma revista científica exigem o trabalho e a dedicação de muitas pessoas e é a essa dedicação que agradecemos hoje, obrigada!

Celebrando essas novidades, começamos 2023 com mais uma mudança na capa da revista, que ganhou nova ilustração, com inspiração nas inscrições rupestres que são encontradas em Florianópolis, mais precisamente na Ilha do Campeche, e que remetem à existência e aos modos de vida dos povos originários que habitaram estas terras e estas águas. A ilustração, assim, nos fala tanto do lugar, como da diversidade a que antropologia tanto dá atenção.

Em 2023, abrimos nossas publicações com um número composto do Dossiê “*Antropologia a partir dos medicamentos: coproduções, políticas e agenciamentos contemporâneos*”, organizado por Rosana Castro, Cíntia Engel e Rogério Lopes Azize. O dossiê é formado por dez artigos que tratam, de maneiras criativas e inovadoras, da centralidade dos medicamentos – em suas mais variadas formas – nas relações sociais contemporâneas. Podemos observar, a partir dos artigos publicados, a complexidade dessa discussão que envolve abordagens distintas sobre saúde, corpo, políticas públicas, subjetividades, ciência e práticas. Este dossiê oferece uma grande contribuição para a reflexão antropológica, como fica evidente na apresentação elaborada pelos organizadores, que nos apontam um quadro geral desse campo de discussão. Publicamos neste número também uma

entrevista com Sjaak van der Geest, professor emérito de Antropologia Médica da Universidade de Amsterdam, que trata de sua trajetória de pesquisa, trabalho de campo e investigações, além de uma tradução e uma resenha. Esperamos que essas leituras possam inspirar novas pesquisas, contribuir para aquelas em andamento e fomentar o debate sobre temas tão caros à antropologia.

A *Ilha – Revista de Antropologia* é uma publicação que reúne artigos inéditos, resenhas, traduções, ensaios bibliográficos e dossiês temáticos que contribuam para o debate contemporâneo no campo da antropologia. Temos seguido nosso compromisso de divulgação da pesquisa científica no âmbito da antropologia, primando pela seriedade e pelo rigor na produção desse conhecimento. A *Revista Ilha*, seguindo a tendência contemporânea, passou a ser publicada exclusivamente *on-line*, sendo esta uma forma mais ágil e sustentável para a ampla divulgação de nossa produção.

Desejamos a todos e a todas boas leituras e um ótimo 2023!

Viviane Vedana
Editora-Chefe

SUMÁRIO

Dossiê: “Antropologias a partir dos medicamentos: coproduções, políticas e agenciamentos contemporâneos”

Apresentação..... 07

Rosana Castro, Cíntia Engel e Rogerio Lopes Azize

“Cada mamada é uma vacina”: amamentação e anticorpos no contexto da Covid-19..... 21

Marina Nucci e Fernanda Vecchi Alzuguir

A “Justiça” e o Acesso a Medicamentos em Tempos de Desabastecimento..43

Lucas Freire

Medicamentos de Alto Custo, Judicialização e os Dilemas no Acesso Terapêutico às Pessoas com Síndrome de Berardinelli.....62

Jociara Alves Nóbrega e Carlos Guilherme do Valle

“A cura começa no momento em que estou regando minhas sementes”: os medicamentos artesanais à base de cannabis produzidos por pacientes da Fundação Daya – Chile.....89

Luciana Barbosa

Entre Eficácias e Riscos: controvérsias em torno da Cannabis no Brasil 112

Hellen Caetano

Misturas e Cortes entre Drogas, Medicamentos e Corpos na Feitura “EU” 134

Wander Wilson

A Fluidez do Aprimoramento Cognitivo Farmacológico e a Coprodução de Modos de Subjetividade na Contemporaneidade: uma pesquisa antropológica a partir dos nootrópicos..... 159

Bruno Pereira de Castro

Broscience: uma análise sobre o consumo de medicamentos entre fisiculturistas 178

Gabriel Salgado Ribeiro de Sá

“Me sinto outra pessoa”: testemunhos de transformação via modulação hormonal bioidêntica..... 199

Fabiola Rohden e Camila Silveira Cavalheiro

Posografia: experimentando uma pesquisa a conta-gotas.....218

Fernanda dos Santos de Macedo e Paula Sandrine Machado

ENTREVISTA

Entrevista com Sjaak van der Geest 237

Rafaela Zorzanelli

Interview with Sjaak van der Geest..... 250

Rafaela Zorzanelli

TRADUÇÃO

Drogas Fluidas: revisitando a antropologia dos fármacos..... 263

Anita Hardon, Emilia Sanabria e Isabel Santana de Rose

Dossiê: “Antropologias a partir dos medicamentos:
coproduções, políticas e agenciamentos
contemporâneos”



Organizadores

Rosana Castro

Cíntia Engel

Rogério Lopes Azize

Apresentação

Presentation

Rosana Castro¹

Cíntia Engel²

Rogério Lopes Azize¹

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

²Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Comprimidos para o alívio de dores. Ampolas com anestésico para possibilitar cirurgias longas e invasivas. Pomadas para tratar queimaduras. Cremes de uso tópico para crescer cabelos e pelos faciais. Antiácidos efervescentes providenciais para ajudar na digestão de alimentos. Quimioterápicos cuja promessa de cura pode vir acompanhada de dolorosos efeitos colaterais. Substâncias de uso crônico para regular, controlar ou compensar acometimentos fisiológicos e psíquicos. Moduladores de alterações desejadas de estados físico-mentais. Produtos que vendem “qualidade de vida”. Objetos de ações coletivas de luta por acesso. Alvos de políticas de controle estatal para coibir usos “irracionalistas” ou que causam “dependência”. Tecnologias cuja ausência ou escassez adjectiva doenças como “órfãs” ou “negligenciadas”. Símbolos acabados de práticas técnico-científicas. Agregadores de monumentais investimentos privados multinacionais. Pomos de controvérsias estrategicamente forjadas para intensificar crises sanitárias, científicas e políticas.

Os medicamentos são uma constante das relações sociais contemporâneas e têm configurado um incandescente campo de pesquisas etnográficas. De acordo com Desclaux (2006), a antropologia os privilegia como objeto desde os anos 1980, e, ao longo das décadas seguintes, eles receberam atenção nos mais diversos períodos de sua biografia (VAN DER GEEST; WHYTE, 1996) ou em diferentes genealogias (VARGAS, 2008). Desde então, comprimidos, cápsulas, vacinas, placebos, pomadas, emplastros, suplementos e vitaminas aparecem em etnografias. A partir dos anos 1990, é evidente a consolidação de pelo menos duas tendências marcantes: o aumento de pesquisas sobre etapas anteriores à prescrição e o incremento de abordagens teórico-metodológicas do campo dos estudos sociais da ciência nos mais diversos contextos (HARDON; SANABRIA, 2017). Ao considerarmos essas tendências, acompanhadas de contribuições consolidadas no campo relativas às práticas, significados e sentidos que esses objetos assumem em distintos enquadramentos de uso, distribuição, prescrição e *marketing*, bem como processos de judicialização e ações de coletivos de ativistas para acesso a medicamentos, encontramos neles um diversificado tema de pesquisa antropológica.



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/>

Os medicamentos, em suas variadas formas materiais, modos de aparição e dinâmicas de articulação na vida social, ganharam centralidade inegável na pandemia de Covid-19. O contexto e o conteúdo relativamente opacos de medicamentos e vacinas passaram a ser acompanhados, quase que em tempo real, com informações constantemente checadas (ou não) sobre resultados de fases de pesquisas, protocolização de autorizações de uso emergencial ou definitivo e disponibilização de tratamentos referendados ou não por comunidades científicas e órgãos regulatórios. Discutimos intensamente, ainda hoje, os modos com que dimensões institucionais, políticas, profissionais, familiares e afetivas de nossa vida social estão associadas aos medicamentos – sobretudo, as vacinas.

Apesar das atenções redobradas que o assunto vem recebendo durante a pandemia de Covid-19, os medicamentos não são objetos de reflexão novos na antropologia brasileira (CAMARGO, 2021; CASTRO, 2012). Há cerca de uma década, um significativo adensamento de iniciativas relacionadas à visibilização e à consolidação de um campo de pesquisas em torno, sobre e a partir dos medicamentos vem ganhando maior relevância no Brasil. Nesse circuito, destacam-se como marcos a realização de grupos de trabalho voltados para os medicamentos em eventos acadêmicos do campo da Antropologia. Nas edições de 2011 e 2013 da Reunião de Antropologia do Mercosul, tivemos a realização do GT “Antropologia e Medicamentos”; atividade que se desdobrou posteriormente na Mesa Redonda “Antropologia e Medicamentos: explorando políticas, racionalidades e eficácias”, na edição de 2019 do mesmo evento. Apesar de ser um evento internacional, nessas três atividades, houve o envolvimento de pesquisadoras e pesquisadores brasileiros em sua coordenação, sendo uma possível sinalização da proeminência que o assunto vem adquirindo no país.

Nesse período, destacam-se no cenário nacional as produções em torno de fenômenos como: os ensaios clínicos com medicamentos e vacinas; regulamentação sanitária; produção e *marketing* farmacêutico; políticas industriais, comerciais e estatais de abastecimento e escassez; interações e práticas em farmácias, drogarias e serviços de saúde; negociações em torno do diagnóstico e da prescrição; judicialização de medicamentos e agenciamentos locais de uso e circulação – havendo tendências marcantes de pesquisas em torno de temáticas como gênero e sexualidade; psicofármacos e a produção científica de medicamentos (CAMARGO, 2021). O campo dos medicamentos é atravessado, ainda, por questões como biomedicalização, pharmaceuticalização da vida e aprimoramento (*enhancement*) (ROHDEN; MONTEIRO, 2019), associados a etnografias que abordam relações articuladas em torno de distintas tecnologias biomédicas.

Contribuindo para a continuidade de iniciativas reflexivas e de pesquisa em eventos nacionais, no ano de 2021, as organizadoras e o organizador deste dossiê coordenaram a Mesa Redonda “Medicamentos, substâncias e políticas: (re)produção de iniquidades em contextos contemporâneos” na IV Reunião de Antropologia da Saúde, e o Simpósio Temático “Dispositivos socioquímicos no capitalismo tecnocientífico: substâncias, corpos e agenciamentos (im)possíveis”, na VIII Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia. Nossa ideia inicial em realizar essas atividades era justamente fomentar diálogos entre interessadas no assunto, potencializar conexões entre suas pesquisas e desafiar presumidas fronteiras entre os diferentes campos e assuntos colocados em contato. Nesse sentido, além de pesquisas sobre relações e agenciamentos com e/ou a partir de medicamentos,

interessavam-nos também os modos com que substâncias, alimentos, suplementos, contaminantes, agrotóxicos, entre outros, sinalizavam questões comuns ou transversais entre tradições e subáreas de pesquisa, bem como o potencial de desestabilização e de disputa sobre os sentidos e os estatutos dos medicamentos a partir desses tensionamentos.

Produtivamente provocados a seguir pensando a partir das instigantes pesquisas que conhecemos neste percurso, retornamos aos medicamentos e propusemos este dossiê temático à *Ilha – Revista de Antropologia*, que prontamente acolheu nossa proposta. Por meio de uma chamada aberta, convidamos autores a apresentarem *etnografias a partir dos medicamentos*. Inspiradas por Fonseca, Rohden e Machado (2012), entendemos que antropologias a partir dos medicamentos os colocam como objeto central da reflexão etnográfica, ao mesmo tempo que se valem deles para realizar análises sobre dimensões relacionais, corporais, institucionais, ambientais, políticas, econômicas e éticas coproduzidas (JASANOFF, 2004). Procurávamos alcançar três propósitos principais: a) reunir pesquisas etnográficas recentes que tivessem os medicamentos como objeto central de reflexão e/ou análise; b) identificar possíveis tendências persistentes ou questões inovadoras na área e visibilizar suas contribuições ao campo da Antropologia; c) contribuir para o campo com uma publicação temática contemporânea, inspiradas pelo marco dos dez anos de publicação do emblemático dossiê “Antropologia e medicamentos”, lançado na R@U – Revista de Antropologia da UFSCar em 2012 (MARTINS; SARTORI, 2012).

O retorno que obtivemos com o lançamento da chamada superou nossas expectativas mais otimistas. Recebemos 23 artigos de 36 pesquisadoras e pesquisadores de variadas universidades, momentos profissionais, vinculações institucionais e Unidades da Federação. Além disso, profissionais de diversas áreas do conhecimento enviaram resultados de pesquisas e reflexões, em uma animadora sinalização de que perspectivas antropológicas sobre os medicamentos podem ensejar diálogos raros entre distintas e distantes áreas do conhecimento e de que a etnografia compõe os repertórios teórico, metodológico e analítico de pesquisas qualitativas para além do campo da Antropologia *stricto sensu*. Pesquisadoras vinculadas a departamentos e programas de pós-graduação em Antropologia, Sociologia, Saúde Coletiva, Psicologia Social, Comunicação, entre outros, enviaram seus trabalhos, denotando a efervescência e o entusiasmo com que os medicamentos tem incitado reflexões em múltiplos campos do conhecimento. A seguir, na apresentação do dossiê, buscamos salientar não somente as temáticas, perspectivas e contribuições de cada artigo, mas também sinalizar brevemente os modos com que tais trabalhos dialogam e adensam pesquisas etnográficas afins.

Iniciamos o dossiê com o artigo de Marina Fisher Nucci e Fernanda Alzuguir. O texto atualiza debates já conhecidos no campo dos estudos sobre amamentação e vacinas a partir dos eventos desencadeados pela Covid-19 e suas mesclas políticas, econômicas e morais. As autoras acompanham reportagens publicadas sobre o tema em 2021, assim como a movimentação nas redes sociais em torno da garantia de vacinação prioritária para lactantes. A relação entre aleitamento e imunidade tem sido material de disputa entre movimentos de mães, profissionais da saúde e jornalistas. Apesar de muitas controvérsias, a relação metonímica entre aleitamento e vacina conquistou espaço e decisões políticas, ganhando ainda mais nuances no contexto da Covid-19. Em um ambiente de corrida pela vacina em contexto de escassez para países do sul

global, um movimento de mães lactantes e profissionais parceiros passaram a reivindicar a prioridade de vacinação para esse público. Aqui, a fé no medicamento e a articulação de grupos em torno do direito ao acesso (RABINOW, 1999; ROSE, 2013), tópicos caros ao campo, mobilizam-se de formas não óbvias na etnografia. Por um lado, são atravessadas por um movimento antivacina ímpar ao contexto contemporâneo brasileiro (HOCHMAN, 2011); por outro, pela distribuição desigual de vacinas na geopolítica global e interna ao Brasil (CASTRO, 2021). No texto, vemos de forma muito expressiva e contemporânea como os medicamentos são objetos materiais-semióticos (HARAWAY, 1991), especialmente no sentido em que a semiótica mobiliza as relações que performam o material – ver artigo de Hardon e Sanabria, cuja tradução compõe este dossiê.

Com o artigo de Lucas Freire, continuamos envolvidos com as movimentações políticas que se articulam a partir dos fármacos, mas nos deslocamos um pouco da formulação de metáforas e narrativas *on-line* para sentarmos na cadeira de uma câmara de litígio. O autor acompanha o cotidiano da Câmara de Resolução de Litígios e Saúde do Rio de Janeiro entre 2016 e 2017. A Câmara e seus muitos servidores atuam como uma instância intermediária entre saúde e justiça, buscando soluções administrativas/extrajudiciais para demandas por acesso a tecnologias de saúde. Caso não se encontrem tais soluções, os casos são encaminhados para a defensoria e seguem o fluxo da justiça. Entramos, então, na judicialização, um assunto com considerável acúmulo de etnografias na área (AURELIANO; GIBBON, 2020; BIEHL; PETRYNA, 2016; FLORES, 2016). Diferente, contudo, de uma perspectiva que percebe a judicialização como uma infraestrutura paralela aos circuitos medicamentosos do SUS (BIEHL, 2013; 2016) e que se articula a partir da luta pelo direito ao acesso por parte de pacientes e familiares, Freire percebe o potencial acesso à justiça como uma etapa ordinária do fluxo institucional do sistema público de saúde. Para o autor, ainda, o mote da escassez de recursos marca o SUS desde sempre e suas crises, como já discutido em outro momento (CASTRO; ENGEL; MARTINS, 2018), não é extraordinário, mas sim um momento de agudização de uma lógica da falta.

A judicialização retorna no artigo de Jociara Nóbrega, que tem como foco a etnografia de uma complexa rede de biossocialidades (RABINOW, 1999; ROSE, 2013) produzidas por familiares e pessoas com Síndrome de Berardinelli em interação com geneticistas, setores da administração pública, indústrias farmacêuticas e outras associações do campo das doenças raras. O eixo dessas relações é a busca por acesso à leptina, um medicamento de alto custo para a doença. O trabalho da autora desenvolve uma detalhada composição etnográfica de distintos momentos marcados por situações em que a leptina foi introduzida aos membros da associação como uma promessa de tratamento por médicos e representantes da indústria; indicou-se que seu acesso teria que se dar por meio de judicialização; pacientes e familiares enfrentaram os tortuosos e complicados procedimentos e processos que envolvem “entrar na justiça”; associados se familiarizaram com as primeiras experiências de uso do medicamento e, posteriormente, encararam percalços e dificuldades para manter o acesso à leptina. Adicionalmente, Nóbrega estende a rede para alcançar experiências de envolvimento de uma “mulher Berardinelli” chilena que, para acessar a leptina, envolve-se em variados ensaios clínicos – prática que também tem sido estudada etnograficamente no contexto brasileiro (BIEHL; PETRYNA,

2016; CASTRO, 2018). Nesse trabalho, a autora sinaliza como os caminhos para que um medicamento chegue às mãos de seus usuários não é necessariamente uma linha reta. Ao contrário, em consonância com um rico conjunto de etnografias realizadas no campo das doenças raras (GRUDZINSKI, 2013; VITOR, 2019; AURELIANO; GIBBON, 2020; MARQUES, 2020), mediadores nacionais e internacionais (inclusive não humanos) precisam se articular em uma rede de relações que pavimenta a estrada entre uma biotecnologia e quem a demanda.

Ainda no campo das práticas de associativismo, o artigo de autoria de Luciana Barbosa, por sua vez, se ancora em uma pesquisa etnográfica realizada na Fundação Daya, sediada em Santiago no Chile. Trata-se de uma associação que realiza diversas ações relacionadas ao manejo da cannabis – entre elas, a instrução de associados da instituição sobre técnicas de plantio, cultivo e produção de óleo artesanal da planta. Iniciando com ricas análises sobre o enquadramento do autocultivo em suas dimensões médico-jurídicas, por um lado, e personalizado e reflexivo, por outro, a autora se dedica a descrever os processos de ensino-aprendizagem envolvidos na produção do óleo nas dependências da própria associação, bem como a refletir sobre modos diversos de percepção, uso e agenciamento de efeitos do óleo nas perspectivas de usuários e trabalhadores da Fundação. Tais práticas associativas, domésticas e individualizadas se correspondem não somente com certas injunções legais em torno da planta, mas, sobretudo, com o entendimento de que as relações entre planta e usuário são relativamente personalizadas e, portanto, as reações experimentadas no uso de seus derivados não são homogêneas (VERÍSSIMO, 2017). A valorização de relações pessoais se estende, ainda, para o entendimento de que se estabelece um vínculo pessoal com esta durante o processo de cultivo em casa, uma relação de cuidado que retorna ao usuário sob a forma de alívio ou tratamento de sintomas.

Adensando esse campo de pesquisas, Hellen Caetano discute em seu artigo o momento de instabilidade e mutação pelo qual vem passando a cannabis, com foco na intensa atividade científica e regulatória entre 2014 e 2019, mas sugerindo uma controvérsia cuja estabilização não parece visível em horizonte próximo, disputas que podem se “intensificar, repousar e nunca, de fato, cessar”. O artigo passeia por distintos estatutos (CASTRO, 2012) da cannabis, agregando fontes documentais, artigos científicos, conteúdos em sítios na internet e plataformas digitais, em uma etnografia a partir das redes científica e regulatória das quais a planta faz parte, assim como ativistas, cientistas, instituições e outros actantes. Na rede científica, Hellen analisa 132 artigos, identificando uma divisão entre trabalhos que se debruçam sobre o potencial terapêutico (especialmente do canabidiol) e outros que analisam a maconha como droga, ressaltando seus efeitos psicoativos. Essa tensão entre os usos da substância também atravessa a rede regulatória analisada, em uma disputa que envolve usos mais ou menos legítimos da planta e suas partes. A autora lança mão das noções de *risco* e *eficácia* como termos êmicos para compreender as questões em jogo – assim como os próprios termos *maconha* e *cannabis* –, que podem ser agenciados de diferentes maneiras, para nos mostrar que uma “moralização não só dos usos, mas também das substâncias, acaba acirrando ainda mais as controvérsias em torno desses compostos”.

A presença de dois artigos que tratam da maconha e seus derivados não nos parece casual: como identificado em diversas etnografias recentes, em seu todo e em suas partes,

a planta vem sendo lugar de intensas controvérsias públicas que colocam em cena seu lugar como “droga” e “medicamento”, dualidades que se replicam em novas produções de diferenças, como aquela entre “usuário” e “paciente” (POLICARPO, 2016; OLIVEIRA, 2016; CAMPOS, 2019; MOTTA, 2020; NELVO, 2020; CAETANO, 2021; BARBOSA, 2021; SOUZA, 2021).

Ainda na senda dos modos complexos com que substâncias são agenciadas, no artigo seguinte, de Wander Wilson, o que está em jogo são distinções que dizem respeito ao próprio EU, no sentido em que o uso de substâncias pode colocar sobre a mesa questões centrais, como uma percepção de autenticidade, o que constitui a verdade do sujeito. A pesquisa se localiza em dois ambulatorios ligados à dependência de drogas, com perspectivas clínicas e formas de tratamento distintas. Talvez “localiza” não seja um termo preciso, porque, em termos metodológicos, Wander se propõe justamente a pensar “o que entra e o que sai” desses espaços, trânsitos e temporalidades; no limite, as categorias tempo e espaço. Um momento etnográfico particular, quando um homem atendido em um dos ambulatorios contrasta um EU anterior (que reconhece como mais verdadeiro, um “corpo-álcool”) e um EU atual (que não se reconhece, um “corpo-outras-relações não alcoólicas”), é o ânimo inicial para se pensar circulações, diferenças, posicionamentos, “formas de produzir realidades” entre os dois ambulatorios, trabalhadores da saúde e sujeitos em tratamento. A ideia de um “Eu, suas relações e suas feitura”, articulada no artigo com a presença ou ausência do uso de substâncias, nos remete à noção de pessoa, tema importante para o campo do corpo e da saúde no pensamento antropológico (DUARTE, 2003), ao mesmo tempo que dialoga como gradações de “autenticidade” (AZIZE, 2008) e “intensidade” (VARGAS, 2008) da experiência do sujeito.

Os três artigos a seguir, de Bruno Castro, Gabriel Salgado Ribeiro de Sá e de Fabíola Rohden, nos remetem a um debate que vem ganhando mais espaço na discussão sobre usos de medicamentos: a dimensão do aprimoramento e seus limites esfumados com as ideias de prevenção e tratamento (PARENS, 1998). Em ambos os casos, o *enhancement* é pensado em sua relação com modos de subjetivação, com o lugar das substâncias na produção de determinados estilos de vida que respondem a demandas contemporâneas de desempenho cognitivo, produtivo, físico ou mental. Compõem um debate sobre a farmacologização da sociedade (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011), ou seja, a inserção de fármacos para atuar em questões que não são necessariamente tidas como processos de adoecimento (AZIZE, 2002; CONRAD, 2007; ROHDEN, 2017).

A contribuição de Bruno Castro parte da categoria nootrópicos, termo sob o qual ganham guarida uma série de substâncias divulgadas e utilizadas para aprimoramento cognitivo. A pesquisa se dá em ambientes digitais (páginas, perfis, vídeos) nos quais se divulga, comercializa e se debate dosagens, eficácia, formas de uso dessas substâncias, configurando um espaço de biossocialidade. Nesse universo, cabem suplementos alimentares, psicotrópicos e substâncias sem registro específico, o que, segundo Bruno, fala da fluidez desse termo atualmente, uma categoria em disputa. A partir dos nootrópicos, das representações e interações analisadas, o autor levanta hipóteses sobre como os usos dessas substâncias dialogam com modos de subjetivação contemporâneos, a busca por produtividade e desempenho, além de uma certa obsessão com a gestão das possibilidades do cérebro humano – sobre isso, ver também Azize (2008; 2010) e Maia (2017).

Por sua vez, Gabriel Salgado Ribeiro de Sá nos faz entrar e sair de academias de musculação na companhia de fisiculturistas, cujas práticas guardam “uma relação complexa com diversos tipos de medicamentos” – espaço e assunto que têm sido lugar de outras etnografias no Brasil – ver também Sabino (2020) e Silva (2017). Partindo da categoria *broscience*, o artigo discute a circulação de saberes e fazeres sobre drogas que atuam para aprimoramento da imagem e desempenho. Os interlocutores de Gabriel estão falando sobre um modo de produção do corpo, um “corpo experimento”, a partir de um consumo cuja possibilidade passa por relações de confiança entre aqueles que se tornam *brothers*; ao mesmo tempo, trata-se de um estilo de vida para além do espaço físico das academias, um “modo de produção de vida a partir dos medicamentos”, uma “conversão físico-moral” atravessada por noções êmicas de risco e intensidade.

Fabíola Rohden observa as postagens de um popular grupo de Facebook que congrega informações e relatos sobre a utilização de hormônios bioidênticos entre 2019 e 2020. Tratamento derivado da medicina *anti-aging* (ROUGEMONT, 2017), seus especialistas calculam o nível hormonal dos sujeitos e modulam dosagens personalizadas. Os relatos de usuários são tomados por Rohden como testemunhos, já que descrevem de forma otimista o modo como o tratamento mudou suas vidas. O caráter de “antes e depois” das narrativas sublinha melhorias no humor, desejo, apetite, disposição e muitas outras coisas. Com a análise desses testemunhos, Rohden atualiza o debate sobre *enhancement* a partir do termo êmico mais agenciado em seu campo: *investimento*. Consideravelmente alto, o custo é transposto como *investimento* nos testemunhos, indicando o retorno justo que agrega e a diferenciação de quem pode, ou não, fazê-lo. O investimento na prevenção e na qualidade de vida, assim, aparece como elemento de estratificação social. A autora, como já feito em outros lugares (LEIBING; SCHICKTANZ, 2020), chama atenção para o tipo de empreitada farmacológica envolvida em certos circuitos da virada para uma medicina preventiva.

Fernanda dos Santos Macedo e Paula Sandrine Machado são autoras do último artigo do dossiê. Elas escrevem, pesquisam e pensam de forma experimental sobre as práticas de uso de antidepressivos e ansiolíticos. Tomando como base os trabalhos de Barad (2023), Haraway (1995) e Law e Mol (1995), as autoras se aproximam da dimensão relacional da materialidade, levando a sério a composição dos corpos e espaços com os medicamentos, assim como o caráter ambiental e relacional que performa tal composição. Decidem “mostrar o universo que existe entre prescrição e ingestão” a partir de uma pesquisa que acompanha pessoas performando modos de *ficar bem* em momentos de crise. O foco, como dizem as autoras, é a conta-gotas, pois procura as estratégias pequenas, as tentativas, as combinações nas quais os medicamentos são agenciados, seja em encontros com profissionais de saúde, em ajustes de um fármaco com o afeto felino ou mesmo junto de uma conversa com a pesquisadora. Macedo e Machado reiteradamente afirmam que o texto é uma experimentação metodológica. Flerta com a etnografia, mas essa é apropriada por uma pesquisadora psicóloga e suas preocupações; se inspira na praxiografia (MOL, 2002), mas esta é articulada pelo detalhe. Para as autoras, não chega a ser nem o resultado de uma ou de outra, e sim da bricolagem do experimento – algo parecido com as práticas de *ficar bem*.

O número em que consta este dossiê conta, ainda, com duas publicações que foram acolhidas aqui de modo a potencializar suas interlocuções com o campo da antropologia dos medicamentos. A primeira delas é a entrevista realizada por Rafaela Zorzanelli com o antropólogo Sjaak van der Geest, considerado um dos primeiros a sistematizar reflexões etnográficas em torno dos medicamentos. Nessa entrevista, van der Geest reflete sobre questões que marcam sua biografia intelectual e suas perspectivas sobre os medicamentos, como seu imbricamento com práticas cotidianas, sua centralidade no cuidado em saúde, as fases de sua “vida social” e as dimensões simbólicas envolvidas em sua circulação e seu uso em contextos específicos. Além de uma excelente porta de entrada no campo para iniciantes no campo, a entrevista também registra um conjunto de questões que ancoram e fundamentam um eixo central da antropologia dos medicamentos, voltada para a compreensão de seus significados, sentidos e usos.

A outra publicação que se articula de modo direto com este dossiê é a tradução do artigo “*Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals*”, também uma referência para o campo (HARDON; SANABRIA, 2017). Reconhecendo-se como ponto de inflexão e continuidade com a clássica revisão bibliográfica de van der Geest, Whyte e Hardon (1996) a respeito dos medicamentos, o artigo de Anita Hardon e Emilia Sanabria realiza também uma sistematizada revisão da literatura, com foco na produção antropológica sobre os fármacos que se fortaleceu, a partir dos anos 1990, em forte interlocução com o campo dos estudos em Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS). Esse trabalho reúne um conjunto amplo de pesquisas em que os fármacos são pensados em distintos contexto de experimentação, regulamentação, práticas de cuidado e uso, e as autoras salientam como a abordagem dos CTS contribuem no sentido de atentar para a eficácia e os demais efeitos desses objetos menos como uma “propriedade” que lhe seja inerente que um resultado de um conjunto de processos, relações e interações sociomateriais. As autoras sinalizam, ainda, um conjunto de associações fluidas e vazamentos entre organismos e ambientes que engajam os fármacos com outras diversas substâncias, como cosméticos, drogas, agrotóxicos, poluentes, saneantes, entre outros.

Os medicamentos, mais que atalhos etnográficos (FLEISCHER, 2012), são nós de uma rede sociotécnica para lá de densa. Os textos apresentados neste dossiê reverberam temas comuns aos estudos que se dão *a partir dos medicamentos*, atualizando muitos de seus debates principais. Não obstante, se os textos apresentados aqui desenrolaram muitos fios dessas redes, finalizamos esta apresentação retomando algumas temáticas que, assim cremos, são ainda pouco priorizadas ou aprofundadas em pesquisas etnográficas contemporâneas. A primeira envolve ampliar os personagens das etnografias *a partir dos medicamentos*. Temos alguns fármacos e especialistas bem mapeados, mas outros, até mais cotidianos, parecem nos escapar. Nos faltam pesquisas sobre medicamentos sem necessidade de receita, como os de dor de cabeça, azia, curadores de ressaca. Ou, ainda, para os ativos que se vendem como facilitadores do cotidiano, como probióticos, energéticos e lactobacilos. Além disso, pacientes, burocratas e médicos ganham certa preponderância, mas e farmacêuticos, enfermeiros, dentistas, veterinários, visitantes médicos, como esses personagens compõem esse mundo medicamentoso? Tal mundo é diversificado e estabelece combinações entre si (ECKS, 2014; 2021; ENGEL, 2022). Ampliar os personagens das etnografias pode nos fazer atentar para ainda outros valores,

metáforas e *performances* materiais de cuidado, bem como para dinâmicas em que os medicamentos medeiam efeitos hierarquizantes ou contra-hegemônicos, sobretudo em contextos marcados por assimetrias de raça, gênero, classe, idade e deficiências.

Outro desafio que nos parece contínuo é a reflexão sobre limites tênues e esfumados entre categorias, por vezes êmicas, por vezes éticas, centrais para compreender usos, circulações, regulamentações e práticas que envolvem medicamentos. Alguns dos trabalhos que compõem o dossiê apresentam pistas nessa direção ao problematizarem limites entre drogas e medicamentos, aprimoramento, tratamento e prevenção, contextos mais ou menos legitimados ou lícitos, a pertinência de se perceber medicamentos como mais ou menos naturais. Quem sabe, uma contínua reflexão sobre essas categorias ainda possa se beneficiar da aproximação, de modo mais sistemático, de produções sobre fármacos, drogas, vitaminas, alimentos, suplementos, cosméticos, agrotóxicos e outros ativos químicos. Se levarmos a sério que vivemos uma vida alterada por regimes químicos vinculados ao avanço tecnoindustrial (BENSAUDE-VICENT; STENGERS, 1996; MURPHY, 2008; 2015), talvez seja oportuno colocar as múltiplas dimensões desse fenômeno em conversa. As bordas nada evidentes entre natureza e cultura são objeto central da teoria antropológica contemporânea e o nivelamento dessa conversa para os elementos químicos e seus produtos relacionais pode levar o assunto a ainda outras instâncias (PAPADOPOULOS; BELLACASA; MYERS, 2022). Repensar estratégias de pesquisa e de reflexão sobre qual posicionamento tomar em relação às forças e categorias em questão pode ampliar nosso espectro para observar as combinações do mundo com os químicos. Quiçá, pensar uma antropologia a partir dos elementos químicos e seus agenciamentos?

Referências

- AURELIANO, Waleska; GIBBON, Saha. Judicialisation and the politics of rare disease in Brazil: rethinking activism and inequalities. In: GAMLIN, J. *et al.* (org.). **Critical Medical Anthropology – Perspectives in and from Latin America**. London: UCL Press, 2020. p. 248-269.
- AZIZE, Rogerio Lopes. **A nova ordem cerebral: a concepção de “pessoa” na difusão neurocientífica**. 2010. 281f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- AZIZE, Rogerio Lopes. **A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras**. 2002. 118f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- AZIZE, Rogerio Lopes. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-30, 2008.
- BARAD, Karen. Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. **Signs Journal of Women in Culture and Society**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 801-831, 2003.
- BARBOSA, Luciana. **Redes canábicas no âmbito da saúde: usos medicinais de maconha, mobilização social e produção de conhecimento**. 2021. 231f. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2021.

BENSAUDE-VICENT, Bernadette; STENGERS, Isabelle. **A history of Chemistry**. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **Hist. Ciências Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 173-192, 2016.

BIEHL, João. Patient-Citizen-Consumers: judicialization of health and metamorphosis of biopolitics. **Lua Nova**, São Paulo: CEDEC, n. 98, p. 77-105, 2016.

BIEHL, João. The judicialization of biopolitics: claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts. **American Ethnologist**, Arlington, AAA, v. 40, n. 3, p. 419-436, 2013.

CAETANO, Hellen Monique dos Santos. **“Com mais técnica, com mais ciência”**: controvérsias em torno dos procedimentos regulatórios e científicos com cannabis no Brasil. 2021. 163f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.

CAMARGO, Ana Cláudia. Antropologia dos medicamentos: o estado da arte das pesquisas no Brasil. **Revista Textos Graduated**, Brasília, v. 2, n. 7, p. 138-156, 2021.

CAMPOS, Natália. **O remédio vem de uma planta que eu não posso plantar**: mobilização e articulação pelo uso terapêutico da maconha na Paraíba. 2019. 310f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

CASTRO, Rosana. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. **R@U – Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 146-175, 2012.

CASTRO, Rosana. Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, p. 71-90, 2021.

CASTRO, Rosana. Pesquisa clínica, ética e direito à saúde: práticas emergentes de bioativismo científico no Brasil. **Vivência**, Natal, v. 51, p. 50-72, 2018.

CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; MARTINS, Raysa (org.). **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília, DF: Sobrescrita, 2018.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

DESCLAUX, Alice. O medicamento, um objeto de futuro na antropologia da saúde. **Revista Mediações**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 113-130, 2006.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

ECKS, Stefan. Depression, Deprivation, and Dysbiosis: Polyiatrogenesis in Multiple Chronic Illnesses. **Culture, Medicine and Psychiatry**, [s.l.], v. 45, p.507-524, 2021.

ECKS, Stefan. **Eating Drugs Psychopharmaceutical Pluralism in India**. New York: New York University Press, 2014.

ENGEL, Cíntia. Dementia, a Polypharmaceutical Phenomenon: The Intimate Combinations of Dementia Drugs in Brazil. **Culture, Medicine and Psychiatry**, [s.l.], v. 47, 2022.

FLEISCHER, Soraya. Uso e Circulação de Medicamentos em um Bairro Popular Urbano na Ceilândia, DF. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 410-423, 2012.

FLORES, Lise Vogt. **“Na minha mão não morre”**: uma etnografia das ações judiciais de medicamentos. 2016. 213 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabíola; MACHADO, Paula Sandrine. “Antropologia a partir das ciências: reflexões preliminares”. In: FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabíola; MACHADO, Paula Sandrine. **Ciências na vida**: antropologia da ciência em perspectiva. São Paulo: Terceiro Nome, 2012. p. 7-21.

GRUDZINSKI, Roberta Reis. **A nossa batalha é fazer o governo trabalhar**: estudo etnográfico acerca das práticas de governo de uma associação de pacientes. 2013. 130f. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cardernos Pagu**, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995.

HARAWAY, Donna. The Biopolitics of Postmodern Bodies: constitutions of Self in Immune System Discourse. In: HARAWAY, Donna. **Simians, Cyborgs, and Women**: The Reinvention of Nature. New York: Routledge. 1991. p. 203-230.

HARDON, Anita; SANABRIA, Emilia. Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals. **Annu. Rev. Anthropol.**, [s.l.], v. 46, p. 177-132, 2017.

HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 375-386, 2011.

JASANOFF, Sheila. The idiom of co-production. In: JASANOFF, Sheila. **States of Knowledge**: the co-production of science and social order. New York: Routledge, 2004. p. 1-12.

LAW, John; MOL, Annemarie. Notes on Materiality and Sociality. **The Sociological Review**, [s.l.], v. 43, n.2, p. 274-294, 1995.

LEIBING, Annette; SCHICKTANZ, Silke. **Preventing Dementia? Critical Perspectives on a New Paradigm of Preparing for Old Age**. New York: Berghahn, 2020.

MAIA, Igor Fidelis. **Disputas em torno da ritalina**: entre a obediência farmacológica e a inteligência drogada. 2017. 136f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

MARQUES, Heytor de Queiroz. **“Está no sangue”**: etnografia sobre a perspectiva hereditária das mucopolissacaridoses no Cariri paraibano. 2020. 114f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Rio Tinto, 2020.

MARTINS, Clarissa; SARTORI, Licy (org.). Dossiê: Antropologia e medicamentos. **R@U – Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v. 4, n. 1, 2012.

MOL, Annemarie. **The body multiple**: ontology in medical practice. Duke: University Press, 2002.

MOTTA, Yuri. **O paciente dedo verde**: uma etnografia sobre o cultivo e consumo de cannabis para fins terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Autografia, 2020.

MURPHY, Michelle. Chemical regimes of living. **Environmental History**, [s.l.], v. 13, n. 4, p. 695-703, 2008.

MURPHY, Michelle. Unsettling care: Troubling transnational itineraries of care in feminist health practices. **Social Studies of Science**, [s.l.], v. 45, n. 5, p. 717-737, 2015.

NELVO, Romário Vieira. **Cotidianos, família e o trabalho do tempo**: dobras políticas no ativismo da maconha medicinal no Rio de Janeiro. 2020. 375 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

OLIVEIRA, Fabiana. **Cuidado, solidariedade e ativismo de pacientes e seus familiares em torno do óleo de maconha rico de canabidiol (CBD)**. 2016. 193 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

- PAPADOPOULOS, Dimitri; BELLACASA, María Puig de la; MYERS, Natasha. **Reactivating Elements**: Chemistry, Ecology, Practice. Durham: Duke University Press, 2022.
- PARENS, Erik. Is better always good? The enhancement project. *In*: PARENS, E. (org.) **Enhancing human traits**: ethical and social implications. Washington: Georgetown University Press, 1998. p. 1-28.
- POLICARPO, Frederico. **O consumo de drogas e seus controles**: uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil, e de San Francisco, EUA. Rio de Janeiro: Consequência, 2016.
- RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo. *In*: RABINOW, P. **Antropologia da Razão: ensaios de Paul Rabinow**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 135-157.
- ROHDEN, Fabíola; MONTEIRO, Marko. Para além da ciência e do antropos: deslocamentos da antropologia da ciência e da tecnologia no Brasil. **BIB**, [s.l.], v. 89, p. 1-33, 2019.
- ROHDEN, Fabíola. Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. **Horiz. antropol**, Porto Alegre, v. 23, n. 47, p. 29-60, 2017.
- ROSE, Nikolas. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.
- ROUGEMONT, Fernanda dos Reis. O tempo no corpo: envelhecimento e longevidade na perspectiva anti-aging. **Revista da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1 e 2, p. 36-61, 2017.
- SABINO, César. **Drogas de Apolo**: Uso Ritual de Esteroides Anabolizantes em Academias de Fisiculturismo; Notas de uma Política do Corpo. Curitiba: Appris, 2020.
- SILVA, Alan Camargo. **Corpos no limite**: suplementos alimentares e anabolizantes em academias de ginástica. Jundiaí: Paco Editorial, 2017.
- SOUZA, Jonathan Nunes. **Separar o THC, concentrar em CBD ou aproveitar a planta inteira?** Uma etnografia sobre a fabricação de “medicamentos” na ABRACE (PB). 2021. 141f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.
- VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds; HARDON, Anita. The Anthropology of Pharmaceuticals: a Biographical Approach. **Annual Review of Anthropology**, [s.l.], v. 25, p. 153-178, 1996.
- VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. *In*: LABATE, B. C. *et al.* (org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-64.
- VERÍSSIMO, Marcos. **Maconheiros, fumons e growers**: um estudo comparativo do consumo e de cultivo caseiro de canábis no Rio de Janeiro e Buenos Aires. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.
- VITOR, Victor Cezar de Souza. **Uma tramitação legislativa da esperança**: reflexões sobre a construção da causa coletiva como pauta legislativa em Política Nacional para Doenças Raras no Senado Federal. 2019. 281f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2019.
- WILLIAMS, Simon J.; MARTIN, Paul; GABE, Jonathan. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. **Sociology of Health & Illness**, [s.l.], v. 33, n. 5, p. 710-725, 2011.

Apresentação

Rosana Castro

Doutora em Antropologia Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil – Professora Adjunta

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

E-mail: rosana.rc.castro@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1069-4785>

Cíntia Engel

Doutora em Antropologia Social.

Universidade de Brasília, CASCA – Coletivo de Antropologia e Saúde Coletiva, Brasília, Brasil – Pesquisadora.

Endereço profissional: Campus Universitário Darcy Ribeiro (UnB), Edifício do Instituto de Ciências Sociais (ICS), Brasília, DF. CEP: 70910-900.

E-mail: cintiaengel@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6099-8920>

Rogerio Lopes Azize

Doutor em Antropologia Social.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil – Professor Associado.

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

E-mail: rogerioazize@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1876-8507>

Como referenciar esta apresentação:

CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia; AZIZE, Rogerio Lopes. Apresentação Dossiê: Antropologias a partir dos medicamentos: coproduções, políticas e agenciamentos contemporâneos. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e92046, p. 7-20, janeiro de 2023.

“Cada mamada é uma vacina”: amamentação e anticorpos no contexto da Covid-19

Marina Nucci¹
Fernanda Vecchi Alzuguir²

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

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

A amamentação e o leite humano são permeados por diversos sentidos. Entre eles, a referência ao leite materno como *amor líquido*, ou a noção de que ele seria dotado de qualidades medicinais (sobretudo imunológicas), funcionando como uma espécie de vacina. Há também a noção do leite como contaminante, por ser uma substância corporal passível de transmitir alguns vírus, como o HIV. Tais noções adquirem novos contornos com a pandemia de Covid-19, como observamos nos debates sobre a possibilidade ou não de transmissão do vírus e/ou anticorpos da doença pelo leite. Assim, analisamos diferentes materiais, como reportagens em jornais e postagens em redes sociais, investigando como tais noções em torno do leite humano – veículo do amor, imunizante, ou contaminante – são mobilizadas. Por fim, refletimos sobre a produção de biossocialidades a partir do movimento *Lactantes pela vacina*, que reivindicou prioridade de vacinação para lactantes utilizando o slogan “uma vacina protege dois”.

Palavras-chave: Amamentação. Leite Humano. Covid-19. Vacina. Biossocialidades.

“Breast milk is a vaccine”: breastfeeding and antibodies in the context of Covid-19

Abstract

Breastfeeding and human milk are permeated by several meanings. Among them, the reference to *liquid love*, or the notion that human milk would be endowed with medicinal qualities (especially immunological), functioning as a kind of vaccine. There is also the notion of milk as a contaminant, because it is a bodily substance capable of transmitting certain viruses, such as HIV. Such notions acquire new contours with the Covid-19 pandemic, as observed in the debates about the possibility or not of transmission of the virus and/or antibodies of the disease through milk. Thus, we analyze different materials, such as news reports and posts on social networks, investigating how these notions around human milk – vehicle of love, immunizing, or contaminant – are mobilized. Finally, we reflect on the production of biosocialities from the *Lactantes pela vacina* movement, which claimed vaccination priority for lactating women using the slogan “one vaccine protects two”.

Keywords: Breastfeeding. Human Milk. Covid-19. Vaccine. Biosocialities.

Recebido em: 14/12/2021

Aceito em: 1º/06/2022



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/>

1 Introdução

Amamentação e o leite humano são permeados por diversas noções. Um exemplo comumente observado são as metáforas – presentes tanto no senso comum, como em discursos oficiais de saúde –, que se referem ao leite materno como *amor líquido* ou *amor em gotinhas*. Esta ideia de que o amor pode – ou deve – ser *transmitido* por meio do leite materno revela um conjunto de valorações morais a respeito da maternidade, evidenciando, como já observou Elizabeth Badinter (1985; 2010), a centralidade da amamentação na construção do “mito do amor materno”, e da “boa mãe” como aquela que amamenta seus filhos.

Mas há também a noção corrente de que o leite humano seria uma substância preciosa, dotada de qualidades medicinais. Pesquisas realizadas em UTIs neonatais (CARROLL, 2014; CASSIDY; EL-TOM, 2010; BARTLE, 2010; PALMQUIST, 2015) observam que, por ser o alimento ideal para recém-nascidos internados, o leite se situa em uma fronteira entre alimento e dispositivo terapêutico. Tal noção, porém, não se limita ao ambiente hospitalar. No livro referência na área da Saúde Coletiva sobre aleitamento, “Amamentação: um híbrido natureza-cultura”, João Aprígio de Almeida (1999, p. 17) sintetiza as vantagens imunológicas da amamentação com a frase “cada mamada é uma vacina”. A mesma metáfora aparece na versão atual da Caderneta de Saúde da Criança, documento do Ministério da Saúde destinado às famílias para acompanharem o desenvolvimento de seus filhos. Assim, na seção informativa da Caderneta, ao listar as vantagens do leite materno, a substância é descrita como “[...] *uma verdadeira vacina*, protegendo a criança de muitas doenças” (BRASIL, 2013, p. 8, grifo nosso).

Por fim, em contraste, outra noção que nos interessa aqui é a do leite como contaminante, por ser uma substância corporal passível de transmitir alguns vírus, como o HIV e o HTLV. Desse modo, em casos de mães com HIV positivo, por exemplo, a amamentação é contraindicada, pois considera-se que os riscos à saúde seriam maiores do que os benefícios (BRASIL, 2015; DESCLAUX; ALFIERI, 2015; VAN ESTERIK, 2010). A descoberta de que o vírus do HIV poderia ser transmitido dessa forma ocasionou o fechamento de diversos bancos de leite ao redor do mundo ao final da década de 1980, e, no Brasil, fez com que a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, considerada referência mundial, adotasse rígidos protocolos de controle e pasteurização da substância (INAN, 1994 *apud* ALMEIDA, 1999). Ainda que HIV e HTLV sejam os casos mais emblemáticos de transmissão de vírus via aleitamento, temores em relação à contaminação se reatualizam de tempos em tempos no imaginário social, como no caso da epidemia do Zikavírus, por exemplo (WHO, 2016).

Se tais sentidos já permitiam inúmeras reflexões, em meio à pandemia de Covid-19, a discussão ganha novos contornos. Assim, observamos, no início da pandemia, em reportagens de jornais, notas de órgãos oficiais de saúde e postagens em redes sociais, cálculos de risco e benefício do aleitamento, a partir do debate da possibilidade ou não da transmissão do vírus pelo leite. Já ao passar dos meses, com o desenvolvimento de vacinas para Covid-19, a discussão se ampliou para a capacidade de transmissão pela amamentação, não do vírus, mas dos anticorpos da doença.

Assim, analisamos diferentes tipos de materiais, como reportagens em jornais de grande circulação, postagens em redes sociais, e materiais educativos, com o objetivo de investigar como estas três diferentes noções em torno do leite humano – amor líquido, dispositivo terapêutico/vacina, ou contaminante – são mobilizadas no contexto da Covid-19. Por fim, à guisa de conclusão, apresentamos um caso que coaduna as reflexões trazidas ao longo de nosso artigo: as *Lactantes pela vacina*, movimento brasileiro que se iniciou em redes sociais, reivindicando prioridade de vacinação para lactantes, utilizando o *slogan* “uma vacina protege dois”.

Procuramos também, neste trabalho, aproximar as discussões sobre amamentação – que em geral se centram no campo de estudos de gênero – com o campo dos estudos sociais da ciência. Além disso, mais especificamente, ao analisar as metáforas sobre vacina e amamentação no contexto da Covid-19, procuramos ensaiar um diálogo entre este objeto de pesquisa e as reflexões sobre o “encanto dos medicamentos” (GEEST; WHYTE; HARDON, 1996; GEEST; WHYTE, 2011). Finalmente, partindo de perspectivas como a de coprodução (JASANOFF, 2004), que encara biológico e social como mutuamente produzidos, interessa-nos refletir sobre o leite humano como um objeto material-semiótico (HARAWAY, 1995), um fluido corporal que carrega diferentes sentidos e cujo fluxo entre corpos e pessoas possibilita diferentes conexões sociais (CARSTEN, 2001; 2011; 2014).

2 Metodologia e Materiais Analisados

Nesta pesquisa analisamos diferentes tipos de materiais, como reportagens em jornais, postagens em redes sociais, materiais educativos voltados para as lactantes e recomendações de órgãos oficiais de saúde sobre amamentação e Covid-19 – como declarações da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), por exemplo.

Para selecionar as reportagens de jornais, realizamos um levantamento no *site* de dois jornais brasileiros de grande circulação, *Folha de São Paulo* e *O Globo*, com os seguintes termos de busca combinados: (amamentação/leite materno/leite humano) + (covid-19/vacina). O levantamento foi realizado em agosto de 2021, e foram encontradas sete reportagens na *Folha de São Paulo* e 14 no jornal *O Globo*, totalizando 21 reportagens publicadas entre março de 2020 e agosto de 2021. Todas as reportagens encontradas na busca foram lidas e incorporadas na análise. No Quadro 1 apresentamos uma lista com as reportagens numeradas e organizadas em ordem cronológica.

Quadro 1 – Reportagens analisadas

Número	Título	Jornal	Data
01	Grávidas e lactantes não transmitem coronavírus para o bebê	Folha de São Paulo	13/03/2020
02	Coronavírus: o que as mulheres precisam saber para preservar sua saúde	O Globo	19/03/2020
03	Me doía mais ouvir meu filho brincar pela casa sem mim', diz mãe com Covid-19	O Globo	08/04/2020
04	Leite materno pode ser usado no tratamento para a Covid-19, diz estudo	O Globo	14/05/2020
05	Amamentação infantil melhora no país na última década, mas pandemia impõe desafios	O Globo	05/08/2020
06	Especialista dá dicas para gestantes e puérperas contaminadas com o coronavírus	O Globo	28/08/2020
07	Leite materno produzido por mães vacinadas tem anticorpos contra a Covid-19, diz estudo	O Globo	13/04/2021
08	Presença de anticorpos contra a Covid no leite materno leva mães vacinadas a reiniciar a amamentação	Folha de São Paulo	16/04/2021
09	Vacinas da Pfizer e da Moderna protegem gestantes e não danificam a placenta, indicam novos estudos	O Globo	15/05/2021
10	Fora de grupos de risco, lactantes evocam efeito '2 em 1' para pedir prioridade em vacinação contra Covid	Folha de São Paulo	26/05/2021
11	Estudo detecta anticorpos contra a Covid-19 no leite de lactantes imunizadas com CoronaVac	O Globo	10/06/2021
12	Vacinadas, mães voltam a amamentar os filhos para passar anticorpos contra a Covid	Folha de São Paulo	15/06/2021
13	Ao menos seis estados incluem lactantes em grupo prioritário de vacinação contra Covid-19	O Globo	15/06/2021
14	Senado aprova proposta que inclui grávidas, puérperas e lactantes em grupo prioritário da vacina contra a Covid-19	O Globo	15/06/2021
15	Mulheres que amamentam têm prioridade na xepa de vacina na capital paulista	Folha de São Paulo	18/06/2021
16	Rio inicia vacinação de lactantes: veja o que deve constar na indicação médica	O Globo	28/06/2021
17	Ministério da Saúde volta a recomendar vacinação de gestantes e puérperas sem comorbidades	Folha de São Paulo	07/07/2021
18	Vacinas da Pfizer e da Moderna não passam RNA para o leite materno	O Globo	07/07/2021
19	Mulheres que já receberam imunização completa contra Covid-19 buscam bancos de doação para ajudar outros bebês	O Globo	25/07/2021
20	Bolsonaro sanciona lei que prioriza vacina contra a Covid-19 para grávidas, puérperas e lactantes	O Globo	29/07/2021
21	Vacinação contra Covid de mãe que amamenta não traz risco ao bebê; tire dúvidas	Folha de São Paulo	02/08/2021

Fonte: Elaborado pelas autoras deste artigo

Em relação às redes sociais, mapeamos as postagens dos perfis do movimento *Lactantes pela vacina* na rede Instagram. De modo complementar, coletamos algumas postagens de pediatras e consultoras em amamentação¹, realizadas na mesma rede, que apoiavam e/ou criticavam as reivindicações do movimento. Essa coleta não pretendeu esgotar os argumentos e posicionamentos sobre o tema e faz parte de uma pesquisa mais ampla sobre a relação entre ciência e moral nos discursos sobre amamentação e maternidade, a partir da trajetória de consultoras em amamentação (NUCCI; RUSSO, 2021).

Longe de qualquer pretensão de esgotar a gama de significados em torno do leite humano e da amamentação, a análise pretende rastrear algumas associações possíveis mobilizadas pelo cenário da pandemia de Covid-19. Compreendendo os fenômenos sociais como redes complexas e heterogêneas, “[...] constituídas por agentes e mediadores que se engajam nos eventos a partir de diferentes posições e interesses” (ROHDEN; ALZUGUIR, 2016, p. 6), consideramos ideias, conceitos, valores, identidades e expectativas que se apresentam nas notícias e postagens analisadas como um campo rico de investigação pelas ciências sociais. Nossa abordagem também implica assumir o caráter instável e provisório das informações veiculadas nas notícias analisadas, considerando que fazem parte das referidas redes cujas conexões dependem também de nosso próprio engajamento e escolhas como pesquisadoras. Assim, a escolha de se tomar como foco desta análise reportagens de veículos de grande circulação, postagens em redes sociais e materiais educativos a respeito da amamentação e do leite humano no contexto da pandemia de Covid-19 intenciona, justamente, apresentar as controvérsias que se movem a partir dos deslizamentos semânticos em torno desse fluido corporal em uma conjuntura político-sanitária marcada pelo incremento das expectativas em torno da produção da vacina. Podemos dizer, assim, que a promoção de ideias sobre a amamentação e o leite humano nos veículos analisados faz parte da rede complexa e heterogênea de negociações e de disputas em torno da produção da vacina como artefato biotecnológico. Nesse sentido, chamamos atenção para os diferentes modos pelos quais o leite humano e a amamentação são performados, considerando o início da vacinação um marco temporal importante.

3 Contextualizando Alguns Sentidos sobre a Amamentação e o Leite Humano

Do ponto de vista da saúde pública, o consenso atual é que, devido a inúmeros benefícios à saúde, as vantagens da amamentação seriam superiores a outros modos de alimentação para bebês, como a fórmula ou o leite de vaca (BRASIL, 2015). Assim, a OMS e o MS indicam que, nos primeiros seis meses de vida, o bebê mame em livre demanda e de forma exclusiva, não consumindo outros alimentos ou líquidos, nem mesmo água. A partir dos seis meses, a alimentação sólida deve ser gradualmente introduzida, e o aleitamento mantido por dois anos ou mais. Para fomentar tais recomendações, um conjunto de políticas públicas tem sido articulado nos últimos 40 anos, em escala mundial e nacional, com intuito de promover, proteger e apoiar a amamentação (HERNANDEZ; VICTORA, 2018). No Brasil, tais políticas descrevem o aleitamento materno como:

¹ Profissionais que auxiliam mulheres com dificuldades para amamentar.

[...] a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. (BRASIL, 2015, p. 7)

Van Esterik (2015) argumenta que, em geral, há dois diferentes enquadramentos para pensar a amamentação e o leite humano. O primeiro deles foca no processo da amamentação, isto é, enfatiza uma continuidade entre gravidez, nascimento e lactação, e a relação entre lactante e lactente. Já o segundo, com foco no produto – o leite humano em si –, é fruto do modelo biomédico e marca não só um processo de medicalização da alimentação e dos cuidados infantis, e um controle biomédico dos corpos, mas também evidencia a mercantilização das fórmulas lácteas, que estimula a comparação entre diferentes tipos de leite². O foco no produto promoveria também uma espécie de desacoplamento entre o leite e a pessoa que o produz.

Além disso, para a autora, o foco no produto – e a perspectiva biomédica sobre o leite humano – ganhou destaque e passou a influenciar também uma visão mais geral da amamentação enquanto processo. Isso se evidencia pela proliferação de pesquisas científicas que buscam investigar o que há *dentro* do leite, em termos nutricionais e imunológicos. Esta investigação está de acordo com o que Nikolas Rose (2007) chama de um estilo de pensamento molecularizado da biomedicina contemporânea, que concebe a vida a nível molecular, composta de um conjunto de entidades que podem ser identificadas, isoladas, manipuladas e recombinadas, a partir de intervenção biomédica.

Neste trabalho, observamos deslizamentos entre ambas as perspectivas, a de processo e a de produto. Por isso mesmo, deslizamos também entre diferentes terminologias – como amamentação, leite materno e leite humano – que merecem, neste momento, uma contextualização. Assim, a designação amamentação³, de modo geral, diz respeito à dimensão de processo e pressupõe uma relação entre lactante e lactente – usualmente a de mãe e filho/a. Por fim, embora tanto o termo leite materno como leite humano digam respeito à dimensão de produto – que pode ser visto como mais ou menos *desacoplado* do corpo, dependendo do contexto – ambos não são exatamente sinônimos, já que *leite materno* pressupõe uma relação entre mãe (que o produz) e filho/a (que o consome), inexistente em *leite humano*⁴. Além disso, o adjetivo materno carrega consigo valorações morais ligadas à ideia de *amor materno*⁵ (BADINTER, 1985; 2010; SCHIEBINGER, 1998).

Cabe observar também que o leite é o único alimento produzido corporalmente pelo ser humano, e seu compartilhamento é capaz de construir identidades e estabelecer relações entre indivíduos (VAN ESTERIK, 2009; SOLER, 2017; NUCCI; FAZZIONI, 2021). Embora, como vimos, ele é pensado como o melhor alimento para os bebês e diversas

² Ainda que a indústria da fórmula tente comparar seus produtos – e, em muitos momentos, inclusive reivindicar sua superioridade – Van Esterik (2015) defende a incomensurabilidade do leite humano e a impossibilidade de separar produto e processo.

³ Similar à amamentação, há o termo aleitamento, que, como observou Irene Kalil (2015), tem sido mais caro às ciências biomédicas, que o enquadram como um imperativo de saúde pública.

⁴ Não por acaso, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano utiliza esta designação.

⁵ É preciso indicar que há também uma discussão crescente entre consultoras de amamentação a respeito da pertinência da palavra “materno” para adjetivar o leite, uma vez que homens trans também amamentam. Essa é uma discussão ainda controversa entre consultoras, que não será possível detalhar aqui.

políticas têm sido feitas para promover a amamentação, é possível notar ambivalências, como a associação do leite a uma excreção corporal suja, possivelmente contaminante, ou a amamentação a um ato obscuro (CASSIDY; EL-TOM, 2015; SHAW, 2004; WILSON, 2018). Ao mesmo tempo, por carregar ideais de maternidade e feminilidade, a prática é cercada por vigilância e escrutínio moral (BADINTER, 1985; 2010; BLUM, 1993; SCHIEBINGER, 1998; HAUSMAN, 2010).

Ainda que não seja possível aqui aprofundar essa discussão, é preciso levar em conta essa pluralidade de sentidos, muitas vezes contrastantes ou ambivalentes. Entre elas, como já adiantado na introdução, destacamos o leite materno como *amor líquido* – encarado como essencial para o vínculo mãe-bebê –, as propriedades curativas ou protetoras do leite como uma *espécie de vacina*, e a ideia de uma substância que carrega riscos, perigos, sujeira e contaminação. Veremos a seguir como esses sentidos são mobilizados no contexto da pandemia de Covid-19 a partir da análise de nosso material.

4 Amamentação e Leite Humano no Contexto da Covid-19

Nos primeiros meses desde o início da pandemia (isto é, de março até aproximadamente agosto de 2020), enquanto as vacinas ainda não haviam sido efetivamente produzidas, as reportagens analisadas procuravam tranquilizar o público acerca da segurança da amamentação mesmo no caso da mãe se contaminar pelo coronavírus. A partir de entrevistas com diferentes profissionais de saúde, como ginecologistas e pediatras, as reportagens afirmavam que a recomendação geral era de que os benefícios da amamentação superariam possíveis riscos – posicionamento corroborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2020) e pela OMS (WHO, 2020a).

Esse é o caso, por exemplo, da reportagem “Grávidas e lactantes não transmitem coronavírus para o bebê” (01, Folha de São Paulo, 13/03/2020), na qual se afirma que “Quem amamenta pode ficar tranquila, porque não há relatos de transmissão pelo leite materno”. O mesmo posicionamento está presente em outra reportagem de março, “Coronavírus: o que as mulheres precisam saber para preservar sua saúde” (02, O Globo, 18/03/2020). Nela, a ginecologista entrevistada afirma que: “O benefício do leite é indiscutível, então para contraindicar a amamentação teria que haver uma evidência de forte presença do vírus nele que pudesse causar patologia no bebê”.

Foi também consenso nas reportagens que, no caso de uma mãe com Covid-19, o maior risco de transmissão não seria pelo leite em si, mas pela proximidade física entre a mãe e o bebê. Assim, os maiores cuidados recomendados nas matérias seriam relacionados à higienização das mãos e uso de máscara ao amamentar. Apesar desses riscos, algumas reportagens enfatizavam a centralidade do vínculo entre mãe e filho/a na amamentação, como expresso na manchete: “Me doía mais ouvir meu filho brincar pela casa sem mim”, diz mãe com Covid-19 – Durante o isolamento, Monique Arruda, de máscara, continuou amamentando a criança; especialista não vê problema” (03, O Globo, 08/04/2020). Assim, interromper esse vínculo, ainda que momentaneamente, poderia causar sofrimento a ambos.

Nesse balanço entre riscos e benefícios, certamente, entre os maiores benefícios apontados, destacava-se o fortalecimento imunológico do bebê por meio da amamentação. Tal aspecto, – que podemos chamar aqui da dimensão metafórica da amamentação e do leite como uma vacina ou imunizante –, pode ser observado nos trechos a seguir:

[...] a recomendação é de que as mamadas sejam em livre demanda, uma vez que o **leite da mãe é uma espécie de vacina para o bebê e reforça seu sistema imunológico**. (01, Folha de São Paulo, 13/03/2020, grifo nosso)

Até o momento, não temos evidências de passagem do vírus pelo leite. Inclusive há estudos que falam em medida protetora na passagem de anticorpos. (02, O Globo, 18/03/2020)

'O leite da mãe oferece anticorpos para todas as doenças e germes que a mãe teve contato ao longo da vida [...]', explica Magda Carneiro-Sampaio, titular de pediatria da FMUSP [...]. 'Além do valor nutricional, o leite possui um lado imunológico que não é possível reproduzir de nenhum jeito, porque é a experiência de vida da mãe que passa para o filho, principalmente nos seis primeiros meses de vida, quando criança não tem capacidade de produzir anticorpos nas secreções', aponta a especialista. (12, Folha de São Paulo, 15/06/2021)

4.1 Imunização Ativa x Passiva

Em uma análise sobre a imunologia e suas representações, Emily Martin (1994) observa que nas décadas de 1940 e 1950 enfatizavam-se ameaças à saúde que estariam fora do corpo – possíveis inimigos que poderiam *invadi-lo*. Progressivamente, com a produção de vacinas como a de poliomielite, o interesse passou a se voltar para o *interior* do corpo humano e suas *linhas de defesa*, como os anticorpos. Além disso, valorizou-se cada vez mais a ideia de que o corpo e suas defesas precisariam ser flexíveis, sempre se antecipando e se adaptando às mudanças, para garantir proteção.

De outro modo, Donna Haraway (1991, p. 204-205, tradução nossa) observa que as representações sobre o sistema imunológico o enquadram como um: "[...] mapa desenhado para guiar o reconhecimento e o não reconhecimento de si e do outro na dialética da biopolítica ocidental". Ou seja, o sistema imunológico é um plano de ação significativo para construir e manter os limites do que pode ser considerado eu e outro nos reinos cruciais do normal e do patológico.

Assim, se o sistema imunológico é um plano de ação para manter os limites entre eu e outro, e a amamentação propicia certo grau de embaralhamento e fluidez entre dois indivíduos (lactante e lactente, muitas vezes vistos em uma relação simbiótica), faz sentido pensar na centralidade, no contexto que analisamos, da *transmissão* dos anticorpos – ou até mesmo na "experiência de vida da mãe que passa para o filho", nas palavras da especialista entrevistada na reportagem citada anteriormente (12, Folha de São Paulo, 15/06/2021). Além disso, Haraway (1991, p. 225, tradução nossa) afirma que a imunidade também pode ser concebida em termos de "especificidades compartilhadas", ainda que limitadas, proporcionando "fusões parciais e perigos".

Antes de prosseguir com nossa análise das reportagens, porém, é preciso explicar que, em geral, a imunidade conferida pela amamentação é chamada de *imunidade passiva*, já que não é a criança que produz anticorpos. Nesse caso, a criança recebe, pelo leite, os anticorpos produzidos pela mãe. Tais anticorpos (principalmente as imunoglobulinas A,

ou IgA) irão revestir as mucosas do bebê (e em especial os intestinos), promovendo uma proteção considerada *passiva*. A proteção por esses anticorpos dura somente o período pelo qual o bebê for amamentado (MILLER, 2018).

Essa ideia de passividade, porém, será criticada por cientistas sociais como Elizabeth Miller (2018), que cita a hipótese do campo biomédico – segundo ela, ainda não adequadamente testada – de que a saliva do bebê, em contato com o mamilo da mãe, poderia fluir de volta para a glândula mamária e levar consigo microbiomas⁶, fazendo com que o leite produzido contenha componentes imunológicos especificamente direcionados à sua necessidade (RAMSAY *et al.*, 2004 *apud* MILLER, 2018; HUNT *et al.*, 2011 *apud* MILLER, 2018). Ou seja, a partir dessa perspectiva, o bebê teria um papel ativo, em um sistema dinâmico e relacional.

Outra autora que irá tensionar tal noção de passividade é Auchalee Palmquist (2018), ao pesquisar práticas de compartilhamento informais de leite humano, isto é, quando o leite é ordenhado e depois doado para que outras famílias alimentem seus bebês, sem a mediação de um banco de leite. Essa prática vem crescendo em países como Estados Unidos e Canadá, por meio de grupos que se articulam em redes sociais como o Facebook, como também observado por Cassidy e El-Tom (2010), Falls (2017), Wilson (2018), entre outras.

A partir de sua pesquisa etnográfica sobre compartilhamento do leite humano, portanto, Palmquist (2018) analisa o que chama de vida social da imunidade passiva. Como argumenta a autora, esse compartilhamento do leite transgride os limites entre *eu* e o *outro* e pode ser pensado como uma busca *ativa* pela imunidade *passiva* – já que possibilitaria expor o bebê a diferentes componentes imunológicos. Assim, se “cada mamada é uma vacina” (ALMEIDA, 1999, p. 17), dentro dessa mesma lógica, beber o leite produzido em diferentes corpos e contextos garantiria uma gama maior de *imunizações*. Para a autora, “[...] os pais que compartilham leite propositalmente subvertem limites, usando o conhecimento produzido pela ciência do leite humano e imunologia” (PALMQUIST, 2018, p. 45-46, tradução nossa).

Vale ressaltar, porém, que no Brasil essa é uma prática expressamente desaconselhada pelo MS, justamente pelos riscos, já mencionados, de transmissão de vírus como HIV e HTLV pelo leite. Uma prática similar e igualmente contraindicada seria a chamada *amamentação cruzada*, em que uma mulher amamenta um bebê que não é seu filho. Apesar da contraindicação, a prática parece ser frequente na sociedade brasileira, sempre ligada, em seu imaginário, ao ofício das amas-de-leite e suas raízes na escravidão. Assim, como explorado em outro trabalho por Nucci e Fazzioni (2021), quando casos de *amamentação cruzada* aparecem na mídia, em geral há um *script* próprio, em que um profissional de saúde irá alertar para os riscos da prática, considerada *perigosa*, além de *antiga* e *ultrapassada*. Ao mesmo tempo, há um esforço em demarcar diferenças entre esse compartilhamento e o compartilhamento formal de bancos de leite, em que a substância é pasteurizada e *purificada*, garantindo sua segurança.

Essa mesma lógica de purificação da substância corporal permeia a reportagem de maio de 2020, intitulada: “Leite materno pode ser usado no tratamento para a Covid-19,

⁶ Micro-organismos que habitam o corpo humano, especialmente bactérias.

diz estudo' – Amostras doadas por lactantes que já foram contaminadas apresentaram 'forte reação imunológica' à presença do vírus" (04, O Globo, 14/05/2020). Tal reportagem, como a manchete já explicita, relata um estudo realizado em uma universidade nos EUA que investiga a possibilidade da utilização do leite de mulheres que já haviam tido Covid-19 para tratamento da doença. No trecho a seguir podemos ver um detalhamento dos componentes imunológicos que haveria *dentro* do leite:

Já se esperava que o leite produzido por mulheres infectadas apresentasse anticorpos para o novo coronavírus. Isso porque o colostro (o leite produzido no início da amamentação) contém imunoglobulinas G, o tipo de anticorpo mais abundante no organismo, responsável pela proteção contra vírus e bactérias e cuja presença no leite materno deriva, em sua maior parte, do sangue da mãe. Porém, como a imunoglobulina G representa apenas cerca de 2% dos anticorpos totais existentes na substância, ainda não se conhecia a exata quantidade de anticorpos para a Covid-19 presente no leite materno. [...] Segundo os especialistas, o caráter secretório do anticorpo merece destaque, pois anticorpos dessa categoria são altamente resistentes à degradação proteica no tecido respiratório. Desse modo, o leite humano poderia ser purificado e usado no tratamento da Covid-19. (04, O Globo, 14/05/2020, grifo nosso)

De acordo com a reportagem, um estudo similar também estaria sendo conduzido por pesquisadores brasileiros, entre eles o infectologista Marcelo Otsuka, da Sociedade Brasileira de Infectologia. Entrevistado pelo jornal, o pesquisador pondera que uma possível terapia derivada do leite seria, por conta de sua composição, baseada nos anticorpos do tipo IgA, e, por isso, uma técnica de imunização passiva que:

[...] opera numa lógica oposta à da vacina, cuja aplicação estimula o corpo a produzir sua própria defesa contra uma enfermidade particular – imunização ativa, portanto. Segundo o infectologista, a imunização passiva pode fazer com que a resposta natural do organismo seja menor. (04, O Globo, 14/05/2020)

Considerando a vantagem de o IgA ser "um anticorpo estável na defesa das vias áreas e intestinais", o médico comenta ainda os benefícios de um possível tratamento do tipo inalatório, que demandaria uma "quantidade muito menor de princípio ativo para alcançar os pulmões", o que não ocorreria com o tratamento intravenoso. Mas o tom de otimismo quanto a essa modalidade terapêutica é rapidamente remodelado na matéria por um tom mais cauteloso, a partir da alusão, em sequência, dos desafios e dos riscos dessa terapia.

Assim, o médico questiona: "Quanto leite é necessário para tratar a Covid-19 com IgA? Você vai tirar leite dos recém-nascidos?" E completa: "A IgA deve ser vista com cautela. O processo tem de ser igual ao de qualquer remédio novo: muitos testes. É possível purificar o colostro e distribuí-lo, mas antes é preciso verificar sua eficácia e investigar seus efeitos no organismo" (04, O Globo, 14/05/2020, grifo nosso). Quanto à indagação sobre a quantidade de leite necessária, se essa quantidade for "muita", refere o médico, isso conduziria a riscos aos recém-nascidos que poderiam ser privados da substância, caso suas mães decidam doá-lo. Essa foi a única aparição, em nosso levantamento, da possibilidade de transformação do leite de mães que contraíram a doença em um medicamento para fins terapêuticos. Podemos imaginar que a ideia de uma terapia desse tipo pudesse ser atraente para o público em maio de 2020, mas, com o avanço do desenvolvimento de vacinas para a Covid-19 – isto é, uma tecnologia já amplamente estabelecida de imunização ativa – ela tenha saído de cena.

Cabe aqui demarcar uma mudança importante de tônica das reportagens, que nos parece intimamente relacionada com o início e o avanço da vacinação a grupos prioritários no Brasil. Se antes, como vimos, a ênfase estava em *tranquilizar* sobre os *não malefícios* da amamentação e do leite no contexto da pandemia, no sentido da não transmissão do vírus por parte das mães que o contraíram (neutralizando a noção de leite como contaminante), com o início da vacinação, o foco das reportagens se direciona com mais força para a noção de leite como imunizante, a partir da ideia de que ele carrega em si anticorpos da *mãe vacinada*. Assim, a atenção se desloca das mães contaminadas pelo vírus para as mães vacinadas e, mais propriamente, para a transmissão dos anticorpos (e não mais do vírus) pelo chamado *leite vacinado*, um novo personagem que passa a ser performado nas narrativas.

Vejamos a seguir, portanto, como os discursos sobre a amamentação e leite humano irão se modificar com o início da vacinação.

4.2 O leite vacinado e a vacina de verdade

Em um artigo que analisa a busca por uma vacina para o vírus Zika – que imunize principalmente mulheres grávidas e em idade reprodutiva, a fim de evitar a Síndrome Congênita do Zika vírus –, Rosana Castro e Soraya Fleischer (2020) observam como se atualiza o debate histórico e os dilemas éticos acerca da participação dessas mulheres em pesquisas biomédicas. Assim, como explicam as autoras, desde a tragédia da talidomida, no final da década de 1950, é consenso internacional que grávidas devam ser excluídas de ensaios clínicos. Por outro lado, embora exista a preocupação com a segurança, essa exclusão acaba fazendo com que sejam ignoradas, na fabricação de vacinas e medicamentos, possíveis especificidades do corpo durante a gestação.

Ao perguntarem para diferentes mulheres, reunidas em grupos, se elas participariam ou não de um estudo clínico hipotético para o desenvolvimento de uma vacina para Zika, todas responderam que não, indicando, entre os motivos para a recusa, o fato de estarem grávidas ou amamentarem. Nas palavras das autoras:

[...] embora não estivesse em nosso leque de questões, a amamentação foi espontaneamente considerada uma prática que requer cuidados com contágios, doenças e tratamentos, pois também é vista como cercada de riscos. Não apenas na gravidez e no parto, mas no pós-parto, o corpo materno continua a ser percebido de forma diádica, mãe e filho, com forte potencial de transmissão de positividade e nocividade, por meio da circulação de diversas substâncias, inclusive o leite. (CASTRO; FLEISCHER, 2020, p. 80, tradução nossa)

A pandemia de Covid-19 também reatualiza esse debate – sobretudo para o caso de gestantes e puérperas, consideradas um grupo de risco para o agravamento da doença (WHO, 2020b). Mas, se, no caso do teste para uma vacina hipotética, a potencial transmissibilidade de alguma substância pelo leite seria vista como indesejável, no caso em que analisamos, de uma vacina já existente (embora recente e inicialmente de acesso limitado), ainda que preocupações com a segurança também estejam muito presentes, a

noção de transmissibilidade pelo leite é valorizada⁷. Entretanto, como veremos a seguir, não é qualquer tipo de substância que deve ser transmitida, mas sim, especificamente, os anticorpos.

Com o início da vacinação, algumas reportagens procuram tranquilizar leitores a respeito da segurança da vacina para gestantes e lactantes, como as matérias intituladas "Vacinas da Pfizer e da Moderna protegem gestantes e não danificam a placenta, indicam novos estudos" (09, O Globo, 15/05/2021) e "Vacinas da Pfizer e da Moderna não passam RNA para o leite materno" (18, O Globo, 07/07/2021). Destacamos também a reportagem "Vacinação contra Covid de mãe que amamenta não traz risco ao bebê", que tem por objetivo, por meio de entrevistas com especialistas, tirar dúvidas sobre a vacinação, uma vez que a "rapidez com que as vacinas contra a Covid-19 foram desenvolvidas, testadas e começaram a ser aplicadas pode deixar algumas mães que amamentam com dúvidas sobre a segurança delas para os bebês e sobre *o que exatamente passa para o leite depois da imunização*" (21, Folha de São Paulo, 02/08/2021, grifo nosso).

Mas *o que exatamente passa para o leite*, de acordo com as reportagens? Podemos observar que as vacinas com tecnologia de RNA são descritas como seguras, pois não transmitiriam ao leite (ou à placenta) esse material genético, com efeitos ainda não conhecidos à saúde de fetos e bebês (09, O Globo, 15/05/2021 e 18, O Globo, 07/07/2021). Por outro lado, a presença de anticorpos no leite – e sua transmissão – começa a ser vista como algo vantajoso e desejável, já que implicaria uma potencial proteção ao lactente.

A presença de anticorpos no leite após a vacina da mãe é descrita pela primeira vez em uma matéria de abril de 2021 intitulada "Leite materno produzido por mães vacinadas tem anticorpos contra a Covid-19, diz estudo" (07, O Globo, 13/04/2021). Já a reportagem da Folha, que, como mencionamos acima procura tirar dúvidas para lactantes, também discute essa presença, mas coloca incertezas em relação à proteção do bebê por meio da amamentação:

[...] estudos apontam que vacinar as lactantes não imuniza de forma permanente o bebê, apesar de anticorpos da mãe passarem para o leite e ajudarem na proteção temporária da criança. [...] Isabella Ballalai [pediatra] explica que **a mãe vacinada não transfere a imunização para o bebê pelo leite materno, mas sim anticorpos**. Segundo Renato Kfourri [pediatra], esses **anticorpos passivamente transmitidos** pela mãe produzem uma imunidade temporária. Por não serem do bebê, eles ficam no corpo da criança por algum tempo e depois são eliminados. 'Não há nenhuma evidência de que vacinar a mãe protege da Covid-19 o bebê', diz ele. (21, Folha de São Paulo, 02/08/2021, grifo nosso)

Podemos ver, no trecho acima, uma diferenciação entre imunização e passagem de anticorpos, assim como a noção de passividade e temporariedade. A explicação continua com o seguinte resumo ao final da reportagem:

Isso significa que o bebê também é vacinado quando a lactante se vacina? Especialistas acreditam que não; o bebê recebe anticorpos da mãe que o protegem por algum tempo, mas não forma sua própria resposta imunológica. (21, Folha de São Paulo, 02/08/2021)

Chamamos a atenção, mais uma vez, para um padrão recorrente segundo o qual as matérias parecem se modular em dois tempos: um momento inicial, normalmente no

⁷ Além do leite materno como "veículo" de passagem de anticorpos, observamos também nas reportagens a enunciação da sua transmissão, pelas gestantes vacinadas, aos fetos, via placenta.

título da matéria, marcado por um tom bastante otimista. Mais à frente, tal otimismo é logo transmutado para um tom de cautela, a partir do alerta da necessidade de surgirem mais pesquisas. Um exemplo disso pode ser ilustrado na comparação da construção do título que abre a reportagem já referida: “Leite materno produzido por mães vacinadas *tem* anticorpos contra a Covid-19”, com a apresentação de incertezas e hesitações apresentadas no conteúdo da matéria: “Os pesquisadores avaliam que o leite materno *pode ser* uma fonte de anticorpos contra a Covid-19 para os recém-nascidos, embora essa conclusão dependa de novos estudos específicos” (O Globo, 13/04/2021, grifo nosso).

Essa oscilação entre otimismo e cautela também pode ser observada na reportagem intitulada “Presença de anticorpos contra a Covid no leite materno leva mães vacinadas a reiniciar a amamentação” (08, Folha de São Paulo, 16/04/2021). Nela, é descrito o caso de uma mulher, nos EUA, que após ser vacinada, e desejando proteger a filha que já havia desmamado, passou a estimular a mama para voltar a produzir leite por meio de uma técnica chamada de *relactação*. A partir desse caso, é feita a seguinte pergunta: “O leite de uma mulher vacinada é uma espécie de *elixir* capaz de afastar a Covid?” (08, Folha de São Paulo, 16/04/2021, grifo nosso). Porém, embora a produção de leite com anticorpos seja descrita na reportagem como uma espécie de *superpoder*, há novamente cautela a respeito de até que ponto o *leite materno vacinado* garantiria proteção ao bebê:

O ‘leite materno vacinado’ contém anticorpos? Sim, vários estudos mostram que ele contém anticorpos. Como exatamente os anticorpos protegem o bebê da Covid não está claro. [...] Eles também concordam que os benefícios protetores do leite materno funcionam mais como uma pílula que você tem de tomar todos os dias do que uma injeção que dura uma década. Essa defesa em curto prazo, conhecida como ‘proteção passiva’, pode durar apenas horas ou dias após a última ‘dose’ do bebê, disse a doutora Powell [especialista entrevistada na matéria]. ‘Não é a mesma coisa que o bebê ser vacinado’, ela acrescentou. (08, Folha de São Paulo, 16/04/2021, grifo nosso)

Mais uma vez há a explicação sobre a *proteção passiva*, que marca a diferença entre duas metáforas, a de *pílula* e a de *injeção*. Nesse sentido, o *leite vacinado* se assemelharia mais à primeira, necessitando de uma *dose* diária e contínua, sem conferir uma proteção definitiva ou a longo prazo, como uma *injeção*.

Além disso, ao final da reportagem descobrimos que a mulher que havia iniciado o processo de relactação o interrompe devido à dificuldade de conseguir ordenhar um volume de leite suficiente, e a matéria conclui: “Agora só resta *esperar por uma vacina verdadeira* para sua filha” (08, Folha de São Paulo, 16/04/2021, grifo nosso).

Outra reportagem do mesmo jornal traz casos similares, dessa vez entre brasileiras. Mais uma vez, apesar do otimismo, há cautela em relação à proteção que o leite de fato poderia garantir:

Apesar da boa notícia, não é possível afirmar que voltar a amamentar vai imunizar totalmente a criança. [...] ‘É como a catapora. Quando a mãe amamenta, ela passa anticorpos que recebeu, mas mesmo assim, a criança precisa ser vacinada, pois pode pegar a doença’, explica Moises Chencinski, membro do Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria. ‘O leite da mãe protege, mas não imuniza. A proteção integral da criança só virá após a vacinação’, explica. (12, Folha de São Paulo, 15/06/2021, grifo nosso)

Como afirma o pediatra no trecho acima, “o leite da mãe protege, mas não imuniza”. Gostaríamos, então, de aproximar essas metáforas sobre o leite – como a necessidade de *doses diárias*, a ideia de *leite vacinado*, e a discussão sobre proteção *versus* imunização na oposição entre *pílula* e *injeção* – às reflexões sobre metáforas e metonímias dos medicamentos. Assim, Geest e Whyte (2011) analisam o que chamam de “encanto dos medicamentos”, isto é, sua total centralidade para os cuidados com a saúde, na visão tanto de pacientes como de profissionais. Uma das características que garante esse encantamento é sua concretude e tangibilidade, e a possibilidade de autonomização e objetificação da cura, já que se acredita que os medicamentos contêm o poder de cura em si mesmos. Pensando na vida social dos medicamentos, portanto, os autores observam que eles não são apenas produtos da cultura humana, mas também produtores dela, facilitando processos sociais e simbólicos específicos (GEEST; WHYTE; HARDON, 1996; GEEST; WHYTE, 2011).

A concretude dos medicamentos traz também concretude às enfermidades, entendidas como algo tangível que pode ser manipulado (GEEST; WHYTE, 2011). Além disso:

Um dos “encantos” dos medicamentos é que, até removidos de seu contexto médico, eles mantêm uma potencial conexão com ele. Os medicamentos possuem uma associação metonímica com os médicos que os prescrevem, com os laboratórios que os produzem, com a ciência médica que forma sua base essencial. Através dos medicamentos, as pessoas usufruem da expertise médica sem a inconveniência de realmente ter de ir ao médico. (GEEST; WHYTE, 2011, p. 468)

Embora os autores estejam falando especificamente de medicamentos, e não de vacinas, acreditamos que esta reflexão nos ajude a pensar a respeito do *leite vacinado*. Considerando que, até o momento, ainda não há vacina aprovada e disponível para bebês, o *leite vacinado*, administrado por meio de *doses* contínuas e diárias, poderia ser visto como uma forma de *vacinação metafórica* que necessita de atualização diária. Além disso, é preciso lembrar que a metáfora da amamentação como vacina não se inicia na pandemia de Covid-19, embora certamente seja exacerbada. Assim, veremos, na seção seguinte, como esse imaginário sobre o *leite vacinado* informa e possibilita o surgimento do movimento *Lactantes pela vacina*.

5 Lactantes pela Vacina

Antes de prosseguir com nossa discussão, é preciso uma breve pausa para contextualizar a importância conferida às vacinas em geral na sociedade brasileira e o processo de produção e de chegada das vacinas específicas para a Covid-19 no país.

Gilberto Hochman (2011) analisa o estabelecimento de uma “cultura da imunização” no Brasil contemporâneo, que teria emergido a partir da erradicação da varíola, processo marcado por campanhas de vacinação em massa empreendidas pelo Estado brasileiro desde o final do século XIX. De acordo com o autor, tal cultura se expressa pela adesão da população aos programas de imunização e pela demanda crescente para que novas vacinas sejam oferecidas pelo poder público, sendo as vacinas, portanto, ativamente desejadas e vistas como um direito.

Embora Hochman não ignore a presença de posicionamentos individuais contrários às vacinas, o autor chama atenção de que – ao menos até o período estudado por ele – não haveria no Brasil um movimento organizado antivacina, como observado em países anglo-saxões. É evidente que, mais uma vez, a pandemia de Covid-19 complexifica a discussão, sobretudo devido ao contexto político mais amplo. Porém, ainda que possamos observar que posicionamentos antivacinas (somado ao recrudescimento de um negacionismo científico) ganhem mais voz na atualidade, a “cultura da imunização” ainda parece ter força no Brasil⁸.

Já Rosana Castro (2021) analisa a corrida tecnológica para o desenvolvimento de vacinas para a Covid-19 e as desigualdades locais e globais acirradas nesse processo – sobretudo aquelas que dizem respeito ao acesso a esses bens. Como a autora demonstra, foi justamente por conta da disseminação descontrolada do vírus e da alta mortalidade que o Brasil foi considerado um dos *locais privilegiados*, pela comunidade científica internacional, para a realização de testes para vacinas. Ou seja, foi justamente o descontrole da epidemia um dos *atrativos* para pesquisas em território brasileiro. Ao mesmo tempo, a participação do país em tais testes não implicou necessariamente transferência correlata de tecnologia, ou em um maior acesso da população brasileira a essas vacinas. Em resumo:

[...] apesar de o Brasil ter se constituído como uma “linha de frente” das pesquisas clínicas, ficamos para trás na corrida do acesso às vacinas, com doses insuficientes até para imunização de profissionais de saúde no início de 2021. Destacam-se como componentes dessa situação as limitações dos acordos de transferência tecnológica assumidos com laboratórios estrangeiros; a necessidade de insumos importados e altamente disputados para produção local e a inação deliberada do governo federal para estabelecer contratos de compra com diferentes laboratórios. Ressalto, ainda, o desestímulo à vacinação dado pelo presidente Bolsonaro, que tem enfatizado a vacinação como questão de escolha individual e ventilado teses conspiratórias sobre efeitos adversos associados às vacinas. Nesse contexto, os grupos de sujeitos mais vulnerabilizados pela pandemia ficam expostos de modo prolongado a contágios e risco de morte evitáveis, enquanto políticas diversas dificultam seu acesso às tecnologias [...]. (CASTRO, 2021, p. 85)

Esse processo, portanto, acirra desigualdades como as de classe e, principalmente, de raça, aumentando ainda mais a vulnerabilização de grupos específicos. Por fim, como observa a autora:

O avanço das etapas da corrida tecnológica não significou o recuo imediato da pandemia, mas abriu novos capítulos da trágica articulação entre inequidades globais, históricos nacionais de negação de direitos à saúde e políticas negacionistas na configuração da pandemia no Brasil. Os processos de produção, experimentação, comercialização e distribuição de tecnologias médicas nesse contexto denotam, assim, que as desigualdades entre países do norte e do sul global, bem como as inequidades de saúde entre brancos e negros no Brasil, não só configuram diferentes temporalidades e intensidades

⁸ Embora não seja nosso foco neste artigo, seria relevante a investigação, futuramente, de como negacionismos em torno da vacinação podem também se articular com a amamentação, por exemplo, em casos de mães que escolhem não vacinarem seus filhos para diversas doenças, “substituindo” a vacina pela amamentação e por hábitos de “alimentação saudável”.

da pandemia, mas são elementos centrais do desenvolvimento e do acesso às vacinas nas quais se aposta o fim do “mal do século”. (CASTRO, 2021, p. 85-86)

Assim, tendo como pano de fundo a *cultura de imunização* brasileira, o contexto de escassez e de desigualdades no acesso à imunização para a Covid-19 e a discussão anterior sobre os sentidos acerca da amamentação e do leite humano, traçaremos breves considerações sobre uma iniciativa que se formou nesse contexto de emergência político-sanitária.

O movimento *Lactantes pela vacina* foi criado em maio de 2021 com o propósito de garantir prioridade da vacinação de covid-19 para mães que amamentam. O movimento se articulou inicialmente na rede social Instagram, em subgrupos representando diferentes estados do Brasil. Localizamos 20 perfis ligados ao movimento, cada um representando um estado, contemplando todas as regiões do país. Apesar de os perfis serem diferentes, havia certa padronização (visual e temática) das postagens – todos utilizam o mesmo logo do movimento, e, muitas vezes, imagens e textos similares eram postados, o que indica um sentido de unidade, ainda que com articulações locais específicas. Os perfis representando os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina eram aqueles com o maior número de seguidores.

A partir da articulação nas redes sociais, o movimento *Lactantes pela vacina* organizou abaixo-assinados e diálogo direto com parlamentares, pleiteando a prioridade na vacina. Além disso, foram organizados também *Mamaços virtuais*⁹, estabelecendo-se dias específicos em que mulheres eram incentivadas a postar, em seus próprios perfis da rede social, fotos amamentando, utilizando marcações¹⁰ como #lactantespelavacina e #umavacinaprotege2.

Podemos aproximar as *Lactantes pela vacina* do fenômeno que Paul Rabinow (1999) chama de biossocialidades, marcado pela criação de identidades coletivas a partir de condições biológicas, que, por sua vez, fomentam novas formas de associação e de mobilização por direitos. Entretanto, ainda que o movimento possa se dar em um contexto mais amplo de “cidadania biológica” (ROSE; NOVAS, 2005), salientamos aqui que o pleito pela prioridade na vacinação foi possibilitado a partir do estabelecimento de uma relação metonímica entre amamentação e vacinação, perfeitamente capturada pelo *slogan* “uma vacina protege dois” e pelo logo da campanha.

Na imagem que representa a campanha, disponível nos perfis das *Lactantes pela vacina* no Instagram¹¹, vemos uma continuidade entre a gota do imunizante que sai da agulha da injeção da vacina e a gota de leite que sai do mamilo, representando a ideia de *leite vacinado* e de transmissão dos anticorpos pela amamentação. Um trecho da carta aberta das Lactantes do Estado do Rio de Janeiro, destinado ao Governador e aos Prefeitos e

⁹ “Mamaços” são protestos em que diversas mulheres se reúnem para amamentar simultaneamente. Muitas vezes acontecem em resposta a constrangimentos sofridos por amamentar em público, ocorrendo, por exemplo, em frente a um estabelecimento em que uma mulher foi impedida de amamentar. Mas podem acontecer também (presencialmente ou pela internet) em datas como a da “Semana Mundial do Aleitamento Materno”, para dar visibilidade e incentivar a amamentação. Os “mamaços” são expressões de um ativismo em prol da amamentação que tem sido chamado de “Lactivismo” (FAIRCLOTH, 2013; GUIJARRO, 2015).

¹⁰ Ao colocar o símbolo # antes de uma palavra, este funciona como indexador. Assim, postagens que utilizem as mesmas “palavras-chave” podem ser facilmente localizadas por diferentes usuários.

¹¹ Logo “Lactantes pela vacina”, disponível em: https://www.instagram.com/p/CO2fU7EIS_s/. Último acesso em dezembro de 2021.

Secretários de Saúde das cidades do Rio de Janeiro e Niterói, ressalta a passagem dos anticorpos pelo leite:

Pesquisas desenvolvidas ao longo do ano de 2020 comprovam que os anticorpos da mãe vacinada são transmitidos ao bebê através do leite materno sem riscos para o lactente, o que garante a proteção de duas pessoas a partir de uma única dose de vacina. Essa se mostra uma estratégia de proteção eficiente e econômica, além de estar associada a uma política pública de incentivo ao aleitamento materno [...]. (14 de maio de 2021). (MAMA.MOVIMENTO.RJ, 2021a)

É possível notar a repercussão do movimento nas reportagens analisadas. A matéria “Fora de grupos de risco, lactantes evocam efeito ‘2 em 1’ para pedir prioridade em vacinação contra Covid”, publicada na *Folha de São Paulo*, traz críticas ao movimento, chamando-o de “lobby”:

Vozes contrárias apontam que a campanha esbarra numa premissa básica da fila preferencial de vacinação: enquanto grávidas e puérperas (mulheres até 45 dias de pós-parto) tendem a ter um quadro imunológico mais frágil, lactantes são como uma pessoa qualquer do ponto de vista clínico. Ou seja, correm menos risco de desenvolver um quadro grave da doença se não tiverem nenhuma condição pré-existente. Morrem menos e ocupam menos leitos de UTI, portanto. [...] Para críticos da campanha, é a história do ‘quando todo mundo é prioridade, ninguém é’: alguém mais frágil pode ser prejudicado se a demanda das lactantes for atendida. (10, Folha de São Paulo, 26/05/2021)

A crítica é rebatida em uma postagem intitulada “Não é lobby, é luta!”. Nela, as Lactantes afirmam não desejarem passar à frente de gestantes ou puérperas, mas se unirem a elas: “Lutamos pelo justo direito de sermos vetores de proteção de nossos filhos e para que todas as gestantes, puérperas e lactantes, com e sem comorbidades [...] tenham acesso à vacina!” (27/05/2021) (MAMA.MOVIMENTO.RJ, 2021b).

Nessa arena de disputas em torno do direito à vacinação, em um contexto de “pouca vacina para muito braço¹²”, o argumento principal de proteção do tipo *2 em 1*, relacionado às pesquisas que *comprovam* a transmissão de anticorpos do *leite vacinado* aos bebês, abriu caminho para a emergência de considerações sobre os critérios de configuração da própria noção de risco e de grupos prioritários, chamando a atenção para a necessidade de sua ampliação a partir, sobretudo, da ideia de vulnerabilidade dos lactentes.

Não será possível aprofundar a discussão, mas, fato é que a pressão do grupo teve efeitos. Em junho de 2021, seis estados já haviam incluído as lactantes no grupo prioritário, e, em julho, após ser sancionada a Lei n. 14.190, as lactantes foram incorporadas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, dentro dos grupos prioritários em todo o país. Nesse sentido, o movimento das *Lactantes pela vacina* nos parece um caso exemplar que coaduna a metáfora da amamentação como uma espécie de vacina, e do leite (vacinado) como proteção máxima ao bebê.

¹² Postagem “Não é lobby, é luta!” disponível em: https://www.instagram.com/p/CPYxkdbp_RN/ Último acesso em dezembro de 2021.

6 Considerações Finais

Refletindo sobre o leite humano como um objeto material-semiótico (HARAWAY, 1995), notamos, neste artigo, como o fluido corporal é visto como potencial *transmissor* de diferentes tipos de substâncias ou componentes – para além daqueles nutricionais –, como afeto, amor, proteção, anticorpos, ou mesmo, vírus.

Analisando esses diferentes sentidos, a partir do contexto da pandemia de Covid-19, chamou-nos atenção, nas reportagens que analisamos, a noção de *leite vacinado*, produzido a partir da imunização materna e descrito como uma espécie de *superpoder*. Assim, a partir da perspectiva proposta por Jasanoff (2004), podemos observar, então, o processo de coprodução que se dá por meio da articulação entre um fluido corporal e uma biotecnologia como a vacina. Desse modo, ainda que notemos, no material analisado, uma oscilação entre otimismo e cautela acerca da efetiva proteção que o *leite vacinado* poderia conferir aos lactantes – com a constante diferenciação entre imunização ativa e passiva (que mobiliza diferentes metáforas) –, a dimensão da amamentação como uma espécie de vacinação para Covid-19 conforma sentidos e subjetividades, informa decisões acerca de práticas de cuidado e afeto (como no caso das mulheres que voltaram a amamentar bebês já desmamados, buscando protegê-los/as) e enseja biossocialidades em busca de direitos (a exemplo das *Lactantes pela vacina*).

Como já observado, a metáfora do leite e da amamentação como uma vacina é anterior à pandemia de Covid-19 – expressa, por exemplo, na frase de Almeida (1999, p. 17) que dá título ao nosso artigo, “cada mamada é uma vacina”. A diferença, aqui, talvez seja a proporção que a metáfora toma, considerando-se o contexto de urgência exigido pela pandemia, para as desigualdades na “corrida pela vacina” (CASTRO, 2021), e a inexistência, até o momento, de imunizantes aprovados para bebês e crianças. Por fim, sem a pretensão de entrar no debate de se o *leite vacinado* é ou não capaz de proteger bebês de forma efetiva, cabe marcar que a metáfora reforça também a noção de que a mãe é aquela que deve sempre proteger seus/suas filhos/as, inclusive por meio de seu próprio corpo, visto como simbiótico e com fronteiras fluidas em relação ao bebê. Ao mesmo tempo, é interessante notar como o movimento das *Lactantes pela vacina* – ainda que calcado no vínculo biológico da amamentação, e, por isso passível de críticas por possíveis reducionismos –, evidencia uma dimensão política da maternidade, deslocando, de certo modo, a obrigação moral do dever materno à reivindicação de um direito. Mesmo que o aprofundamento dessa discussão não seja o objetivo deste artigo, consideramos se tratar de um caso exemplar da relação metonímica entre amamentação e vacinação, e dos modos como o leite (materno) e a amamentação, no âmbito da *corrida pela vacina* na pandemia de Covid-19, não só mobilizam como reconfiguram e tensionam identidades, sentidos, políticas, sujeitos e fronteiras.

Referências

- ALMEIDA, João Aprigio Guerra de. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BADINTER, Elisabeth. **O conflito**: a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record, 2010.
- BARTLE, Carol. Going With the Flow: Contemporary Discourses of Donor Breastmilk Use and Breastmilk in a Neonatal Intensive Care Setting. *In*: SHAW, Rhonda; BARTLETT, Alison. **Giving Breastmilk**: Body Ethics and Contemporary Breastfeeding Practices. Bradford: Demeter Press, 2010. p. 122-133.
- BLUM, Linda. Mothers, babies, and breastfeeding in late capitalist America: the shifting contexts of feminist theory. **Feminist Studies**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 291-311, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- CARROLL, Katherine. Body dirt or liquid gold? How the 'safety' of donated breastmilk is constructed for use in neonatal intensive care. **Social Studies of Science**, [s.l.], v. 44, n. 3, p. 466-485, 2014.
- CARSTEN, Janet. Substantivism, antisubstantivism and anti-anti-substantivism. *In*: FRANKLIN, Sarah; MACKINNON, Susan (org.). **Relative values**: reconfiguring kinship studies. Durham: Duke University Press, 2001. p. 29-53.
- CARSTEN, Janet. Substance and Relationality: Blood in Contexts. **Annual Review of Anthropology**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 19-35, 2011.
- CARSTEN, Janet. A Matéria do Parentesco. **R@U – Revista de Antropologia da UFSCAR**, São Carlos, v. 6, n. 2, p. 103-118, 2014.
- CASSIDY, Tanya; EL-TOM, Abdylahi. Comparing Sharing and Banking Milk: Issues of Gift Exchange and Community in the Sudan and Ireland. *In*: SHAW, Rhonda; BARTLETT, Alison. **Giving Breastmilk**: Body Ethics and Contemporary Breastfeeding Practices. Bradford: Demeter Press, 2010. p. 110-121.
- CASSIDY, Tanya; EL-TOM, Abdylahi. Introduction. *In*: CASSIDY, T.; EL-TOM, A. (ed.). **Ethnographies of breastfeeding**: cultural contexts and confrontations. London: Bloomsbury Academic, 2015. p. 1-10.
- CASTRO, Rosana; FLEISCHER, Soraya. Scientific Policies and Ethical Economies in the Development of Vaccines Against Zika. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 63-95, 2020.
- CASTRO, Rosana. Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, [s.l.], ano 27, n. 59, p. 71-90, 2021.
- DESCLAUX, Alice; ALFIERI, Chiara. Between Proscription and Control of Breastfeeding in West Africa: Women's Strategies Regarding Prevention of HIV Transmission. *In*: CASSIDY, Tanya; EL-TOM, Abdullahi. (ed.). **Ethnographies of breastfeeding**: cultural contexts and confrontations. London: Bloomsbury Academic, 2015. p. 125-144.
- FALLS, Susan. **White gold**: stories of breast milk sharing. Lincoln: University of Nebraska Press, 2017.

- FAIRCLOTH, Charlotte. **Militant lactivism? Attachment parenting and intensive motherhood in the UK and France**. New York: Berghahn, 2013.
- GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan; HARDON, Anita. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annual Review Anthropological**, [s.l.], v. 25, p. 153-178, 1996.
- GEEST, Sjaak Van Der; WHYTE, Susan Reynolds. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. **Sociedade e Cultura**, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 457-472, 2011.
- GUIJARRO, Ester. Lactivismo contemporáneo en España: ¿una nueva marea sociopolítica? **Journal of Spanish Cultural Studies**, [s.l.], v.16, p. 1-21, 2015.
- HARAWAY, Donna. The Biopolitics of Postmodern Bodies: Constitutions of Self in Immune System Discourse. *In*: HARAWAY, Donna. **Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature**. New York: Routledge. 1991. p. 203-230.
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, [s.l.], n. 5, p. 7-41, 1995.
- HAUSMAN, Bernice. Risk and Culture Revisited: Breastfeeding and the 2002 West Nile Virus Scare in the United States. *In*: SHAW, Rhonda; BARTLETT, Alison. **Giving Breastmilk: Body Ethics and Contemporary Breastfeeding Practices**. Bradford: Demetre Press, 2010. p. 175-187.
- HERNANDEZ, Alessandra; VICTORA, Ceres. Biopolíticas do aleitamento materno: uma análise dos movimentos global e local e suas articulações com os discursos do desenvolvimento social. **Cad. Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 9, e00155117, 2018.
- HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 375-386, 2011.
- JASANOFF, Sheila. The idiom of co-production. *In*: JASANOFF, Sheila. **States of Knowledge: The co-production of science and social order**. New York: Routledge, 2004. p. 1-12.
- KALIL, Irene. **De Silêncio e Som: A produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros**. 2015. 270p. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- MAMA.MOVIMENTO.RJ. 2021a. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CO2fU7EIS_s/. Acesso em: 11 dez. 2021.
- MAMA.MOVIMENTO.RJ. 2021b. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CPYxkdbp_RN/. Acesso em: 11 dez. 2021.
- MARTIN, Emily. **Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture – From the Days of Polio to the Age of AIDS**. Boston: Beacon Press, 1994.
- MILLER, Elizabeth. Beyond passive immunity: breastfeeding, milk and collaborative mother-infant immune systems. *In*: TOMORI, Cecília; PALMQUIST, Aunchalee; Quinn, E. A. **Breastfeeding: New Anthropological Approaches**. London: Routledge, 2018. p. 26-39.
- NUCCI, Marina; FAZZIONI, Natalia. Amor ou risco? Refletindo sobre sentidos, regulações e orientações a respeito do leite materno a partir de casos de “amamentação cruzada”. **Horizontes Antropológicos**, [s.l.], n. 61, p. 291-322, 2021.
- NUCCI, Marina; RUSSO, Jane. Ciência, natureza e moral entre consultoras de amamentação. *In*: SILVA, Cristina Dias. **Saúde, corpo e Gênero: perspectivas teóricas e etnográficas**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021. p. 70-86.
- PALMQUIST, Aunchalee. Demedicalizing Breastmilk: The Discourses, Practices, and Identities of Informal Milk Sharing. *In*: CASSIDY, Tanya; EL-TOM, Abdullahi. (ed.). **Ethnographies of breastfeeding: cultural contexts and confrontations**. London: Bloomsbury Academic, 2015. p. 23-44.

- PALMQUIST, Auchalee. Consuming immunities: milk sharing and the social life of passive immunity. *In: AUNCHALEE, E. L. et al. **Breastfeeding: New Anthropological Approaches.*** London: Routledge, 2018. p. 40-54.
- RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. *In: RABINOW, Paul. **Antropologia da razão.*** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 135-157.
- ROHDEN, Fabiola; ALZUGUIR, Fernanda. Desvendando sexos, produzindo gêneros e medicamentos: a promoção das descobertas científicas em torno da ocitocina. **Cadernos Pagu**, [s.l.], n. 48, e164802, 2016.
- ROSE, Nikolas; NOVAS, Carlos. Biological citizenship. *In: ONG, Aihwa; COLLIER, Stephen. **Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems.*** Malden: Blackwell Publishing, 2005. p. 439-463.
- ROSE, Nikolas. **The Politics of Life Itself.** Princeton: Princeton University Press, 2007.
- SBP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Aleitamento Materno em tempos de COVID-19 – recomendações na maternidade e após a alta.** 22 de maio de 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/aleitamento-materno-covid-19-recomendacoes-na-maternidade-e-apos-a-alta-sbp/>. Acesso em: 12 dez. 2021.
- SCHIEBINGER, Londa. Mamíferos, primatologia e sexologia. *In: PORTER, Roy; TECH, Mikolas. **Conhecimento sexual, ciência sexual.*** São Paulo: Editora Unesp, 1998. p. 219-246.
- SHAW, Rhonda. The virtues of cross-nursing and the ‘yuk factor’. **Australian Feminist Studies**, [s.l.], v. 19, n. 45, p. 287-299, 2004.
- SOLER, Elena. Bancos de leite, parentesco de leite e Islam. Restricciones alimentarias entre la población infantil en Barcelona. **Dilemata**, [s.l.], ano 9, n. 25, p. 109-119, 2017.
- VAN ESTERIK, Penny. Vintage Breast Milk: Exploring the Discursive Limits of Feminine Fluids. **Canadian Theatre Review**, [s.l.], n. 137, p. 20-23, 2009.
- VAN ESTERIK, Penny. Breastfeeding and HIV/AIDS: Critical Gaps and Dangerous Intersections. *In: SHAW, Rhonda; BARTLETT, Alison. **Giving Breastmilk: Body Ethics and Contemporary Breastfeeding Practices.*** Bradford: Demeter Press, 2010. p. 151-162.
- VAN ESTERIK, Penny. Foreword. What Flows Through Us: Rethinking Breastfeeding as Product and Process. *In: CASSIDY, Tanya; EL-TOM, Abdullahi. (ed.). **Ethnographies of breastfeeding: cultural contexts and confrontations.*** London: Bloomsbury Academic, 2015. p. xv-xxiii.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Amamentação no contexto do vírus Zika: Orientações provisórias.** 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204473/WHO_ZIKV_MOC_16.5_por.pdf?sequence=5. Acesso em: 12 dez. 2021.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breastfeeding and COVID-19.** 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19>. Acesso em: 12 dez. 2021.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth.** 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth#:~:text=Are%20pregnant%20women%20at%20higher,women%20of%20a%20similar%20age>. Acesso em: 12 dez. 2021.
- WILSON, Kristin. **Other’s milk: The potential of exceptional breastfeeding.** New Brunswick: Rutgers University Press, 2018.

Marina Fisher Nucci

Graduada em Ciências Sociais (UFRJ), Mestre e Doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Pesquisadora do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM). Atualmente realiza pesquisa de pós-doutorado no Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS/UERJ) financiada com a bolsa Faperj Pós-Doutorado Nota 10.

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

E-mail: marinanucci@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3465-9201>

Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir

Graduada em Psicologia (UFRJ), Especialista em Saúde Mental (Instituto Philippe Pinel/SMS-RJ), Mestre e Doutora em Saúde Coletiva (IMS/ UERJ). Professora Adjunta da Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS/UFRGS).

Endereço profissional: Avenida Horácio Macedo, s/n, Próximo à Prefeitura Universitária da UFRJ, Ilha do Fundão, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21941-598..

E-mail: fevecchi@iesc.ufrj.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3162-5324>

Como referenciar este artigo:

NUCCI, Marina Fisher; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. “Cada mamada é uma vacina”: amamentação e anticorpos no contexto da Covid-19. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85246, p. 21-42, janeiro de 2023.

A “Justiça” e o Acesso a Medicamentos em Tempos de Desabastecimento

Lucas Freire¹

¹Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

O artigo trata de histórias de usuários de uma instituição chamada Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) que acompanhei entre os anos de 2016 e 2017. Por meio da contextualização dos relatos em relação ao que estava acontecendo na rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro durante o período em que realizei uma etnografia, abordo os caminhos percorridos pelas pessoas para contornar a falta de medicamentos nas Unidades de Saúde, em especial de pacientes acometidos por doenças crônicas que necessitam de remédios de uso contínuo. Discuto também como os funcionários da Câmara tentam resolver administrativamente essas demandas e as soluções propostas por eles. Em diálogo com a bibliografia sobre o controverso tema da *judicialização da saúde*, busco refletir sobre o lugar ocupado pela ‘justiça’ na busca pela assistência farmacêutica em tempos de desabastecimento e seus limites para a promoção do acesso a medicamentos.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Judicialização da Saúde. Direitos. Crise. Escassez.

The ‘Justice’ and the Access to Medicines in Times of Shortage

Abstract

This paper is about stories of users of an institution called the Health Dispute Resolution Chamber (HDRC) that I heard between 2016 and 2017. Through the contextualization of the narratives in relation to what was happening in the public health system of the Rio de Janeiro city during the period in which I carried out an ethnography, I address the ways people overcome the lack of medicines in public hospitals, especially patients who suffer from chronic diseases that require continuous-use medicines. I also discuss how the Chamber staff tries to solve these demands administratively, and the solutions they propose. In dialogue with the bibliography on the controversial topic of *health litigation*, I seek to think about the place occupied by ‘justice’ in the search for pharmaceutical assistance in times of shortage and its limits to the promotion of access to medicines.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Health Litigation. Rights. Crisis. Scarcity.

Recebido em: 25/01/2022

Aceito em: 1º/06/2022



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/>

1 Introdução

A assistência farmacêutica é um importante braço de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito às ações de preservação, promoção e recuperação da saúde tanto individual quanto coletiva. Em 2004, como resultado da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi substituída pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Centrada na distribuição e no chamado ‘uso racional’ dos fármacos, a PNAF tem como instrumento norteador a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e encontra-se dividida em três Componentes: Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF). Tal como o SUS, a gestão desses componentes é tripartite, isto é, o financiamento e a escolha de quais medicamentos serão incluídos em cada um desses componentes são feitos conjunta e articuladamente pela União, os estados e os municípios.

Entre os medicamentos do Componente Básico, estão aqueles utilizados regularmente por uma parcela significativa da população e que fazem parte do cotidiano da rede de atenção primária e Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Componente Especializado¹ reúne os fármacos voltados para o que se entende como assistência integral em saúde, isto é, destinados ao tratamento e/ou controle de sintomas de doenças raras e/ou crônicas. Sua utilização segue as linhas do cuidado estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) elaborados pelo Ministério da Saúde (MS). Os medicamentos que fazem parte do Componente Estratégico são aqueles utilizados no tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas – agudas ou crônicas – que apresentem riscos e/ou impactos socioeconômicos significativos para a população como um todo ou um grupo específico. Assim, entre os fármacos que considerados ‘estratégicos’ estão os utilizados no tratamento de doenças como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), diabetes, tuberculose, hanseníase, entre outros agravos.

Ainda que sempre tenha tido que lidar com um certo grau de precariedade, nos últimos anos, a assistência farmacêutica tem enfrentado os efeitos de consecutivas decisões baseadas em uma alegada ‘necessidade incontornável de cortes de gastos’, as quais levaram a uma míngua cada vez mais severa dos insumos e fármacos disponibilizados pela rede pública de saúde. No universo etnográfico de minha pesquisa, a falta de medicamentos nas Clínicas da Família (CF), Centros Municipais de Saúde (CMS), hospitais e na Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais (RIOFARMES) foi uma das principais reclamações/demandas dos meus interlocutores. Soma-se a isso a reformulação de programas como

¹ No caso do município do Rio de Janeiro, a dispensação dos medicamentos do CEAF é realizada pela Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais (RIOFARMES), uma instituição localizada na região central da cidade.

o *Farmácia Popular*, que resultou na interposição de barreiras quase intransponíveis para o acesso aos tratamentos farmacológicos entre a população de menor poder aquisitivo. No caso particular do Rio de Janeiro, o problema do desabastecimento generalizado de medicações distribuídas gratuitamente – ou cujo valor é parcialmente subsidiado pelo poder público – ganhou contornos bastante dramáticos e específicos conforme o avanço de uma disseminada ideia de ‘crise da saúde pública’.

Ao final do ano de 2015, 15 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) estavam fechadas total ou parcialmente no estado do Rio de Janeiro. Além disso, a emergência do maior hospital público da Zona Norte da cidade – o Hospital Getúlio Vargas – foi bloqueada com tapumes e restrita aos sujeitos em risco de morte. No Hospital Federal de Bonsucesso, os médicos atendiam aos pacientes em um setor de emergência improvisado em containers desde 2011. Com meses de salários atrasados e tendo que lidar com o estoque de vários medicamentos zerado, a falta de funcionários terceirizados de limpeza e segurança e a escassez de itens básicos como esparadrapo, papel higiênico, sabonete etc., os médicos da rede estadual de saúde do Rio de Janeiro deliberaram pela entrada em ‘estado de greve’.

Foi nesse contexto que, em 23 de dezembro de 2015, o governador Luiz Fernando Pezão decretou ‘estado de emergência’ no sistema estadual de saúde. Nesse mesmo dia, o presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) declarou em uma entrevista coletiva que essa era a “pior crise de saúde pública vivenciada no estado”. O decreto foi amplamente veiculado nas reportagens sobre a situação das unidades públicas de saúde de diferentes jornais impressos e televisivos. O assunto da ‘crise’ permaneceria em destaque nas manchetes ao longo de toda a segunda metade da década de 2010 (FREIRE, 2019). Em 2016, o ‘estado de emergência’ tornou-se ‘estado de calamidade pública’. No decreto, o governador em exercício Francisco Dornelles afirmou que devido à ‘grave crise econômica’ que assolava o estado, seria preciso tomar ‘medidas duras’ no campo financeiro com o objetivo de cumprir as obrigações pactuadas para realização dos Jogos Olímpicos e impedir um total colapso nos setores de Saúde, Segurança, Educação e Mobilidade. Nesse contexto, o secretário de estado de saúde afirmou que seria difícil manter todas as unidades estaduais de saúde funcionando e que alguns serviços poderiam ser interrompidos.

Em 2017 a ‘crise’ alastrou-se para a rede municipal. A falta de medicamentos e insumos básicos tanto na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) quanto nos hospitais de grande porte foi denunciada semanalmente ao longo do ano. Pouco depois da metade de 2017, a escassez de medicamentos e a redução da cobertura da atenção básica atingiram um ponto particularmente dramático. No início do mês de agosto, a Prefeitura anunciou que fecharia 11 Clínicas da Família na região de Jacarepaguá e Barra da Tijuca. Esse anúncio deu início a uma série de manifestações realizadas por profissionais de saúde em diferentes pontos da cidade. Durante esse período, houve uma forte pressão da imprensa para que o prefeito se pronunciasse sobre a questão. Ao longo de semanas, jornalistas permaneceram nas portas de diversas unidades de saúde e foram publicadas diariamente fotos, vídeos e entrevistas com pacientes e profissionais sobre o ‘caos’ na rede municipal de saúde.

No dia 20 de fevereiro de 2018, o prefeito anunciou um corte de R\$ 367 milhões no orçamento da Saúde. Por volta da metade do ano, o corte já havia atingido a marca dos R\$ 800 milhões, o que fez com que o secretário municipal de Saúde pedisse demissão no final do mês de julho. Próximo do fim do ano, o suposto vazamento de um documento intitulado “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde” gerou uma forte reação das categorias de profissionais de saúde, tornando a gestão de Marcelo Crivella novamente alvo de protestos, críticas e questionamentos. Inicialmente, o plano previa a redução de R\$ 725 milhões do orçamento da pasta, o que acarretaria a demissão de cerca de 1.200 funcionários do *Programa de Saúde da Família*. Foi a partir dessa ocasião que Crivella afirmou explicitamente que a saída para a crise residiria em medidas de austeridade fiscal e reestruturação do modelo de saúde vigente até então, ou, nas palavras do próprio prefeito, no “redimensionamento dos serviços de saúde”².

Diante das dificuldades cotidianas no que diz respeito ao acesso aos bens públicos de saúde, muitas pessoas decidem ‘entrar na justiça’ como forma de contornar os efeitos da escassez e da precarização desses serviços. Para os que não podem arcar por conta própria com os custos de um processo judicial, a solução é procurar o auxílio das Defensorias Públicas do Estado do Rio de Janeiro (DPE-RJ) ou da União (DPU). Contudo, um acordo firmado entre as Defensorias e a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (doravante CRLS ou apenas Câmara) – órgão estatal no qual realizei uma pesquisa etnográfica entre os anos de 2016 e 2017 – estabelece que os defensores só podem ajuizar uma ação na área da saúde após o insucesso das tentativas de ‘resolução administrativa’ dos casos.

De modo resumido, a CRLS é uma instituição responsável por buscar soluções administrativas/extrajudiciais para toda e qualquer demanda de saúde feita em face ao poder público. Como o nome sugere, seu principal objetivo é tentar resolver as solicitações sem que haja a necessidade de judicialização. A CRLS ocupa um imóvel de três andares no Centro da cidade do Rio de Janeiro. Sua criação, em 2012, resulta de um acordo firmado entre as já mencionadas DPE-RJ e DPU, as Procuradorias Geral do Estado e do Município do Rio de Janeiro (PGE e PGM, respectivamente), as Secretarias Municipal e de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio e SES-RJ, respectivamente), o Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) do Ministério da Saúde e o Tribunal de Justiça do Estado Rio de Janeiro (TJRJ). A equipe que atua na Câmara é composta a partir de servidores, profissionais contratados e ocupantes de cargos comissionados desses diferentes órgãos estatais. Os funcionários se dividem em quatro setores – triagem, atendimento, análise técnica e retorno da análise – e possuem formações educacionais diversas, havendo pessoas com nível médio e com ensino superior em medicina, enfermagem, farmácia, nutrição, direito e serviço social.

Em um momento de acentuada fragilização do SUS, os trabalhadores da Câmara viram seus expedientes passar por uma série de transformações de caráter quanti e qualitativo. Ao longo do tempo em que permaneci acompanhando o cotidiano da CRLS, ouvi incontáveis relatos e comentários tanto dos funcionários quanto dos usuários que associavam a ‘crise da saúde’ ao que era vivenciado diariamente não só instituição, mas na rede pública de saúde como um todo. De acordo com eles, desde que os serviços de saúde da cidade

² Para uma caracterização mais detalhada da ‘crise da saúde pública’ no Rio de Janeiro nesse período, consultar Freire (2019).

passaram a ter de lidar com uma precariedade constante, mais pessoas e novas demandas se fizeram presentes na rotina do órgão.

Quando a CRLS iniciou seu funcionamento, cerca de 60 pessoas eram atendidas diariamente e os casos de pedidos de medicamentos diziam respeito sobretudo aos fármacos não abrangidos pelas listas oficiais de distribuição. Contudo, desde meados de 2015, tornou-se cada vez mais comum o atendimento de 90 ou até mesmo 100 pessoas por dia, dado que aparece também na pesquisa de Soares (2017). Já as solicitações de medicamentos voltaram-se para aqueles que supostamente deveriam estar disponíveis, mas que se encontravam em falta devido aos cortes orçamentários e/ou atrasos no repasse de verbas. Nesse sentido, fármacos tidos como básicos, como os ‘remédios de pressão’ e itens que fazem parte de políticas de saúde consolidadas, como, por exemplo, insulinas, seringas, agulhas e glicômetros utilizados para o tratamento e monitoramento de pacientes diabéticos, passaram a ser demandados judicialmente e, portanto, atendidos pela equipe da Câmara.

Os dramáticos relatos acompanhados ao longo do trabalho de campo são colocados em diálogo com materiais de outra ordem. Assim, a pesquisa mais ampla a partir da qual esse artigo se origina envolve também as falas, discursos, declarações, documentos, imagens etc. coletados a partir de um levantamento documental, bem como dados estatísticos sobre repasses, orçamentos, prestação de contas, quantitativo de profissionais de saúde, leitos, prestação de serviços etc. disponibilizados no *DataSUS* – portal do departamento de informática do SUS que concentra as mais variadas estatísticas sobre o sistema de saúde nacional – e nas páginas de ‘transparência’ de contas públicas como o *Rio Transparente* (da prefeitura) e o *Portal Transparência* (do governo do estado).

O artigo trata desse cenário de escassez. Por meio da contextualização das narrativas apresentadas pelos usuários da CRLS em relação ao que estava acontecendo na rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro durante o período em que realizei uma etnografia, abordo os caminhos percorridos pelas pessoas para contornar a falta de medicamentos nas unidades de saúde, em especial de pacientes acometidos por doenças crônicas que necessitam de remédios de uso contínuo. Discuto também como os funcionários da Câmara tentam resolver administrativamente essas demandas e as soluções propostas por eles. Por fim, em diálogo com a bibliografia sobre o controverso tema da ‘judicialização da saúde’, busco refletir sobre o lugar ocupado pela ‘justiça’ na busca pela assistência farmacêutica em tempos de desabastecimento e seus limites para a promoção do acesso a medicamentos.

2 As Rotinas de Trabalho e o Funcionamento da CRLS

Durante 13 meses, frequentei as dependências da CRLS de três a quatro dias por semana tanto no horário de atendimento ao público (das 10h às 15h) quanto no expediente interno (entre 7h e 19h, aproximadamente). Nesse período, circulei por quase todos os espaços da Câmara e convivi com quase todos os funcionários, tendo por exceção a equipe de coordenação, os funcionários do Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) e as pessoas que trabalhavam nos gabinetes da DPE-RJ. Optei por não realizar nenhuma entrevista

gravada para a pesquisa e tive acesso tanto aos documentos trazidos pelas pessoas que buscavam atendimento quanto àqueles produzidos pelos próprios funcionários da CRLS. No entanto, não fui autorizado a acessar o banco de dados estatísticos da instituição.

No que se refere à organização do trabalho de campo, duas foram as estratégias acionadas para estruturar minhas observações. Na primeira delas, os *casos* serviram de eixo condutor. Isto é, ao me deparar com situações que me pareciam encerrar pontos chave para as discussões que pretendia desenvolver, acompanhei a circulação dos documentos e o andamento da demanda entre os andares e setores da CRLS. Na segunda, dediquei-me a apreender o fluxo de atividades em um setor durante algumas semanas seguidas, ora tentando compreender o funcionamento deste como um todo, ora sentando ao lado de um único funcionário durante pelo menos um turno inteiro de trabalho.

A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde divide-se em setores que correspondem às quatro etapas do atendimento prestado. Em um primeiro momento, o usuário – ou, como na maioria dos casos, o seu representante – deve apresentar sua solicitação e uma série de documentos às assistentes sociais que compõem a equipe de *triagem*. Entre esses documentos estão a carteira de identidade, o Cadastro de Pessoa Física (CPF), os comprovantes de renda e residência, os laudos, receituários, prescrições e pedidos médicos e, quando se solicita algo em nome de alguém, algum documento que comprove a relação da pessoa com o demandante (certidão de nascimento ou casamento, identidade que aponte a mesma filiação ou outro grau de parentesco).

Após ouvir a narrativa da situação e examinar os documentos, as assistentes sociais registram a passagem da pessoa pelo setor, definem qual das duas Defensorias Públicas ficará a cargo do atendimento do pedido e geram um *número de solicitação*. Todo esse processo é informatizado, sendo feito por meio de um *software* chamado *Sistema Câmara* desenhado exclusivamente para o gerenciamento do fluxo de ‘assistidos’³ da CRLS. O número de solicitação é utilizado para localizar uma demanda nesse sistema. Todas as vezes que uma pessoa vai até a Câmara, é gerado um novo número de solicitação que fica atrelado ao nome e número de CPF do assistido, sendo possível consultar quantas vezes e em quais datas aquele mesmo sujeito – ou um dos seus representantes – compareceu ao órgão.

Depois de passar pela triagem, a pessoa é encaminhada para o setor de *atendimento*, cuja equipe é composta por técnicas de nível médio concursadas, contratadas e também estagiários do curso de Direito das Defensorias. Nesse momento, é preciso relatar novamente a situação que fez com que a pessoa buscasse a ajuda da CRLS e declarar quais são as pretensões do pedido. A história narrada é ‘traduzida’ e resumida em um campo chamado *redução a termo*. Já a solicitação é convertida em *produto*, que pode ser desde um conjunto de medicamentos e insumos até uma consulta com médico especialista ou um procedimento cirúrgico. Após o preenchimento dessas informações, os documentos trazidos pelos assistidos são conferidos, devidamente digitalizados e anexados ao número de solicitação gerado na triagem. No caso dos pedidos de medicamentos, é imprescindível

³ O termo *assistido* é comumente utilizado para designar os usuários das Defensorias Públicas tanto estaduais quanto da União em diferentes partes do Brasil. Na medida em que as pessoas atendidas na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde são, em alguma medida, também usuárias das Defensorias, é dessa forma que os funcionários se referem a elas.

registrar ‘no sistema’ durante o atendimento o componente farmacológico (e não o nome com o qual ele é comercializado); a dosagem indicada; a forma de apresentação (comprimido, capsula, pomada, gel, ampola etc.); o período de tratamento (transitório ou contínuo); e a quantidade total requerida, o que em situações de adoecimento crônico implica a necessidade de uma ‘renovação’ periódica da solicitação.

O passo seguinte é a *análise técnica*. Nesse setor, localizado no segundo andar do prédio e onde não circula ninguém que não trabalhe na instituição, estão localizadas as mesas de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais vinculados às Secretarias Municipal e de Estado de Saúde. Os funcionários responsáveis por analisar os pedidos e propor uma eventual solução administrativa acessam apenas os documentos digitalizados na etapa anterior, de modo que essa é a única parte do fluxo de atendimento em que não há qualquer participação dos assistidos e seus representantes ou contato entre eles e as pessoas que atuam na Câmara. Há diferentes maneiras de dar andamento aos casos que variam tanto em relação ao produto solicitado – já que um pedido de medicamento não obedece ao mesmo protocolo de um pedido de consulta – quanto em função de qual é a instância responsável pela oferta do serviço ou bem de saúde (municipal, estadual ou federal).

Para solicitações de medicamentos, o procedimento comum consiste em verificar se as informações sobre o produto demandado registradas no *Sistema Câmara* são as mesmas que constam nos documentos médicos digitalizados. O segundo passo é conferir se o receituário e o laudo médico apresentados pelo assistido estão válidos (se foram emitidos dentro de um prazo de 90 dias) e se eles são coerentes, ou seja, se a medicação receitada é condizente com a patologia inscrita no laudo. Quando o medicamento faz parte da lista da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) do Rio de Janeiro, o analista entra em contato com o Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Unidade Básica de referência do assistido⁴, tendo em vista que a dispensação dos medicamentos básicos deve ser feita por essas unidades. Nesse contato – que pode ser feito por *e-mail* ou por meio de uma ligação telefônica – o funcionário se identifica como alguém vinculado à CRLS, explica resumidamente a situação do assistido e faz uma série de perguntas: se há o medicamento em estoque; se há previsão de compra; se tem como solicitar uma transferência entre unidades; isto é, se existe alguma possibilidade de a pessoa ter acesso ao medicamento sem que haja a necessidade de ‘entrar na justiça’. Nas ocasiões em que a pessoa do outro lado diz que é possível tentar resolver a situação de alguma forma, é determinado um prazo que varia entre sete e 15 dias para que a Unidade de Saúde se pronuncie sobre o caso. Após esse período, se nenhum tipo de ‘resolução administrativa’ é oferecido, o assistido é encaminhado para a Defensoria Pública para que o caso seja judicializado.

Para os casos de medicamentos elencados no Componente Especializado, o procedimento é diferente, já que a sua dispensação é mais rigorosamente controlada. Uma das distinções em relação aos medicamentos básicos é que o fluxo normal de distribuição de remédios do Componente Especializado está diretamente subordinado às

4 A Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Atenção Primária de referência de uma pessoa depende do seu endereço de residência. No site da SMS há uma página chamada “Onde ser atendido?” que indica o território de atuação de cada unidade. Quando é preciso ‘referenciar’ um assistido, os profissionais da CRLS utilizam essa ferramenta.

regras estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Assim, a primeira coisa a ser feita pelos analistas é verificar se o número da Classificação Internacional de Doenças (CID) informado no laudo do assistido está contemplado nos critérios de dispensação definidos pelo Ministério. Nos casos em que o código da CID não consta na lista de patologias para os quais o medicamento é indicado, mas que a literatura médica contemporânea tem apontado como um tratamento adequado, o parecer informa que não é possível obter a medicação pela via administrativa e encaminha o caso para a Defensoria Pública para que seja judicializado.

Quando a CID do assistido integra a lista de patologias para as quais a medicação está oficialmente indicada, o passo seguinte é saber se a pessoa já possui cadastro no CEAF do Rio de Janeiro. Quando não, o assistido e/ou representante é mandado para a Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais (RIOFARMES) para cadastrar-se, uma vez que não é possível ter acesso a esse tipo de medicamento sem o devido registro⁵. Caso já seja paciente cadastrado, os analistas verificam o histórico do assistido em busca de informações sobre quando foi a última retirada, há quanto tempo está em tratamento, qual a periodicidade do uso do remédio etc. Como a grande maioria dos casos de solicitação de medicamentos especializados se deu por conta da falta deles na unidade de dispensação, o passo seguinte era olhar uma tabela compartilhada por todos os analistas da CRLS na qual eram registrados todos os medicamentos que estavam com a distribuição irregular e/ou intermitente. Nesse arquivo eram anotados: 1) a data quando a situação começou a ocorrer; 2) se havia previsão de normalização do estoque; e 3) quem foram as pessoas responsáveis tanto por obter (um funcionário da CRLS) quanto por dar tal informação (um funcionário do CEAF).

De todo modo, semanalmente os analistas entravam em contato com os profissionais do CEAF com intenção de saber se houvera alguma mudança no status de uma dada medicação. Para os medicamentos com estoque zerado e sem previsão de nova compra – a maior parte deles –, o procedimento era encaminhar o assistido para a Defensoria Pública com um parecer que informava resumidamente a sua situação: patologia, gravidade/urgência, necessidade do tratamento, há quanto tempo estava sem acesso e outras informações que eventualmente eram consideradas pertinentes.

Outra situação relativamente comum aos pedidos de medicamentos é a proposição de um substitutivo e/ou de alteração do esquema terapêutico. Isso ocorre quando a medicação solicitada pelo assistido não faz parte de nenhuma lista oficial do SUS, mas existem outros medicamentos constantes dessas listas que são indicados para o tratamento da patologia segundo os PCDTs. Tal situação é comum quando, por exemplo, o médico do paciente indica como tratamento um determinado medicamento em uma dose de 400mg, mas na REMUME há a opção desse mesmo medicamento na dose de 150mg.

Outros episódios em que se costuma propor uma substituição se dão com os pedidos de insulina para portadores de Diabetes *Melitus* tipo I e II. De acordo com a equipe da

⁵ Para ter acesso gratuito aos medicamentos disponibilizados pelo CEAF, os pacientes precisam primeiramente se cadastrar no órgão. Para realizar tal cadastro, é necessário apresentar uma série de documentos que atestam sua necessidade, tais como o Laudo para Solicitação de Medicamentos (LME), a prescrição médica, o laudo médico detalhado e os documentos que comprovem a identidade e a residência do solicitante. Após o cadastro, a solicitação é avaliada por um parecerista e, quando deferida, a pessoa é inscrita na lista de beneficiários e autorizada a retirar a medicação gratuitamente em um dos postos de dispensação.

CRLS, esses pedidos são recorrentes porque o PCDT para diabetes é antigo e não inclui na lista de medicamentos disponibilizados pelo SUS as tecnologias terapêuticas mais atuais, as quais possuem menos efeitos colaterais e são mais fáceis de aplicar. Nesse sentido, a proposição de um substitutivo é a primeira opção dos analistas quando se deparam com situações desse tipo. Caso o médico do assistido recuse a substituição ou já conste na prescrição médica algo que informe expressamente que não é possível substituir a medicação indicada – histórico de tratamento do paciente dizendo que já fez uso o medicamento disponível, mas não obteve efeito; alergia a algum componente ou qualquer outra razão –, o analista da Câmara encaminha o caso para a Defensoria Pública.

Um ponto que precisa ser destacado sobre os pareceres que sugerem a substituição de um medicamento ou alteração de esquema terapêutico é que estes são os únicos que não são enviados exclusivamente por meio do sistema de gerenciamento interno da CRLS, os quais são assinados apenas eletronicamente. Os *pareceres substitutivos* são feitos somente por médicos ou farmacêuticos, impressos em papel timbrado da Câmara, assinados manualmente e carimbados com o nome completo e número de registro profissional – a inscrição no CRM (Conselho Regional de Medicina) ou no CRF (Conselho Regional de Farmácia) – do responsável pela sua elaboração.

A produção ‘artesanal’ desse documento – que leva o prestigioso título de *ofício* – somada a suas marcas distintivas parecem conferir a ele uma autoridade maior que a dos demais pareceres produzidos diariamente na CRLS. Esses pareceres são acionados diante de outro documento central na produção da demanda judicial por medicamentos: a prescrição médica. Como discutido por autores como Herzfeld (1992) e Ferreira (2009), assinaturas, timbres, chancelas, marcas d’água e carimbos são elementos que atribuem veracidade e poder aos papéis em contextos burocráticos. Nas disputas pelo estabelecimento do ‘melhor tratamento’ travadas por meio dos documentos, tais componentes tornam-se bastante relevantes. Além do próprio uso de uma “linguagem autorizada” (BOURDIEU, 1996) e reconhecida pelos profissionais de saúde, a presença de determinados símbolos reveste esses pareceres de um certo valor e capacidade de mando, o que pode fazer a balança pender para um dos lados do conflito.

A última fase do atendimento é o chamado *retorno da análise*. Com uma equipe composta por nutricionistas e enfermeiras⁶, é nesse momento que os assistidos descobrem o resultado/encaminhamento de seu pedido. Como as próprias funcionárias da Câmara fizeram questão de enfatizar em inúmeras ocasiões, a rotina no setor é muito ‘simples’, estando limitada a imprimir o parecer elaborado pelos analistas e informar aos assistidos o que eles devem fazer em seguida: retornar outro dia com novos documentos, se dirigir a uma Unidade de Saúde portando aquele parecer impresso, aguardar o contato da Defensoria Pública, entre outras possíveis conclusões. Na medida em que muitas vezes essas respostas não atendem aos anseios dos pleiteantes e são consideradas insuficientes,

⁶ É notável o uso alternado do masculino englobante e do feminino demarcado para se referir ao corpo de funcionários da CRLS ao longo do texto. Longe de ser um descuido ou algo não percebido/preendido, essa alternância visa ser fiel ao que acompanhei em minha etnografia. Não é por acaso que os setores de triagem, atendimento e retorno da análise – isto é, aqueles em que há interação com os usuários – possuam equipes formadas exclusiva ou majoritariamente por mulheres (há alguns estagiários do sexo masculino no setor de atendimento). Ainda que não haja espaço aqui para desenvolver esse ponto, gostaria de mencionar que essa forma de organização da instituição deixa explícita uma dimensão profundamente generificada das práticas de governança e administração estatal (VIANNA e LOWENKRON, 2017).

é no retorno da análise que se dão os maiores embates entre os assistidos e o pessoal da CRLS. Em cenas potencialmente conflituosas, o enunciado de que ‘nada pode ser feito’ adquire especial importância, pois isenta as funcionárias de qualquer ligação com o desfecho do caso, já que não são elas que redigem o parecer.

Como mencionado anteriormente, esse processo de atendimento serve para avaliar e buscar as possíveis soluções extrajudiciais/administrativas para os casos. Ainda que seja publicamente veiculada como uma instituição que visa a resolver rápida e eficazmente as solicitações dos usuários, um dos principais objetivos da CRLS é evitar que tais demandas cheguem aos tribunais e, portanto, controlar uma espécie de problema: o ‘excesso de judicialização da saúde’. Em algumas ocasiões, o que é classificado como uma ‘resolução administrativa’ segundo os parâmetros institucionais nada mais é do que um pedido para que a pessoa retorne outro dia trazendo outros documentos ou que aguarde o contato de alguém da Câmara. Nesses casos, as atuações dos funcionários não oferecem respostas conclusivas e/ou satisfatórias aos interesses dos assistidos, deixando-os frustrados. Os modos pelos quais o órgão atua para executar sua missão serão explicitados nas vinhetas etnográficas apresentadas a seguir.

3 A ‘Justiça’ e as Tentativas de Garantir o Acesso aos Medicamentos

Quando a senha 27 foi anunciada na caixa de som, Célia⁷ se dirigiu ao guichê de número 2. A assistida era uma mulher de 43 anos que morava na Vila da Penha com o marido e o filho. Ela apresentou seus laudos e receituários médicos para solicitar o medicamento Azatioprina, que alegou não receber do Estado há cinco meses. Célia estava fazendo acompanhamento no Hospital Federal de Bonsucesso após ter um rim transplantado. Ela pediu que alguém ‘a ajudasse’, pois ela não poderia interromper o tratamento e estava ‘se virando’ para comprar a medicação, a ponto de estar correndo o risco de ser despejada por conta dos três meses de aluguel atrasados. Após ouvir seu relato, a assistente social registrou sua demanda e pediu que ela aguardasse ser chamada para o atendimento e tentou consolá-la dizendo que algo seria feito para que sua situação fosse resolvida. Cerca de 40 minutos depois, o nome de Célia foi chamado nos guichês de atendimento da DPU. No atendimento, ela informou novamente que estava há mais de cinco meses sem receber o medicamento, que estava em falta tanto na farmácia do Estado quanto no hospital onde ela fazia acompanhamento. Após registrar a narrativa e as informações pessoais de Célia, a funcionária solicitou seus documentos e disse que precisaria digitalizá-los. Entre os diversos papéis requeridos, Célia não trazia consigo os comprovantes de renda do seu marido e do filho. Em seguida, a atendente imprimiu os documentos que Célia precisava assinar e informou que se o seu caso fosse encaminhado para a Defensoria para ser judicializado, ela teria de trazer os comprovantes de renda das outras pessoas que compõem o seu núcleo doméstico. Além disso, a funcionária comentou também que seria bom se ela trouxesse uma ‘declaração negativa’ do hospital informando que não havia previsão para a regularização do estoque do medicamento. Célia assinou os documentos, anotou o que a funcionária havia dito e voltou para o subsolo para aguardar ser chamada novamente.

No setor de análise técnica, Célia era a única pessoa na fila no momento em que uma médica atualizou sua página no Sistema Câmara. Ela abriu o registro da assistida, os documentos anexados e então verificou qual era sua demanda. Por se tratar de um medicamento incluído na lista do Componente Especializado, a primeira coisa que ela fez foi verificar se a assistida

⁷ Como de praxe em pesquisas antropológicas, todos os nomes citados são pseudônimos utilizados para proteger a privacidade e a identidade dos interlocutores.

possuía cadastro na plataforma da RIOFARMES e seu histórico de dispensação. Por meio do CPF de Célia, a analista confirmou a informação de que ela estava sem retirar o medicamento há mais de cinco meses. A médica então verificou uma planilha compartilhada entre os funcionários da CRLS na qual são registrados todos os medicamentos que estão em falta no Rio de Janeiro e percebeu que a última consulta acerca da disponibilidade daquele medicamento havia sido feita há cerca de uma semana. Ela então enviou um e-mail para a RIOFARMES questionando se a medicação já havia chegado ou se havia alguma previsão de quando o estoque seria repostado. Enquanto esperava a resposta, a funcionária se levantou, pegou um café e foi ao banheiro. Cerca de 10 minutos depois ela voltou para sua mesa de trabalho, mas ainda não havia recebido nenhum retorno. A resposta, que chegou quase 20 minutos depois, não era animadora: o medicamento ainda estava com estoque zerado e não havia previsão de quando seria normalizado. Diante disso, a analista acessou o modelo de parecer para o medicamento solicitado e começou a preencher as lacunas com dados relativos ao caso de Célia, ou seja, sua patologia, sua atual condição médica, o tempo que estava sem receber a medicação etc. No modelo havia também informações técnicas sobre o medicamento e suas indicações, as quais permaneceram exatamente da mesma forma. Sem a possibilidade de oferecer uma solução administrativa, a médica da análise técnica enviou seu parecer para o setor de retorno, encaminhando o caso da assistida para judicialização com apoio da DPU.

Célia foi chamada no guichê 26 por volta das 14h, mais de duas horas depois de sua chegada na CRLS. A funcionária imprimiu o parecer e leu as informações ali contidas. O atendimento no setor de retorno da análise de Célia não durou muito. Quando a assistida se sentou na cadeira em frente à funcionária, a profissional disse que a equipe da análise técnica havia entrado em contato com a RIOFARMES e foi informada de que não havia um prazo para normalização do estoque do medicamento e que, diante disso, o caso seria encaminhado para a Defensoria. Ela continuou sua explicação afirmando que a própria DPU entraria com uma ação na justiça contra o Estado para que o medicamento fosse fornecido. Em seguida, ela perguntou se Célia havia entregado todos os documentos no atendimento, pois seu caso só seria judicializado depois que toda a documentação estivesse com a Defensoria. Após explicar tudo, ela questionou se a assistida tinha alguma dúvida. Célia perguntou quanto tempo levaria para que ela conseguisse sua medicação, pois como ela não podia interromper o tratamento, ela e família estavam arcando com os custos do medicamento por conta própria e com isso estavam se endividando cada vez mais. A enfermeira disse que não era possível estabelecer um prazo, pois a partir daquele momento a situação seria ‘resolvida na justiça’, mas que em menos de uma semana alguém da DPU entraria em contato com ela para informar sobre o andamento do processo e que ela poderia comparecer ao setor de atendimento sempre que quisesse alguma informação específica. Por fim, Célia perguntou se ela teria que fazer algo ou ir a algum lugar para ‘abrir o processo’. A funcionária respondeu que não, pois isso seria feito pela própria equipe de atendimento da DPU. A única ressalva da funcionária do retorno foi a mesma feita pela do atendimento: Célia precisaria retornar à Câmara pelo menos mais uma vez para trazer os comprovantes de renda de seu marido e filho, já que esses documentos eram fundamentais para a comprovação da hipossuficiência que garantiria a ela tanto o direito de ser atendida pela Defensoria Pública quanto o de receber a medicação gratuitamente.

Um médico do setor de análise técnica vinculado a equipe da Secretaria Municipal de Saúde clicou no nome de João Ferreira dos Santos para atender, cuja demanda era um medicamento em falta. Ao verificar o registro do assistido, reagiu com surpresa diante do produto solicitado, uma vez que o medicamento era considerado um dos mais básicos para o controle dos sintomas da hipertensão. Ao entrar em contato com a Clínica da Família (CF) de referência de João por meio de uma ligação telefônica, o médico foi informado que o estoque do medicamento de fato estava zerado há cerca de uma semana, mas que no dia anterior havia chegado uma nova remessa. O médico então respondeu que encaminharia o assistido para retirar o medicamento no local e que a quantidade necessitada por ele deveria permanecer reservada na unidade por um período de 24h. O funcionário da CRLS começou a elaborar o seu parecer ao mesmo tempo em que redigia um e-mail para a CF que ele havia entrado em contato informando que

paciente esteve lá e que foi orientado a retornar à Clínica para retirar a medicação e, caso não conseguisse, deveria voltar à Câmara para que a situação fosse judicializada. Em seu parecer, o analista escreveu que telefonou para a Unidade de Saúde e que a informação a ele prestada era a de que o estoque do medicamento havia sido normalizado e que, portanto, o assistido deveria ir até lá com seus documentos médicos para receber seu remédio.

O representante de Jaime foi até a CRLS no início do mês de julho de 2017 solicitar imunoglobulina humana para controlar os sintomas da polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica (PIDC) que acomete o assistido, uma doença que causa a perda ou diminuição progressiva dos reflexos, da sensibilidade tátil e da força muscular. Na ocasião, a documentação do assistido estava incompleta, de modo que foi solicitado que ele retornasse portando todos os documentos necessários para que o caso fosse analisado. No início de agosto, ele retornou à CRLS com os documentos faltantes. Durante a análise, foi constatado que o paciente faz acompanhamento em um hospital federal na Zona Sul da cidade. Ao consultar a planilha de medicamentos disponibilizados pelo CEAF, a profissional da Câmara constatou que o medicamento é passível de disponibilização pelo SUS, mas que o código da Classificação Internacional de Doenças (CID) constante no laudo do paciente não é contemplado para dispensação na RIOFARMES. Segundo a funcionária, apesar de não ser abrangido pela política de assistência farmacêutica, o medicamento receitado é considerado pela literatura médica como o tratamento adequado para o quadro clínico do paciente. Para ela, o fato do remédio não constar na lista de tratamentos para a PIDC se deve à lentidão com que os Protocolos Clínicos são atualizados. Diante disso, um dos caminhos possíveis seria encaminhar o caso diretamente para a Defensoria Pública. Contudo, a analista tentou buscar uma solução administrativa para a situação. Ela entrou em contato com o hospital no qual o assistido é acompanhado. Na ligação, ela foi informada que a unidade possui o medicamento, mas que seu uso é restrito aos pacientes internados na instituição. A funcionária da Câmara pediu para falar com chefe do setor de farmácia, argumentando que caso o paciente judicializasse, quem seria processado seria o hospital que o acompanha. Durante a conversa, o chefe da farmácia afirmou não estar ciente do caso. Ao elaborar seu parecer, a analista solicitou um prazo de 15 dias para que a situação fosse resolvida e pediu que o assistido ou seu representante comparecesse na direção do hospital na parte da manhã para explicar sua situação e tentar solucioná-la sem que seja preciso judicializar.

Francisco se dirigiu à CRLS no início de setembro de 2017. Afetado por uma condição crônica de saúde, ele necessitava de um medicamento de uso contínuo cujo estoque estava zerado e a reposição irregular. Por volta do meio dia, um dos profissionais da análise técnica começou a realizar os procedimentos para decidir qual seria o encaminhamento dado ao caso. Ao consultar a tabela com a situação dos medicamentos do CEAF, o analista observou que a última checagem de disponibilidade da medicação solicitada por Francisco havia sido feita há cerca de dez dias. Assim, ele ligou para a RIOFARMES e explicou a situação. A pessoa do outro lado da linha respondeu que o medicamento em questão havia chegado naquela manhã e que no final do dia eles iriam conferir a remessa para dar início à dispensação no dia seguinte. O funcionário da Câmara afirmou que Francisco relatou ter ido três vezes até a RIOFARMES nas últimas semanas e que em nenhuma delas havia conseguido retirar a medicação, o que fez com que ele procurasse a ajuda da CRLS. Pouco depois ele encerrou a ligação e me disse que quem o atendeu havia dito que deixaria o medicamento de Francisco ‘reservado’. O profissional comentou também que o assistido deveria ir na primeira hora do dia para garantir que conseguiria retirar os remédios, que certamente acabariam no mesmo em dia que comesçassem a ser distribuídos. Em seu parecer, o funcionário escreveu que entrou em contato com a RIOFARMES, cujo representante informou que o estoque do medicamento havia sido recentemente regularizado. Ele também reforçou que era imprescindível que Francisco fosse retirar a medicação no dia seguinte o mais cedo possível e que caso não conseguisse, deveria retornar à CRLS.

Fernanda era uma mulher de 37 anos, desempregada, mãe de três filhos menores de idade e moradora de um bairro periférico situado na fronteira entre as Zonas Norte e Oeste da cidade. Diagnosticada com osteoporose após fraturar um osso da perna direita, ela fazia uso contínuo de uma série de vitaminas e do medicamento Alendronato de Sódio. Até 2016, Fernanda obtinha esse medicamento com desconto por meio do programa Farmácia Popular. Com as modificações nas regras de acesso aos benefícios do programa efetuadas pelo Ministério da Saúde no início de 2017, a idade mínima para a aquisição do medicamento para osteoporose passou a ser 40 anos. Assim, Fernanda perdeu o direito de comprar a medicação com o valor reduzido. Em junho de 2017 ela foi até a CRLS após várias tentativas frustradas de incluir seu CPF novamente no programa. Em sua busca por soluções, uma pessoa conhecida sugeriu que ela procurasse a Câmara, pois ali ela poderia obter seu tratamento de forma gratuita. Durante o atendimento, Fernanda enfatizou que mesmo que o medicamento seja relativamente barato sem o desconto do Farmácia Popular, seu valor somado aos custos das vitaminas fazia com que seu tratamento ficasse muito caro para uma pessoa desempregada. A atendente disse que compreendia a situação, mas fez uma ressalva de que nem todo mundo pode obter o tratamento gratuito apenas indo na CRLS, já que para isso era preciso cumprir um conjunto de requisitos. A princípio, Fernanda pensou em solicitar apenas o retorno do acesso ao medicamento com desconto. Contudo, a funcionária da Câmara explicou que a CRLS não tinha o poder de incluir ela novamente no programa, mas que, devido as suas condições de hipossuficiência, ela poderia demandar o fornecimento gratuito de todo os itens que fazem parte do seu tratamento, o que pareceu animar a assistida. Para isso, era necessário que ela apresentasse os formulários e documentos médicos atualizados. No entanto, Fernanda portava apenas um receituário de Alendronato de Sódio datado de novembro de 2016 e, portanto, fora da validade de 90 dias definida nos protocolos da Câmara. Para encerrar o atendimento, a funcionária entregou a lista de documentos que precisam ser levados para dar entrada no procedimento de resolução administrativa e pediu que Fernanda retornasse apenas quando estivesse com todos eles. Desapontada, a assistida agradeceu e se retirou.

Como é possível perceber, as vinhetas etnográficas possuem certas semelhanças e distinções. Tomadas em conjunto, elas falam de um contexto de acentuada precarização das políticas de saúde, de escassez de medicamentos na rede pública nos três níveis de gestão e das dificuldades de articulação entre os entes no que diz respeito à organização do sistema de saúde. Também indicam a procura da ‘justiça’ – e, conseqüentemente, da CRLS – como forma de tentar contornar essa situação. No plano das diferenças, elas refletem as variadas formas de operar do órgão quando o produto solicitado é um medicamento, descritas sumariamente no tópico anterior. Contrastadas com outras pesquisas que abordam por diferentes caminhos e perspectivas o complexo e bastante controverso fenômeno da *judicialização da saúde*, em especial os processos que visam a obtenção de medicamentos, elas revelam também algumas particularidades da busca pela assistência farmacêutica em tempos de desabastecimento.

Não há um posicionamento hegemônico entre os diferentes especialistas que discutem o tema. Alguns autores das áreas do direito, da saúde coletiva e da gestão pública, como Ferraz (2009; 2017; 2021), Pepe *et al.* (2010) e Wang (2015), focam suas atenções nos potenciais efeitos negativos e problemáticos da litigância em saúde. No que diz respeito aos medicamentos, a discussão gira em torno da ideia de que o acesso a produtos financiados com dinheiro público via processos judiciais pode causar desequilíbrios nas políticas de assistência farmacêutica do SUS ao fazer com que a alocação de recursos se dê de forma distinta do planejamento orçamentário original. Nesse sentido, a crescente judicialização poderia acirrar ainda mais as desigualdades na prestação de serviços de saúde na medida

em que pessoas menos necessitadas seriam capazes mobilizar a máquina do Judiciário em proveito próprio, demandando tratamentos não necessariamente indispensáveis e muito custosos. Em última instância, isso levaria a uma diminuição dos recursos disponíveis para ações de saúde em prol da coletividade.

Já os pesquisadores do campo das ciências sociais e saúde têm se empenhado em matizar tais proposições e evidenciar as diferentes facetas e contextos nos quais as pessoas buscam o auxílio do sistema de justiça para concretizar o que compreendem como o ‘direito à saúde’. Assim, autores como Biehl (2013; 2016), Biehl e Petryna (2013) e Aureliano e Gibbon (2020) discutem como o apelo aos tribunais consiste em um caminho possível para acessar medicamentos, serviços e tecnologias de testagem e monitoramento de sintomas para o tratamento de doenças raras. Outros estudos etnográficos mostram também como a judicialização pode converter a participação em um ensaio clínico e a utilização de fármacos sem aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em ‘promoção do acesso’ e ‘direito à saúde’ (CASTRO; ALMEIDA, 2017; CASTRO, 2020); como um discurso sobre direito à saúde é traduzido enquanto direito à vida (FLORES, 2016); e como pessoas com enfermidades crônicas incapacitantes lidam com a necessidade de recorrer periodicamente ao expediente judicial para garantir assistência em saúde a longo prazo (PEDRETE, 2019).

Com intenção de contribuir com o que vem sendo discutido no campo da antropologia da saúde a partir dos achados de minha empreitada etnográfica na Câmara, sugiro que o recurso aos mecanismos judiciais ou extrajudiciais seja encarado não somente como uma estratégia acionada por sujeitos em casos excepcionais ou críticos, mas como algo que vai se integrando cada vez mais ao ‘fluxo normal do SUS’ na medida em que a ‘crise da saúde’ e o desabastecimento atingem pontos particularmente alarmantes. Afirmo isso porque ao longo dos meses em que acompanhei o cotidiano da CRLS não me deparei com nenhum pedido de tratamento de doenças raras cuja medicação não possuísse registro e autorização para comercialização da Anvisa – ainda que os funcionários tenham dito que esses eram relativamente comuns quando a Câmara começou a funcionar.

Como visto nas vinhetas etnográficas e também em outras pesquisas realizadas com assistidos da CRLS (VENTURA; SIMAS, 2021; VENTURA; SIMAS; BASTOS, 2021), a quase totalidade dos pedidos atendidos pelo órgão entre meados dos anos de 2015 e 2018 diziam respeito a medicamentos, insumos e outros itens que estavam em falta nos hospitais, UPAs, Clínicas da Família etc. De acordo tanto com funcionários quanto com usuários dos serviços, a crise nas unidades públicas de saúde agravou uma situação de penúria e exiguidade que já se fazia presente nesses espaços há anos, senão décadas. Diante disso, a ideia que circulava entre os profissionais era de que naquele momento ‘tudo precisava ser judicializado’, desde medicamentos e itens básicos até os procedimentos mais complexos.

Nos cenários em que os recursos são parcos e sua utilização restrita, os ‘direitos’ também o são. Por meio dessa lógica, direitos são imaginados como uma espécie de bem escasso que necessita de uma constante supervisão e avaliação dos sujeitos que os acessam, os quais precisam provar que são merecedores de determinados ‘benefícios’ (VIANNA, 2013). Assim, em contextos em que a carência grassa e o ‘entrar na justiça’ é tornado procedimento padrão para a aquisição de medicamentos custeados pelo poder

público, o significado e a efetividade do que se entende por ‘direito à saúde’ encontram-se profundamente comprometidos.

Na ausência de uma indagação acerca dos critérios de prioridade para a definição das dotações orçamentárias e do empenho do dinheiro público, espaços como os tribunais e o setor de análise técnica da CRLS não passam de instâncias em que as “alternativas infernais” (PIGNARRE; STENGERS, 2011) e as “escolhas patéticas” (FASSIN, 2012) são sopesadas, produzindo decisões sobre quem, quando e sob quais condições alguém pode demandar assistência farmacêutica do Estado. Um exemplo brasileiro dessa questão pode ser visto no livro de Gustavo Amaral (2001) cujo título é *Direito, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas*. Ao analisar decisões judiciais acerca do fornecimento de medicamentos para pacientes com HIV, o autor indaga como os operadores do Direito estabelecem (ou não) um equilíbrio entre a necessidade individual de um paciente – o que ele chama de *microjustiça* – e o planejamento de políticas coletivas de saúde – a *macrojustiça*. Uma das perguntas que orienta suas discussões diz respeito aos critérios adotados por juízes e desembargadores para definir quais pedidos serão atendidos e quais serão negados, uma vez que “[...] a escassez de recursos, a escassez de meios para satisfazer direitos, mesmo fundamentais, não pode ser descartada” (AMARAL, 2001, p. 185).

A partir do que foi exposto até aqui, creio ser possível afirmar que a via judicial se configura não apenas como uma “infraestrutura paralela” (BIEHL, 2013; 2016) que visa realizar operações de resgate caso a caso, mas também como uma etapa a mais no itinerário terapêutico (AUGÉ, 1986) percorrido pelos pacientes em busca de tratamento. Tal inclusão representa uma espécie de ‘deformação’ desses itinerários, já que os usuários se veem obrigados a navegar entre instituições de saúde diversas, assim como circular por órgãos burocráticos e de gestão que obedecem a lógicas que não são conhecidas e que, na maioria das vezes, parecem não fazer qualquer sentido, provocando uma verdadeira desorientação entre aqueles que necessitam dos medicamentos disponibilizados pelo SUS.

Em suma, quando o desabastecimento se encontra em um estado generalizado e a falta atinge praticamente todos os níveis da gestão e componentes da assistência farmacêutica, a judicialização não se restringe aos casos atípicos ou imprevistos nas políticas de saúde e nos Protocolos Clínicos. Isto é, longe de ser extraordinária, a procura pela ‘justiça’ é incorporada às rotinas dos pacientes na medida em que o acesso aos serviços e o direito à saúde são recorrentemente negados, negligenciados ou incompletamente prestados aos usuários. Conforme observou um dos funcionários da Câmara após um longo e exaustivo dia de trabalho em que ele se deparou com dezenas de pedidos de *produtos* como insulina, seringa, fralda geriátrica, atadura, esparadrapo, antidepressivo, anti-hipertensivo, diurético e outros itens banais das farmácias de unidades de saúde: “com essa crise de agora, parece que o SUS só está funcionando mediante judicialização”.

Logo, mais do que promover uma ampliação ou uma maior democratização do direito à saúde, os mecanismos judiciais e extrajudiciais de solução dos conflitos sanitários são cooptados por aparatos mais amplos de gestão – como a própria CRLS – e transformados em gargalos e catracas que vão produzindo e selecionando quais sujeitos e demandas são prioritários ou mais legítimos de serem atendidos em meio ao desalento, à precariedade

e a uma ‘incontornável limitação de recursos materiais’. Os casos de Francisco e João descritos nas vinhetas etnográficas ilustram esse ponto.

Em vez de gerar pressão por mudanças substanciais e pela promoção do acesso igualitário à assistência farmacêutica, os modos de atuação da CRLS promovem ‘reservas’ e outros arranjos que garantem o direito à saúde de uns – os que ‘ameaçam’ mobilizar a máquina do Judiciário – em detrimento de inúmeros outros, que permanecem à deriva buscando soluções particulares para um problema público. Isto é, o que a Câmara faz é produzir respostas personalizadas para problemas estruturais potencializados pela precarização dos serviços de saúde. Nessa conjuntura, os dilemas e contradições entre demandas individuais e necessidades coletivas no acesso a medicamentos pela via judicial discutidos por autores como Pepe *et al.* (2010) e Ferraz (2021) tornam-se ainda mais críticos e evidentes.

4 Considerações Finais

Conforme discutido ao longo do texto, a judicialização da saúde é um fenômeno cercado por controvérsias e divide aqueles que discutem o assunto entre os que apontam para seus aspectos disruptivos e questionáveis em relação ao planejamento da política de assistência farmacêutica e os que ressaltam seu potencial para corrigir assimetrias de longa duração, redirecionando recursos para o atendimento de uma parcela mais pobre e carente da população. Apesar dos diferentes posicionamentos, há uma concordância em torno da ideia de que os litígios de saúde denunciam e lançam luz sobre os problemas de infraestrutura e a ineficiência dos programas de distribuição de medicamentos, ou seja, que os processos judiciais expõem as falhas e os erros do Estado no que se refere à gestão do SUS. Para encerrar esse artigo, gostaria de sublinhar alguns aspectos que observei durante minha pesquisa etnográfica que deslocam essas premissas, os quais são um desdobramento do argumento de incorporação da via judicial ao fluxo normal do SUS.

Por um lado, é problemático – senão insustentável – encarar a judicialização das demandas de saúde apenas por um viés quantitativo e pensá-la como um problema de maior urgência, enfatizando somente os efeitos e distorções orçamentárias provocados por um alegado número ‘excessivo’ de processos judiciais nessa área. Essa é uma visão englobante e toma a judicialização como um fenômeno monolítico e não nuançado. Assim, seus defensores parecem desconhecer ou não levar em consideração os casos concretos em que a via judicial se apresenta como o único caminho possível para tentar garantir o direito à saúde. Como narrado nas vinhetas etnográficas, essas situações se tornam ainda mais dramáticas e complexas em momentos de escassez severa de medicamentos, insumos e profissionais de saúde.

Por outro, também não é possível olhar para as questões realçadas pela judicialização da saúde como meros equívocos, descuidos ou defeitos do Estado, nem considerar a via judicial como a panaceia que irá corrigir essas falhas de modo definitivo e democrático. Os problemas desvelados pela judicialização não são sinais de ‘lacunas’ na legislação; frutos dos ‘erros’ no desenho das políticas; ou consequências de uma suposta ‘ausência do Estado’ que deixa desassistidos certos territórios e populações. A conjuntura de

desabastecimento das unidades públicas de saúde durante o período de trabalho de campo não pode ser creditada unicamente à ‘crise da saúde’ em seus mais distintos níveis administrativos.

Como discuti mais detidamente em outro lugar, a crise no setor de saúde não é necessariamente um projeto político inédito e elaborado para fins específicos, como muitos dos seus críticos apontam. Trata-se, sobretudo, de um momento de agudização da precariedade que se dá em múltiplos planos e de longa duração na história das instituições e políticas públicas de saúde brasileiras (FREIRE, 2019). Nesse sentido, compreendo o desabastecimento menos como um ‘contexto’ ou uma situação que precisa ser gerenciada e mais como o próprio instrumento de gestão por meio do qual se administra determinadas populações. Assim, o apelo aos Tribunais de Justiça que ora é apresentado como um caminho alternativo e potencialmente capaz de remediar as desigualdades em saúde, ora é descrito como um fator disruptivo das políticas públicas de saúde, pode ser analisado a partir de um ângulo que o toma como parte constitutiva de um modo de governo que tem na escassez o seu pressuposto, uma vez que o projeto original do SUS não foi plenamente implementado porque nunca houve disponibilidade de recursos para tal.

Em outras palavras, na medida em que a precariedade e a exiguidade funcionam como elementos a partir dos quais são produzidas as condições e práticas de governo, a intervenção judicial é colocada por alguns como uma maneira de corrigir o clientelismo e patrimonialismo que influenciam a distribuição de recursos públicos no Brasil (PEREIRA, 2015). No entanto, o que essa forma de ‘combater as injustiças e as desigualdades’ parece não notar é que nunca haverá uma partilha igualitária dos bens e serviços públicos até que o discurso de que não há meios de atender a todas as necessidades de saúde da população seja questionado. Consequentemente, enquanto a insuficiência orçamentária crônica e fundante do sistema de saúde não for colocada em xeque, a judicialização – tanto de casos individuais quanto de ações coletivas – não fará muito mais do que ‘enxugar gelo’ e operar como um mecanismo na engrenagem estatal que define quem tem direito a demandar direitos.

Referências

- AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
- AUGÉ, Marc. L’anthropologie de la maladie. **L’Homme**, Paris, EHESS, v. 26, n. 1-2, p. 81-90, 1986.
- AURELIANO, Waleska; GIBBON, Saha. Judicialisation and the politics of rare disease in Brazil: rethinking activism and inequalities. In: GAMLIN, Jennie *et al.* (org.). **Critical Medical Anthropology**: perspectives in and from Latin America. London: UCL Press, 2020. p. 248-269.
- BIEHL, João. The judicialization of biopolitics: claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts. **American Ethnologist**, Arlington, AAA, v. 40, n. 3, p. 419-436, 2013.
- BIEHL, João. Patient-Citizen-Consumers: judicialization of health and metamorphosis of biopolitics. **Lua Nova**, São Paulo, CEDEC, n. 98, p. 77-105, 2016.

- BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Legal Remedies: therapeutic markets and the judicialization of the right to health. In: BIEHL, João; PETRYNA, Adriana (ed.). **When people come first: critical studies in global health**. Princeton: Princeton University Press, 2013. p. 325-346.
- BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas linguísticas: o que o falar quer dizer**. São Paulo: EdUSP, 1996.
- CASTRO, Rosana. **Economias políticas da doença e da saúde: uma etnografia da experimentação farmacêutica**. São Paulo, Hucitec, 2020.
- CASTRO, Rosana; ALMEIDA, Rafael Antunes. Testemunho, evidência e risco: reflexões sobre o caso da fosfoetanolamina sintética. **Anuário Antropológico**, Brasília, DF, UnB, v. 42, n. 1, p. 37-60, 2017.
- FASSIN, Didier. **Humanitarian Reason: a moral history of the present**. Berkeley: University of California Press, 2012.
- FERRAZ, Octavio. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? **Health and Human Rights**, Boston: Harvard, v. 11, n. 2, p. 33-45, 2009.
- FERRAZ, Octavio. El derecho a la salud en los tribunales de Brasil: ¿agrava más las desigualdades en salud? **Revista del Centro de Estudios Constitucionales**, Ciudad de México, SCJN, n. 5, p. 195-228, 2017.
- FERRAZ, Octavio. **Health as a human right: the politics and judicialisation of health in Brazil**. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.
- FERREIRA, Letícia. **Dos autos da cova rasa: a identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960**. Rio de Janeiro: E-papers/Laced, 2009.
- FLORES, Lise Vogt. **“Na minha mão não morre”**: uma etnografia das ações judiciais de medicamentos. 2016. 213p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.
- FREIRE, Lucas. **A gestão da escassez: uma etnografia da administração de litígios de saúde em tempos de “crise”**. 2019. 388p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.
- HERZFELD, Michael. **The social production of indifference: exploring the symbolic roots of Western bureaucracy**. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.
- PEDRETE, Leonardo do Amaral. **Crônicas invisíveis na “capital brasileira da judicialização da saúde”**. 2019. 302p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- PEPE, Vera Lúcia *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 15, n. 5, p. 2.405-2.414, 2010.
- PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. Direitos Sociais, Estado de Direito e desigualdade: reflexões sobre as críticas à judicialização dos direitos prestacionais. **Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 8, n. 3, p. 2.080-2.114, 2015.
- PIGNARRE, Philippe; STENGERS, Isabelle. **Capitalism sorcery: breaking the spell**. Nova York: Palgrave Macmillan 2011.
- SOARES, Flávia Dantas. **A atuação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) na resolução extrajudicial dos conflitos sanitários: um estudo dos anos de 2014 a 2016**. 2017. 98p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.
- VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça. **Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, PPGDir/UERJ, v. 12, n. 3, p. 1.989-2.014, 2021.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; BASTOS, Luiza. Judicialisation, right to health and justice at Rio de Janeiro’s ‘Health Dispute Resolution Chamber’: users’ conceptions. **Global Public Health**, Londres, Taylor and Francis, p. 1-12, 2021.

VIANNA, Adriana. Introdução: fazendo e desfazendo inquietudes no mundo dos direitos. *In*: VIANNA, Adriana (org.). **O fazer e o desfazer dos direitos**: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. p. 15-35.

VIANNA, Adriana; LOWENKRON, Laura. O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens. **Cadernos Pagu**, Campinas, Unicamp, n. 51, p. 1-61, 2017.

WANG, Daniel. Right to health litigation in Brazil: the problem and the institutional responses. **Human Rights Law Review**, Oxford: Oxford University Press, v. 15, n. 4, p. 617-641, 2015.

Lucas Freire

Doutor em Antropologia Social pelo Museu Nacional da UFRJ. Atualmente é bolsista do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD) da CAPES no Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais da Fundação Getulio Vargas (PPHBC/FGV) e um dos coordenadores do Laboratório de Antropologia Contemporânea da instituição.

Endereço profissional: Praia de Botafogo, n. 190, Sala 1.421, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22250-900.

E-mail: lucas.mfreire@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9629-6840>

Como referenciar este artigo:

FREIRE, Lucas. A ‘Justiça’ e o Acesso a Medicamentos em Tempos de Desabastecimento. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85571, p. 43-61, janeiro de 2023.

Medicamentos de Alto Custo, Judicialização e os Dilemas no Acesso Terapêutico às Pessoas com Síndrome de Berardinelli

Jociara Alves Nóbrega¹
Carlos Guilherme do Valle²

¹Secretaria da Educação e da Ciência e da Tecnologia da Paraíba, São José do Sabugi, PB, Brasil

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil

Resumo

Este artigo aborda o acesso a um medicamento de alto custo para pessoas com uma doença rara a síndrome de Berardinelli que vivem, sobretudo, no Estado do Rio Grande do Norte. Enfocamos a construção de biossocialidade envolvida no pleito judicial pela leptina, que se desenha em redes entre diferentes atores e instituições, como geneticistas, profissionais de saúde, agentes públicos, ativistas, associações civis, a biomedicina, a justiça, a mídia e a indústria farmacêutica. Refletimos sobre as diferentes articulações que envolvem a judicialização da saúde, como as emoções e as moralidades, a busca por cidadania, os interesses comerciais da indústria farmacêutica e os dilemas na gestão de recursos na administração pública.

Palavras-chave: Doenças Raras. Medicamentos. Biossocialidade. Judicialização da Saúde.

High Cost Drugs, Judicialization and Dilemmas in Therapeutic Access to People with Berardinelli Syndrome

Abstract

This article discusses the access to a high-cost drug for people with a rare disease, Berardinelli syndrome, who live mainly in the state of Rio Grande do Norte. We focus on the construction of biosociality involved in the legal actions for leptin, which is designed in networks between different actors and institutions, such as geneticists, health professionals, public agents, activists, civil associations, biomedicine, justice, the media, and the pharmaceutical industry. We reflect on the different articulations that involve the judicialization of health, such as emotions and moralities, the search for citizenship, the commercial interests of the pharmaceutical industry and the dilemmas in resource management by the public administration.

Keywords: Rare Diseases. Drugs. Biosociality. Judicialization of Health.

Recebido em: 1º/02/2022

Aceito em: 15/06/2022



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/>

1 Introdução

O estado do Rio Grande do Norte apresenta um elevado número de pessoas vivendo com doenças genéticas raras e faz parte do cenário mais amplo do Nordeste, a região brasileira com o maior número de municípios com grupos de pessoas ou famílias com características genéticas específicas, segundo dados do Instituto Nacional de Genética Médica Populacional (INAGEMP) (FIORAVANTI, 2014). No estado, o chamado sertão do Seridó concentra municípios que têm alta incidência de um quadro genético raro, a Síndrome de Berardinelli (SB)¹, que provoca modificações corporais, normalmente identificadas na infância, cujo principal aspecto é a lipodistrofia congênita generalizada². Assim, o corpo apresenta a disfunção das células de gordura, o que deixa a pessoa sem a presença de gordura em áreas comumente esperadas, acarretando efeitos em sua imagem corporal. A gordura acaba se acumulando em outros órgãos e produzindo, assim, uma variedade de problemas orgânicos que podem limitar o desempenho físico e social, com destaque para a ocorrência de diabetes, problemas hepáticos e cardíacos (MONTIEL; HERRERA, 2012).

Além de conviverem com as dificuldades mais comuns para as pessoas com uma doença rara no Brasil, como a dificuldade de obtenção de um diagnóstico, o desconhecimento médico e a ausência de uma rede de serviços especializada, além de acentuada escassez de investimentos públicos em pesquisas e medicamentos direcionados a esse tipo de patologia (BOY; SCHRAMM, 2009), quem desenvolve a SB enfrenta ainda uma dificuldade auxiliar: a estigmatização gerada pela enfermidade, que produz características corporais bastante acentuadas. Entre essas características, destaca-se a elevada magreza corporal, que levou a patologia a ser conhecida popularmente no Seridó como a *doença dos magros*, sobretudo antes da década de 1990, quando não havia ainda um desenvolvimento de pesquisas médicas locais sobre o tema. Ela também gera protuberância muscular, principalmente nos braços e abdômen, o que faz com que as mulheres possam ser confundidas com homens ou travestis e, assim, vivenciam maior estigmatização.

Na década de 1990, duas mães de crianças com SB desencadearam a criação de uma rede de relações e de modos de organização social a partir do transtorno genético, o que motivou a criação da Associação de Pais e Pessoas com a Síndrome de Berardinelli do Estado do Rio Grande do Norte (ASPOSBERN), que congrega atualmente, além das duas mães pioneiras, cerca de 37 famílias do estado, sem contar famílias da Paraíba, Ceará

¹ A literatura médica identificou cerca de 250 casos mundiais. No Brasil, casos foram registrados nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Ceará, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

² Por ser congênita, esta lipodistrofia se diferencia daquela provocada como efeito adverso do uso de medicamentos antirretrovirais em pessoas vivendo com HIV/Aids (VALLE, 2010).

e Pernambuco. Mantida na cidade de Currais Novos, a associação foi um marco para a mobilização de pessoas com deficiência e doenças raras no estado potiguar, sobretudo pela iniciativa e intensa mobilização das duas mães³. Também foi sendo constituída uma ampla rede de apoio científico e profissional a partir de centros de tratamento e pesquisa estaduais, ligados às universidades públicas, sobretudo a Universidade Federal do Rio Grande do Norte com seus diversos *campi* e estruturas hospitalares e de formação acadêmica, que têm contribuído para a qualidade de vida das pessoas com SB. Pode-se dizer que essa rede de apoio também produz parcerias seja com geneticistas, seja com órgãos e agentes públicos municipais e estaduais, mas ainda com *parceiros* privados que contribuem para o financiamento e manutenção da associação⁴. Há também apoio, mediação e parceria com outras organizações não governamentais, como a Sociedade dos Cegos do Estado do Rio Grande do Norte e o Instituto Vidas Raras (IVR), sediado na cidade de São Paulo.

A partir da produção acadêmica sobre pessoas com doenças raras, sabemos o peso que têm as associações de pacientes na promoção do cuidado em saúde, tal como se vê em diversos trabalhos (GRUDZINSKI; ROHDEN, 2015; GIBBON; AURELIANO, 2018; IRIART *et al.*, 2019; BARBOSA, 2015). Para além do que é orientado pelo próprio Ministério da Saúde, que estimula o cuidado familiar como uma força auxiliar, mas, no fundo, promove uma economia de recursos públicos (FONSECA, 2007), aqui o papel da família no cuidado envolve também a demanda por direitos à saúde. Apoiando-se em noções próprias de justiça e cidadania, os sujeitos pesquisados aliaram-se a cientistas locais, a saber, geneticistas, com os quais tiveram contato por meio da experiência associativa para promover o cuidado dessas pessoas e viabilizar, judicialmente, o acesso ao remédio específico para a SB. Acreditamos que se produziu, assim, aquilo que Rabinow (1999) chamou de biossocialidade, gerada a partir das relações entre pessoas com SB, seus familiares (em destaque aqui para a *luta* das mães por um remédio, capaz de *dar vida* a seus filhos), médicos geneticistas e outros agentes sociais, por exemplo, ONGs como o IVR, o que culminou, em anos recentes, em um nível de ativismo mais especializado, envolvendo a viabilização do acesso judicial a um medicamento de alto custo para o tratamento eficaz da SB, a leptina. A partir desse viés biossocial, pensamos, portanto, que houve, ao mesmo tempo, uma reconfiguração da família e dos sujeitos que têm a doença por meio das dinâmicas societárias que se estabeleceram em prol da causa. Especialmente para as mães que fundaram a ASPOSBERN, a experiência associativa gerou um diálogo com instâncias que envolvem o campo global das doenças raras, como os centros de produção científica, a administração pública, o sistema jurídico e a indústria farmacêutica.

É essencial ressaltar o peso de uma configuração cultural centrada no valor da família e do cuidado materno, além da religiosidade cristã/católica, no Rio Grande do Norte para a compreensão da emergência da mobilização social e do associativismo das pessoas com SB na região. Ao lado de uma aproximação especial mais recente com o conhecimento científico por meio do apoio e da parceria dos geneticistas da UFRN,

³ Virgínia Dantas e Márcia Guedes são bem conhecidas por sua mobilização social no estado.

⁴ A ASPOSBERN é, juridicamente, uma instituição de direitos privados, sem fins lucrativos, que se tornou de utilidade pública municipal, estadual e federal entre os anos de 1999 e 2000.

uma tônica emocional inscrita sobre o pano de fundo da moralidade familiar e religiosa, estimuladora do cuidado e da solidariedade, determinou a origem da mobilização no início dos anos de 1990 e ainda delinea a sua configuração atual. Então, estamos tratando de um tipo de associativismo, antes centrado no cuidado e na solidariedade do que na produção de ativistas *experts*.

Resultante de uma pesquisa de doutorado (NÓBREGA, 2020), as reflexões presentes neste artigo centralizam-se nas experiências de judicialização da saúde relacionadas à demanda pelo uso da leptina. Foi realizada pesquisa de campo etnográfica nos encontros anuais da ASPOSBERN em Currais Novos, além de visitas etnográficas a famílias que vivem em diferentes cidades do sertão do Seridó. Com exceção das mães que fundaram a ASPOSBERN, que são de classe média, a maioria dessas famílias pertence a estratos das classes populares, sendo algumas delas de origem rural. Mas a etnografia também abarcou pesquisa por meio da rede social Facebook, na qual se encontram perfis de grupos de pessoas com SB, brasileiros e alguns estrangeiros. Com isso, a pesquisa abarcou pessoas de diferentes regiões do Brasil e de outras nacionalidades, embora não houvesse intenção de uma pesquisa multissituada. Mas era comparativo o propósito de incluir outras vozes e experiências que não fossem relacionadas ao contexto principal da pesquisa: cidades do sertão do Seridó e outras no Estado do Rio Grande do Norte, tal como Natal. Além das famílias, foram feitas interlocuções e entrevistas com pesquisadores geneticistas, médicos, profissionais de saúde e outros agentes públicos.

2 A Leptina, *um sonho*

Durante a abertura do primeiro encontro anual da ASPOSBERN do qual participamos, em 2015, o geneticista Henrique anunciou uma descoberta inovadora para o tratamento da síndrome de Berardinelli: a leptina. Segundo ele, a substância, descoberta na década de 1990, não teria sido utilizada ainda por ninguém no Brasil, mas prometia avanços na saúde de pessoas com lipodistrofia. Em suas palavras, ela seria originalmente um *hormônio baixo, produzido pela gordura* corporal. Como as pessoas com síndrome de Berardinelli apresentavam uma deficiência na sua produção, o que, por sua vez, acarretava a inexistência do tecido adiposo, os açúcares e as gorduras acabavam se acumulando em órgãos como o fígado e o coração da pessoa com SB. Com isso, segundo as pesquisas médicas que o geneticista acompanhava, a ingestão desse hormônio em forma medicamentosa teria boas chances de melhorar o quadro de saúde de quem tinha a síndrome.

O médico relatou para a plateia de pessoas com SB e seus familiares que mundialmente existiam quatro variações de manifestação da síndrome de Berardinelli, sendo que, no Rio Grande do Norte, os casos clínicos abrangiam duas delas. Para legitimar a promessa de eficácia do medicamento, ele explicou que, em termos genéticos, todos os portadores pertenciam à *mesma família*, o que favorecia que a aplicação do fármaco testado em portadores não brasileiros fosse também eficaz nos seus pacientes. Evocando uma identidade comum, geneticamente conformada, o médico retratava naquele momento a nova genética como um amálgama para “novas conexões” a serem percebidas (STRATHERN, 2005). Pautadas em uma identidade pré-existente, biossocial, as pessoas

deveriam resgatá-las e valorizá-las naquele momento, depositando, assim, otimismo nos efeitos orgânicos da leptina.

No final de 2015, a leptina ainda era uma “promessa” científica para aquelas pessoas. O encontro anual daquele ano procurou, então, dar ênfase às variáveis clínicas da doença e à importância do tratamento, preparando também as pessoas para o processo que envolveria um possível uso da substância. O grupo de estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), campus da UFRN, localizado na cidade de Santa Cruz, que esteve no encontro, predominantemente composto de alunos dos cursos de enfermagem e nutrição, apresentou uma peça teatral que expôs o mecanismo biológico, os sintomas e a importância do acompanhamento médico para os pacientes com SB. Entre esses estudantes, alguns estavam produzindo artigos e TCCs sobre a síndrome. Na produção cultural, aqueles alunos também fizeram referência à leptina. Eles expuseram de maneira didática que a SB seria biologicamente causada por um “defeito” celular que impediria a produção do hormônio. Aquela representação teatral, não sei se intencionalmente ou por acaso, parecia contribuir para o fortalecimento de uma crença compartilhada na leptina. Mesmo que pautado em uma razão científica que balizava a explicação biológica dos mecanismos orgânicos que envolviam o hormônio, parecia que aquele momento poderia contribuir também, afinal, na produção de uma futura “eficácia simbólica” do medicamento.

Para Marta, mãe do pequeno Bernardo e moradora de um município do interior da Paraíba, a leptina era mesmo uma *utopia*, quando foi apresentada como possibilidade terapêutica para as famílias e pacientes com SB em 2015, tendo em vista as inúmeras apostas de melhora depositadas naquele medicamento novo. Além do medicamento ter sido anunciado no encontro anual da associação, as famílias da ASPOSBERN foram convidadas no decorrer do ano para um evento científico que ocorreu em Natal. O evento contou com a participação dos geneticistas que pesquisam a SB no Rio Grande do Norte, do Instituto Vidas Raras e do representante do laboratório norte-americano que fabricava o medicamento. As famílias ficaram dois dias hospedadas em um hotel de Natal para a participação no evento.

Na ocasião do encontro científico que aconteceu em Natal, Marta afirmou que as possibilidades descritas pelo representante farmacêutico eram *fantásticas*, pois ele garantia que aquele medicamento traria inúmeros benefícios para as pessoas com SB. Falando em inglês e sendo traduzido, o representante comercial aguçou o interesse da plateia, pois aquelas famílias, que até então não conheciam um tratamento medicamentoso específico para a síndrome de Berardinelli, pareciam viver um *sonho* perante as possibilidades de avanço na saúde que eram anunciadas. No evento, os integrantes da ASPOSBERN já foram orientados a *deixar a documentação*. Mas também souberam que, para obter o sonhado medicamento, que era de *alto custo*, eles teriam que *entrar na justiça*. Aquele momento plantou, então, uma série de esperanças naquelas pessoas.

E passou a ser um sonho assim... Eu pensava: meu Deus, será que vai dar certo?! Será que a gente vai conseguir?! Aí quando se falava realmente que já existia, que tinha pessoas na Europa que usavam – não sei se pessoas com a síndrome -, mas já comercializava lá na Europa. Aí eu ficava me perguntando assim: meu Deus, já pensou se Bernardo conseguisse?! Era um sonho! (Marta, agosto de 2018, Picuí-PB).

As expectativas que meus interlocutores colocavam nos avanços científicos dependiam de um contexto cultural no qual a medicina e suas tecnologias possuem um impacto cada vez maior sobre nossa qualidade e estilo de vida, ao mesmo tempo que se tornam mais acessíveis. Nikolas Rose (2013) observa que a esperança – juntamente com temores e aflições – é um sentimento próprio da era biotecnológica que se instaura no final do século XX. A biomedicina e suas tecnologias associadas às novas descobertas genômicas promovem “[...] grande esperança nas perspectivas de curas novas e eficazes para todos os tipos de doenças e aflições” (ROSE, 2013, p. 14). Além da pesquisa científica cobrada dos governos pelos grupos de pressão, o autor assinala que demandas econômicas mais amplas também projetam otimismo nas descobertas biotecnológicas: “Muitos políticos, universidades, corporações e investidores privados esperam que esses avanços biomédicos gerem propriedade intelectual valiosa e acionem uma bioeconomia nova e altamente lucrativa” (ROSE, 2013, p. 15).

Quando retornei à associação um ano depois, no seu encontro anual de 2016, a leptina já era uma realidade para aquelas pessoas. Durante a conferência de abertura, o geneticista que, no ano anterior havia anunciado a leptina como uma possibilidade inovadora no tratamento da SB, fez dessa vez um balanço positivo, considerando as primeiras aplicações do fármaco. Na avaliação dele, havia ocorrido uma melhora substancial no quadro de saúde das pessoas com SB após o consumo da leptina. Esses pacientes estavam sendo acompanhados por ele e sua equipe de pesquisadores no Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal. Quando conversamos nos primeiros meses de 2017, o médico confirmou a melhora no quadro da saúde dos pacientes, pois não havia ocorrido nenhuma morte na associação, o que seria um dado muito positivo, considerando que *estamos acostumados a perder uma média de dois por ano*, observou o geneticista.

No evento de 2016, Rogério, o filho da fundadora Márcia, que normalmente compõe a mesa e profere uma fala na ocasião, expôs seus agradecimentos e também mencionou que aquele teria sido um bom ano *por causa da medicina, da leptina*. Nas palavras do rapaz, *a medicina veio a revolucionar nossa saúde, que é bem limitada, bem delicada*. Afirmou que a leptina repercutiu positivamente, sobretudo no difícil controle da diabetes em pessoas com SB.

O que se percebia, então, é que aquele ano havia sido marcado pela familiarização dos associados com a novidade do fármaco e suas primeiras aplicações. As pessoas pareciam entender minimamente o que estava em jogo na sua aplicação e efeitos, em geral, em sua saúde. Por exemplo, Antônio nos falou que ainda precisava melhorar suas taxas de glicose para ficar apto a fazer uso do medicamento. Com isso, depositava um alto nível de esperança na substância, afirmando acreditar que ela representaria uma melhora de *cerca de 90%* da saúde das pessoas com SB, embora soubesse que os pacientes precisariam estar com o controle de taxas de glicose para o recebimento do medicamento. Ao mesmo tempo, era destacada a necessidade da liberação na justiça do fármaco para o uso de alguns pacientes.

A leptina também aparecia naquele contexto como um elemento que estava integrando a pauta de *lutas por direitos* da ASPOSBERN. Dentro de um discurso público que mesclava elementos jurídicos e burocráticos com citações bíblicas, que remetiam ao encorajamento na mobilização, uma das mães ativistas garantiu que a associação

estava na busca por viabilizar o recebimento do medicamento, inclusive para pessoas de outros estados. O direito ao fármaco assumia na sua fala contornos humanitários, posto que se referia ao *direito de todos* [...], *direito à saúde*, *direito à vida*. Ao mesmo tempo que evocava aos direitos, também legitimava sua demanda a partir do sofrimento vivido pelas pessoas com SB, portanto, buscava-se uma legitimidade pautada em uma condição biológica desfavorável (FASSIN, 2001).

Desde então, o engajamento em prol da saúde das pessoas com SB aparentemente intensificou o caráter de parceria entre a ASPOSBERN e os médicos geneticistas. Também foram ampliadas as relações da ASPOSBERN no campo social do ativismo mais amplo em torno das doenças raras, uma vez que ela passa a se conectar com uma grande ONG de São Paulo, o Instituto Vidas Raras, adentrando minimamente no campo das informações jurídicas que estavam em jogo na *luta* pelo direito à saúde. Essa dimensão apareceu, então, como reveladora de uma presença cada vez mais concreta da ciência na administração cotidiana da vida dessas pessoas (ROHDEN, 2012). Isso também aparecia na articulação das práticas locais da mobilização social de pessoas com SB com seus parceiros e interlocutores na internet.

No final de fevereiro, comemora-se o “Dia mundial das doenças raras”. No grupo de pessoas com síndrome de Berardinelli do Facebook, bem como nos perfis pessoais de portadores e cuidadores, encontramos postagens lembrando da data e incentivando a mobilização em prol da saúde de quem é afetado por diferentes patologias dessa natureza no mundo. Quase todas são mensagens compartilhadas de outros espaços virtuais ou perfis, ou seja, não são criadas pelas próprias pessoas que postam. Podemos constatar nelas uma tônica de encorajamento e convite para a *conscientização* e a promoção de visibilidade social em torno da causa. Em uma delas de 2020, emitida no grupo “*Síndrome de Beradinelli Seip*”, convocava-se os envolvidos pela mobilização das pessoas com doenças raras para um evento presencial em Brasília: “vamos mostrar o quanto a nossa causa importa”, “somos melhores juntos!” e “raro é forte”, são alguns dos trechos que compunham a convocatória.

Em perfis e grupos virtuais do Facebook ocupados por quem tem interesse no tema da síndrome, as pessoas com SB e seus cuidadores costumam fazer uma referência mais enfática ao “Dia mundial das Lipodistrofias” (31 de março), criado em 2013 por iniciativa da Organização Europeia de Doenças Raras (EURORDIS), que, com o apoio da Aliança Ibero-americana de Doenças Pouco Frequentes (ALIBER), procurou impulsionar ações políticas e sociais relacionadas à causa em vários pontos da Europa, principalmente. Nos perfis e páginas pessoais daqueles que são mais atuantes na divulgação da doença, como Patrícia (chilena), Francisca (brasileira) e Gustavo (português), todas pessoas com síndrome de Berardinelli que não fazem parte da ASPOSBERN, mas fazem mobilização digital em grupos e páginas sobre a doença no Facebook, encontramos fotografias com a exibição do sinal manual que simboliza as lipodistrofias, que é a letra L, formada com a abertura dos dedos indicadores e polegares. Em 2019, fui até convidada por Patrícia a disponibilizar uma fotografia minha exibindo o sinal manual referente ao dia comemorativo em sua página pessoal do Facebook como forma de fortalecimento da *causa*. Assim, como a minha fotografia, imagens de diversas pessoas com SB do Rio Grande do Norte e da Paraíba e seus familiares foram exibidas na página.

Por meio dessas ações nas redes sociais, sobretudo em datas simbólicas, assim como acontece nos encontros anuais da ASPOBERN em Currais Novos, observa-se que a raridade no campo da saúde é alçada a uma condição biossocial que precisa ser devidamente tratada como preocupação social e política, a fim de produzir a inclusão das pessoas com SB. Se observamos que a mobilização biossocial é impulsionada por grandes organizações como a EURORDIS, ela é apropriada e significada pelas pessoas de formas mais locais e particulares (BIEHL, 2011), em prol de benefícios para sujeitos acometidos por doenças específicas, mas que ganham maiores condições de visibilidade por meio dessa conexão com demandas em torno de outras⁵ patologias (FILIPE *et al.*, 2012). Sendo assim, os temas maiores da raridade e da lipodistrofia aparecem como um canal de articulação que surge como escape de uma situação de isolamento ou ostracismo para pessoas acometidas por doenças raras e, portanto, desconhecidas.

Em 27 de setembro de 2016, um grupo de pacientes e familiares de pessoas com doenças raras iniciou uma vigília diante do Supremo Tribunal Federal (STF) em Brasília, com o objetivo de chamar atenção da sociedade e dos ministros da Suprema Corte para as suas necessidades de tratamento e o acesso a medicamentos de alto custo (CANES, 2016). De acordo com o coordenador de Atendimento da Associação dos Familiares e Amigos dos Portadores de Doenças Graves (AFAG), a ideia do grupo era fazer um abaixo-assinado de 500 mil assinaturas para ser entregue ao STF. Na corte, estavam tramitando ações que tratavam do fornecimento de remédios de valor elevado, que não estavam disponíveis nas listas do Sistema Único de Saúde (SUS), e também de medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Vestidas de preto, com camisetas que traziam a frase “Minha vida não tem preço”, as pessoas que integravam o grupo de manifestantes traziam à tona um dilema social que perpassa o tema das doenças raras e que alcança, de modo especial, a administração pública: de um lado, a garantia da vida, pregada em direitos constitucionais como a universalidade e integralidade do acesso à saúde, e, de outro, a capacidade contributiva da sociedade, ou seja, o cuidado com a economia. Ao lado da perspectiva de pessoas com doenças raras, que precisavam dos medicamentos, a reportagem incluía o ponto de vista do, então, Ministro de Saúde, Ricardo Barros, que estava mais voltado para um controle da viabilidade econômica do custeio desses medicamentos para o Estado (CANES, 2016).

Deise Zanin, portadora de mucopolissacaridose, cujo tratamento medicamentoso representava um custo variável de 100 a 150 mil reais por mês, defendeu a perspectiva desses pacientes que dependiam do medicamento, destacando o valor da vida como contraponto ao custo monetário a ser gasto pelo Estado: “*Não importa o valor, o preço de um medicamento. Que eles pensem no valor da pessoa, o valor como ser humano, de alguém que precisa viver e que a única expectativa de uma qualidade de vida são esses medicamentos, embora o custo seja alto*”. Como portadora da doença, ela recorre, portanto, a uma narrativa humanitária em que destaca o risco que corre sem o medicamento a fim de mobilizar e de convencer a opinião pública e a justiça (FASSIN, 2005). Por sua vez, Ricardo Barros, posicionou-se contra o que seria um gasto exorbitante do Estado com casos de saúde pontuais, afirmando que “[...] a judicialização da saúde desestrutura o planejamento

⁵ Outra pesquisa sobre pessoas com doença rara que investiga suas relações a partir de redes sociais é a dissertação de Pereira (2019).

feito por estados, municípios e pela União para o setor” (CANES, 2016). Defendendo a perspectiva da sociedade contributiva – do “cidadão que paga imposto” – e de um custo que, a depender das decisões judiciais, poderia chegar a 7 bilhões aos cofres públicos, ele, então, levanta a insustentabilidade da judicialização.

A judicialização constitui hoje no campo das doenças raras um assunto que dificilmente não será pautado. Esse assunto é uma vertente do tema, que, aliás, retira a doença do campo privado e o coloca na esfera pública, fazendo com que ela seja pensada como um assunto de interesse social e político, como retratam as demandas judiciais de medicamentos antirretrovirais defendidas por ONGs AIDS brasileiras desde meados da década de 1990 (VALLE, 2017). Foi, aliás, no contexto da implantação do SUS, nos anos de 1990, e informada posteriormente por demandas em torno da Aids que surge no Brasil uma “onda” de pedidos na justiça por direitos à saúde (VENTURA, 2010; MACHADO, 2010). Conforme destacam Aureliano e Gibbon (2020), o aumento de demandas na justiça em tal contexto de desenvolvimento do SUS ocorre porque havia uma má gestão de recursos ou a não incorporação deles ao sistema.

Esse aspecto jurídico da saúde abarca, portanto, uma dimensão ética, evidenciando que, mesmo que as biotecnologias ofertem um extenso leque de escolhas para o sujeito moderno, a saúde não é somente um problema do indivíduo. Strathern (2005) indica que as modernas tecnologias médicas, das quais as pessoas lançam mão orientadas por escolhas individuais, também agregam dilemas morais e econômicos que geram um desdobramento no campo público. Em um caso aludido pela antropóloga, um médico menciona que a rotina da sua classe profissional, antes concentrada no ambiente hospitalar, passa a incluir questões de ética e direito envolvendo, por exemplo, pesquisas com células-tronco e direitos reprodutivos de mulheres solteiras.

Além dessa projeção dos dilemas das pessoas com doenças raras para o campo público, que gera responsabilização potencial do Estado pelo risco que elas correm, há ainda uma interface coletiva que está ligada ao reconhecimento identitário, a qual também integra a publicização do tema. Os processos de judicialização relacionam-se principalmente ao pleito judicial pelo recebimento gratuito de medicamentos de alto custo, mas implicam também a busca por reconhecimento biossocial por populações excluídas da seletividade das políticas públicas (BIEHL, 2011). Não há, portanto, como não considerar também esse elemento identitário que está em jogo na luta pelo acesso a medicamentos e sua regulamentação. Quando se coloca, afinal, para o Estado e a sociedade esse tipo de demanda, não deixa de estar posta a busca pela cidadania de uma categoria de pessoas.

É preciso reconhecer, entretanto, que essa noção de cidadania não abarca apenas uma demanda de direito econômico relacionada ao recebimento gratuito de um medicamento de alto custo. Há também um conjunto de expectativas morais e afetivas em relação ao uso de um fármaco que pode salvar a vida ou dotá-la substancialmente de melhor qualidade. Ao vestirem-se de preto – simbolizando um luto por vidas perdidas e por outras que poderiam vir a ser sem o medicamento – e proferirem o incalculável valor da vida, por meio de *slogans* como “STF não condene a morte, [sic] milhares de pessoas com doenças graves e raras; “STF, nós não queremos tudo para todos, queremos [sic] o necessário para quem precisa” (LIMA; GILBERT; HOROVITZ, 2018), os manifestantes colocam o descaso social como algo pulsante na ausência da assistência pública. Para

além da busca por tratamentos e benefícios governamentais, na relação entre saúde, direitos e justiça, está em jogo, portanto, a luta por reconhecimento, que envolve, além de direitos juridicamente reconhecíveis, como a judicialização do direito à saúde, aspectos morais e afetivos (HONNETH, 2003).

Para Honneth (2003), essas esferas se concretizam na forma de “solidariedade” e “amor”, na medida em que o reconhecimento passa, respectivamente, pela “estima social” e “dedicação afetiva”. O autor demonstra que a “estima social”, que viabiliza o reconhecimento no plano da “solidariedade” se dá a partir do pano de fundo cultural, já que diz respeito ao conjunto de valores e moralidades que definem os critérios de valorização social das pessoas. Essa dimensão está presente em formações coletivas que recorrem à busca de reconhecimento social de uma condição, tal como é o caso da ASPOSBERN e das demais associações de pacientes com doenças raras. Ela abarca aspectos morais e subjetivos, que se moldam sob um pano de fundo cultural (HONNETH, 2003).

Para além da própria busca por reconhecimento por meio dos processos judiciais, o medicamento também é ressignificado de acordo com as expectativas morais e afetivas de quem precisa dele. Dentro dessa leitura, valores são relativizados, sendo o custo monetário do medicamento minimizado pelo valor maior da sobrevivência dos seus dependentes. Conforme podemos verificar na fala de uma das mães fundadoras da ASPOSBERN:

Mas, é como eu disse na Folha de São Paulo: o vidrinho, o nome do remédio que é leptina, não era para ser leptina, era para ser VIDA! Porque dentro daquele vidrinho, que é desse tamaninho e um absurdo de caro, está Deus lá dentro, dando vida ao meu filho e a muitos outros e a ela a esperança de receber a da dela (Márcia, outubro de 2017, Natal-RN).

Precisamos, porém, reconhecer que a judicialização por meio da qual os pacientes com doenças raras precisam recorrer não é o caminho mais fácil e “justo” para o atendimento das suas demandas. O processo, bastante desgastante e aflitivo para quem depende do medicamento muitas vezes com urgência, coloca-os na “linha de fogo” de uma batalha desigual contra o Estado, que se posiciona com negligência e descaso em muitas dessas situações. As decisões judiciais, quando estendidas até os tribunais superiores, podem levar anos para serem concluídas, uma vez que “[...] os promotores públicos apresentam vários recursos, os comitês especializados analisam evidências médicas, e o caso pode tomar ainda um rumo menos linear e chegar ao Supremo Tribunal Federal, em Brasília” (BIEHL; PETRYNA, 2016, p. 175). Lima, Gilbert e Horovitz (2018) apontam que boa parte dos medicamentos que estão no pleito dos processos judiciais já se encontra no SUS, o que evidencia que o problema passa também por lacunas na administração pública, não se restringindo a uma questão monetária.

De fato, o doente pode se sentir isolado e abandonado pelas políticas públicas, pois, em muitos casos, os medicamentos que estão em disputa dentro dos processos judiciais estão registrados na Anvisa e previstos no próprio SUS. Porém por uma insuficiência do sistema, o seu acesso não é viabilizado (MACHADO, 2010), o que naturalmente gera uma enorme inquietação para quem precisa dele com urgência. Como observam Biehl e Petryna (2016, p. 179),

[...] esse fenômeno novo – requerer medicamentos que já constam em listas oficiais – pode ser um indicador de que as administrações municipais

(os supostos provedores) e as secretarias de saúde estaduais (os supostos cofinanciadores) não conseguiram cumprir seus deveres em relação à saúde pública.

Na tese de Machado (2010), ele elenca quatro motivos principais para os casos de judicialização. Além da insuficiência do sistema (que compreende as situações em que os serviços de saúde não fornecem os medicamentos que constam nas listas oficiais do SUS), há os vazios assistenciais (casos de doenças que não têm protocolos clínicos elaborados pelo SUS), os conflitos entre evidência científica e opinião médica (medicamentos receitados que são discordantes dos protocolos do SUS) e a mercantilização da saúde (quando há indução da incorporação de medicamentos no SUS estimulada por grupos empresariais) (MACHADO, 2010).

Essas variáveis, segundo o pesquisador, mostram que a judicialização – embora não seja um caminho viável para a gestão pública e para os próprios pacientes – indica claramente que há falhas no sistema evidenciadas pela dificuldade de acesso a remédios, devendo ser considerada pelos gestores públicos na reformulação das suas políticas. Ademais, deixada a responsabilidade nas mãos das iniciativas particulares dos pacientes e seus familiares, que encontram, às vezes, como único caminho a instauração de processos judiciais, temos um agravamento das desigualdades produzidas na distribuição de recursos (BIEHL, 2011).

Nessa linha, é muito importante destacar que a indústria farmacêutica possui um grande interesse lucrativo na judicialização, pois o não registro do fármaco na Anvisa eleva exorbitantemente o seu custo. De acordo com Aureliano e Gibbon (2020), isso ocorre porque, uma vez que o mandado judicial em favor do requerente é emitido, deve ser cumprido imediatamente pelo governo, dificultando a negociação do preço do medicamento com a empresa fornecedora. Embora as empresas argumentem os entraves burocráticos impostos pelos governos por meio do rigor dos critérios de registro, estes observam que, na verdade, são os detentores de patentes, movidos por interesses lucrativos, que não se empenham no registro dos fármacos (AURELIANO; GIBBON, 2020).

Além da parte mais técnica esboçada pela Anvisa, urge considerar também a complexidade antropológica dos ensaios clínicos de remédios, ou seja, “[...] como um dispositivo mobilizador e articulador de pessoas, objetos, instituições, regras, valores, posturas e afetos” (CASTRO, 2018, p. 108). Segundo essa autora, a transformação de um fármaco em medicamento constitui um processo “complicado”, uma vez que envolve “[...] a participação dos mais diferentes atores sociais no âmbito da experimentação, com diversos interesses, possibilidades e acessos” (CASTRO, 2018, p. 111). Então, considerando a complexidade implicada no registro de um medicamento na Anvisa, os já citados escassos investimentos governamentais em pesquisa relacionados às “drogas órfãs” (INTERFARMA, 2013), além de, por vezes, o próprio desinteresse da indústria em dar entrada no processo de registro (AURELIANO; GIBBON, 2020), a judicialização da saúde precisa ser pensada antes como um “pedido de socorro” perante uma estrutura deficitária de assistência à saúde do que como uma solução. Segundo Lima, Gilbert e Horovitz (2018), as próprias associações de pacientes veem a judicialização como alternativa secundária, pois ela é reconhecida como um caminho que beneficia principalmente indústrias farmacêuticas, atravessadores e advogados. Muitos desses processos não são

assumidos pela Defensoria Pública, mas por advogados particulares, que são custeados pelas próprias associações (LIMA; GILBERT; HOROVITZ, 2018). De acordo com Felipe Machado (2010, p. 62), esses processos são, na verdade, acionados pelo “desespero” do paciente, que “[...] vê no judiciário a última alternativa de acesso aos insumos necessários à manutenção da vida”.

Refletindo especificamente a partir do contexto de políticas de saúde de alcance global que abarcam pessoas vivendo com HIV/Aids, João Biehl (2011) sinaliza que o caminho da judicialização da saúde, além das enormes dificuldades fiscais e administrativas, pode conduzir ao risco de acentuação das desigualdades já existentes na assistência médica. Alguns impasses em torno dessa opção envolvem o questionamento das organizações de pacientes, que ocupam papel central nessas demandas. Para alguns agentes públicos, essas organizações seriam financiadas pela indústria farmacêutica, que, no papel de fornecedoras, lucrariam diretamente com os processos. Assim, embora envolva a politização em torno do direito à saúde, a judicialização apresenta-se como uma via complexa e como um campo não neutro de resolução, que pode, inclusive, desembocar na acentuação das privatizações e desigualdades no direito à saúde.

3 A Judicialização da Leptina

Quando entrevistamos Pedro, em 2017, ele havia iniciado o uso da leptina há 10 meses. O medicamento injetável, conforme explicou, deveria ser aplicado uma vez ao dia, sempre no mesmo horário. Então, analisando a sua rotina diária, ele optou por aplicá-lo no período noturno, que era quando estaria com certeza em casa. Mostrando ter absorvido o conceito médico, Pedro explicou que a leptina seria um hormônio que produzimos normalmente, mas que ele, portador da SB, apresentava uma deficiência. Dessa forma, sua ingestão medicamentosa melhoraria o metabolismo, que, no caso das pessoas com SB, seria bem acelerado. Ele garantiu que, em relação a esse controle metabólico, já observava resultados, pois conseguia perceber uma saciedade maior da fome, que antes era mais acentuada. O medicamento foi mencionado por ele, que tem taxas controladas em relação a outras pessoas com SB, como tão importante como os outros que tomava para controlar a glicose. Tirando a leptina, o rapaz tomava medicamentos para o controle da síndrome desde os 18 anos, o que constituía um período de quase 10 anos de tratamento para a SB.

Em 2017, Pedro, que tinha um quadro de saúde controlado, ingeria cerca de quatro medicamentos diariamente, inclusive a leptina. Os fármacos eram usados principalmente para o controle da glicose, cálcio e, preventivamente, da pressão. Ele não usava a insulina, como acontece com a maioria das pessoas com SB. O rapaz levantou a possibilidade de, a depender da reação do seu organismo ao uso da leptina, interromper o consumo de alguns desses outros remédios. Evidenciando o caráter de testagem do medicamento, salientou que esperava uma melhoria no seu quadro de saúde também em outras funções corporais, além da metabólica, tal como o fígado, já que esse órgão era normalmente afetado pela síndrome em razão do acúmulo de gordura causada pela ausência da produção orgânica da leptina.

Pedro também evidenciou que a quantidade do medicamento em miligramas seria variável, recebendo indicações médicas dessa variação por meio do acompanhamento que fazia no hospital universitário. A quantidade, explicou ele, relacionava-se a variáveis, como peso, altura, e nível de saciedade alimentar do paciente. Portanto, a forma do uso da leptina dependia tanto de exames prévios quanto de uma administração geral do quadro de evolução da saúde, que era controlado por consultas no hospital, exames e verificação diária das taxas de glicose por meio do *glicocímetro*. Desde que havia iniciado o uso do medicamento, estava sendo monitorado pelo médico geneticista como os demais seus pacientes com SB que receberam as primeiras dosagens no Brasil.

No caso particular de Pedro, a leptina não fez uma diferença tão significativa porque suas taxas eram *controladas*⁶. Já para pacientes que tinham taxas *descompensadas*, o medicamento repercutiu de forma mais substancial. Contudo, somando as melhoras que já se apresentavam, como a maior sensação de saciedade alimentar, e as que poderiam se revelar no decorrer do tratamento, como a diminuição da gordura no fígado, a leptina compensava o incômodo da sua administração, que implicava *se furar e sentir dor*.

Eu tive que me trabalhar psicologicamente, porque gente, peraí, vamos lá, você vai enfiar uma agulha dentro de você, subcutânea, pra injetar o medicamento; você vai sentir dor [...] porque pelo fato de nós não termos gordura também, isso dificulta a penetração da agulha [...] Você tem que fazer tipo uma dobrinha e enfiar (Pedro, junho de 2017, Caicó-RN).

Percebemos aqui os saberes e as práticas da biomedicina configurados como disposições e “[...] efeitos de uma cultura global sobre práticas sociais locais que se exercem diretamente sobre os corpos, considerando, porém, tanto a positividade como os limites objetivos dessa cultura global” (VALLE, 2010, p. 34). O alcance do medicamento na justiça, difícil de ser atingido por pessoas adoecidas, famílias e associações de pacientes, não promove, portanto, certezas e isenção de riscos e desconfortos (BIEHL; PETRYNA, 2016).

Em pesquisa feita no Brasil sobre a judicialização do direito à saúde envolvendo famílias de média e baixa renda de crianças com mucopolissacaridose, João Biehl e Adriana Petryna (2016) observaram que, apesar da complexidade das situações de litígio enfrentadas por elas, o medicamento de alto custo não representava garantias. As terapias à base de reposição enzimática, objeto dos litígios, não implicavam a cura, mas melhoras dos sintomas. Elas eram reconhecidas pelas famílias como necessárias para a sobrevivência das crianças, que, em alguns casos, chegavam a viver em estado quase vegetativo. Com o interesse da indústria farmacêutica em patentear e agilizar os procedimentos para inclusão de novas terapias medicamentosas nos protocolos dos SUS, os pesquisadores observam que a judicialização da saúde abre algumas brechas para pesquisas com novos medicamentos, incluindo aqueles de alto custo. Porém, o caráter experimental de medicamentos que se encontram na fase de ensaios clínicos e que, portanto, não prometem certezas, mas é cercado de uma série de investimentos, partindo de diferentes campos sociais (CASTRO, 2018), tende a tornar os processos judiciais uma aposta alta para as famílias (BIEHL; PETRYNA, 2016).

⁶ A qualificação *controladas* – que nesse contexto faz alusão a taxas – não deixa de uma tipologia moral, que o meu interlocutor utiliza para se referir aos cuidados “corretos” que ele tem com a saúde. Esse tipo de atribuição valorativa, que envolve categorias como “controlada” e “descontrolada”, é particularmente abordado por Fleischer (2018).

Nos demais medicamentos que utilizava, que eram na forma de comprimido, Pedro gastava aproximadamente mais de 200 reais mensais. Já a leptina, ele *conseguiu na justiça*. Até aquele momento, após 10 meses de uso, haviam sido liberados para ele quatro lotes. Pedro contou que o medicamento era caríssimo, porém não soube precisar naquele momento seu exato valor. De toda forma, afirmou que um lote de um milhão de reais não seria suficiente para garantir suas dosagens por um ano completo. Ele observou que, em termos monetários, *a leptina não era acessível pra ninguém!* As seringas para a ingestão do fármaco ele retirava gratuitamente no postinho da sua cidade. Aquela terapia medicamentosa de alto custo estava sendo, portanto, monetariamente a única gratuita para ele naquele momento. Porém, a sua obtenção tinha um preço: participar de um processo na justiça, que exigiu seu deslocamento para Brasília e a submissão a laudos periciais médicos e jurídicos que estavam previstos no protocolo.

Para conseguir receber a substância gratuitamente do Governo Federal – que naquele momento representava ao mesmo tempo melhoras, promessas e desconforto físico – ele precisou estar inserido em uma rede de associações, médicos e advogados que o conduziu e o instruiu no litígio com o Governo Federal, que ocorreu em Brasília. As ações, que se deram inicialmente por grupos de pacientes⁷, partiram da iniciativa de dois geneticistas do hospital universitário Onofre Lopes. Os médicos procuraram uma das mães líderes da ASPOSBERN para que ela reunisse toda a *papelada* dos pacientes, necessária para as reivindicações judiciais. Esses geneticistas tiveram, na verdade, um papel crucial para a abertura do pleito pela leptina, pois foram eles que entraram em contato com o Instituto Vidas Raras, localizado em Guarulhos (SP), que foi uma agência fundamental na viabilização dos processos. O IVR é uma ONG que busca promover direitos de pessoas com diferentes doenças raras em âmbito nacional, especialmente aquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Criado por um grupo de pais de pessoas com mucopolissacaridoses, o IVR se incumbiu desde o início dos anos de 1990 da regulamentação das doenças raras no Brasil. A instituição tem larga experiência em processos judiciais ligados aos direitos de pessoas com doenças raras, contando com uma estrutura que permitiu a viabilização dos pleitos judiciais em torno da leptina, o que a ASPOSBERN, por ser uma associação mais local e menor, provavelmente não conseguiria de forma isolada:

A associação [ASPOSBERN] por si só, ela não tem uma autonomia e não tem uma estrutura, vamos dizer assim, de justiça, de advogados, vamos dizer assim, uma equipe mesmo especializada para isso. Até porque a gente é iniciante nesse processo. Até porque é um medicamento novo no Brasil, não somente aqui! Então, a gente não sabia como proceder. Então, teve essa parceria com a associação de doenças raras [Instituto Vidas Raras] lá de São Paulo [...] A associação de doenças raras tem como se fosse vários representantes em outros estados, assim de advogados, inclusive lá em Brasília (Pedro, 2017, Caicó).

Pedro foi o primeiro a ser convocado do grupo de pacientes do Rio Grande do Norte para a perícia judicial em Brasília. Lá, ele passou tanto por uma perícia médica como por uma conversa com uma juíza. Ele garantiu que o fato de ser uma pessoa instruída foi crucial naquele momento para seguir no pleito, pois a juíza que estava responsável pelo seu caso, levantando uma série de possíveis riscos trazidos pelo uso do medicamento,

⁷ Inicialmente foram incluídos 15 pacientes da ASPOSBERN, mas nem todos conseguiram a leptina.

tentou desencorajá-lo a seguir com o processo: *o que ela pôde embananar minha cabeça para eu desistir de tomar o medicamento, ela fez*. Ele disse que as orientações que recebeu do médico geneticista e do advogado que o acompanhou – de responder apenas àquilo que fosse perguntado – também o ajudaram a não ceder às pressões da magistrada. Naquela conversa, Pedro estava sem nenhum acompanhante conhecido. Na sala estavam presentes, além dele e da juíza, o advogado disponibilizado pelo Instituto Vidas Raras, que era o seu defensor, e um promotor público, representante do Governo Federal. Ele viajou sozinho para Brasília e hospedou-se na casa de familiares, mas recebeu uma ajuda de custo da empresa fabricante da leptina, que ficava nos Estados Unidos. O recurso financeiro foi disponibilizado originalmente para a ASPOBERN, que o remanejou para ajudar a custear as viagens dos pacientes que estavam requerendo as ações.

Dentro desse pleito, Pedro conseguiu receber alguns lotes da leptina. Mas existiram casos na associação considerados mais críticos do que o dele que foram rejeitados, e que na época estava gerando uma forte angústia na coletividade devido à criticidade do estado de saúde dessas pessoas. Isso aconteceu porque, segundo o rapaz explicou, embora as ações tenham sido instauradas por grupos de pacientes, os casos recebiam julgamentos individualizados. Então, cada paciente lidava com um juiz diferente no momento da perícia, os quais, como sujeitos sociais, detinham pontos de vista constituídos de acordo com moralidades particulares (VIANNA, 2001), o que refletia nas suas decisões. Porém, as famílias não deixam de enxergar com indignação o que interpretam como um descaso e insensibilidade dos juízes em procurar entender a repercussão da ausência da medicação para a qualidade de vida e até sobrevivência de quem dela precisa.

Para mim, a minha maior frustração na minha vida, é porque nós iniciamos esse movimento há trinta anos atrás... Nós demos entrada nessa medicação, por etapas, por pacientes, primeiro foram quinze e assim a gente, né? E a minha maior frustração é que a medicação da dela não veio! Ainda não foi aceita. Por que? Porque simplesmente o juiz não conhece, não sabe, não quer (desculpe a palavra) botar o rabinho numa cadeira e estudar pelo menos através da internet e saber o que é uma lipodistrofia generalizada congênita. E nega a medicação! (mãe liderança/ASPOBERN, 2017, Natal).

No caso do tratamento à base de reposição enzimática pleiteado na justiça por famílias de crianças com mucopolissacaridose, o quadro aflitivo das famílias não era muito diferente, tal como disse uma médica citada por Biehl e Petryna (2016, p. 187):

[...] uma das realidades mais difíceis que enfrentamos é que os juízes dão sentenças diferentes para cada paciente de MPS. Vejamos o caso de dois irmãos em que ambos têm MPS 6. Eles têm diferentes juízes e cada um dá tratamento por diferentes períodos de tempo.

As chances de as pessoas conseguirem um tratamento caro na justiça, muitas vezes visto como única solução, se concretizam dentro de desdobramentos imprevisíveis. Nos pleitos, há o intercruzamento com atores e organizações – médicos, advogados, juízes, representantes da indústria farmacêutica, agentes do governo e líderes de associações de pacientes – que possuem diferentes expectativas sobre o seu desfecho. Assim,

[...] as chances de vida das pessoas e seu bem-estar são sobredeterminados pelo tipo de sujeitos jurídicos e de mercado que elas podem se tornar ao recorrer

ao Judiciário e ao governo, bem como aos centros de pesquisa médica e às indústrias da saúde. (BIEHL; PETRYNA, 2016, p. 188)

Ademais, precisamos considerar também o descompasso entre a indicação médica para a necessidade do medicamento ou tratamento e a interpretação dos juízes sobre a urgência de viabilizar o acesso:

Mesmo situações como a declarações médicas de risco de incapacidade permanente e de sofrimento dos pacientes, bem como a sucessão de perícias judiciais indicando a necessidade de cirurgias com brevidade, se mostraram insuficientes para convencimento de alguns juízes quanto à urgência dos pedidos. O fluxo (por vezes, contraditório) de entendimentos e decisões a respeito das cirurgias como único, melhor e urgente tratamento expôs uma série de divergências: entre juízes e médicos; entre diferentes juízes no mesmo processo; entre diferentes especialistas em relação ao mesmo paciente. (PEDRETE, 2019, p. 150)

O diálogo com instâncias burocráticas e novos atores institucionais e políticos é algo que passa a fazer parte das famílias que estão pleiteando medicamentos de alto custo. Nessas situações, os sujeitos procuram minimamente compreender e dialogar com a linguagem em voga nos tribunais e nas perícias técnicas. As pessoas com SB e suas famílias, por exemplo, recebem orientação médica e jurídica de como se comportar nas conversas com o juiz, como verificamos no caso de Pedro. Logo, elas precisam posicionar-se com argumentos (ou pelo menos respostas) racionais e práticos de como o medicamento irá promover efeitos positivos sobre uma saúde debilitada. Nesse aspecto, estarem recebendo suporte de uma grande associação e amparados por geneticistas, que são mediadores e ao mesmo tempo *experts* (VALLE, 2017), é algo crucial que os ajudam a instruir-se inclusive em termos técnicos que deverão ser manejados nas sessões. (Contudo, essas famílias são mobilizadas, sobretudo, por um desejo emocional incontido – e perfeitamente compreensível! – de salvar seus filhos, nem sempre ponderando os reais efeitos da droga caso a caso. Ocorre, afinal, que a promessa biotecnológica do medicamento promove esperança e conforto emocional perante um quadro agravado de saúde e sem garantias de tratamento (BIEHL; PETRYNA, 2016).

E quando a gente consegue uma medicação que dá vida aos nossos filhos, né? A gente vai atrás, não quer saber quanto é, se pode, se deve, não... Nós estamos também numa briga imensa com a justiça federal por uma medicação para eles. Não quero saber se é caro! Eu quero é vida! É a leptina. Eu quero é vida para o meu filho! Não só para o meu! (mãe liderança/ ASPOBERN, 2017, Natal).

As frustrações das famílias perante o insucesso dos pleitos judiciais em torno da leptina revelam ao mesmo tempo lacunas nas decisões judiciais e apontam que elas dificilmente solucionarão da melhor maneira a ausência de assistência à saúde que deveria ser ofertada pelos governos (MACHADO, 2010). As pessoas conseguem perceber, por exemplo, que aquele agente público que tomará uma decisão muitas vezes decisiva para a continuidade da própria vida ou da de um familiar não possui um conhecimento técnico adequado sobre o que está implicado no uso do medicamento.

A sorte é que a minha irmã é médica, mora lá [em Brasília], e entrou com ela, conseguiu entrar. A minha filha disse assim: 'Mainha, tia Flávia deu uma aula sobre a síndrome ao

perito porque eles não sabem'. Aí ele, depois minha irmã ficou em cima, ele deu favorável a ela, mas ainda falta a decisão do juiz (2ª mãe liderança/ASPOSBERN, 2017, Natal).

Pessoas como as duas mães lideranças da ASPOSBERN, que têm uma vivência de mais de 30 anos de cuidados de filhos com SB e de mobilização social e apoio associativo para outras pessoas com a doença e seus familiares, se aproximam do modelo de “perito em experiência” (SCOURFIELD, 2010 *apud* FILIPE *et al.*, 2014), pois conseguem identificar com facilidade as evasões e vazios presentes nas avaliações dos tribunais. Em razão disso, as decisões judiciais desfavoráveis são sentidas com indignação, pois identifica-se uma postura de distanciamento e até de irresponsabilidade moral por parte dos julgadores. Nesse momento, parece, então, que o alcance da cidadania dessas pessoas também se fragiliza nas decisões judiciais. As ações judiciais movidas para se ter acesso a um medicamento de alto custo, quando negadas de uma maneira vista como irresponsável moralmente ou pouco comprometida com a qualidade e continuidade da vida, são, portanto, também sentidas nessa atmosfera coletiva como uma negação da cidadania dessas pessoas.

É muito difícil, porque eles [os juízes] não sabem, e não têm interesse, então eles vão cortando, cortando... Mas é uma coisa que a gente não pode parar, não pode cruzar os braços... E eu não quero só pro o meu e não quero só pra os quinze que deram entrada, eu quero pra o restante também! (mãe liderança ASPOSBERN, 2017, Natal).

Ademais, as mudanças de governo e de orientação das políticas orçamentárias dentro da mesma administração, além do próprio trâmite do processo na justiça, podem causar interrupções no tratamento à base daquele medicamento, como aconteceu com um grupo de pacientes da Paraíba que estava há alguns meses sem receber a leptina no ano de 2018. As famílias estavam apreensivas pelas repercussões no quadro de saúde dos seus filhos e não sabiam qual foi o motivo da interrupção. Quando conversei com Marta, após dois anos de uso, ela havia parado de receber a medicação para o filho Bernardo já fazia alguns meses. Um advogado do seu município resolveu pesquisar o motivo da interrupção do fornecimento e, então, sugeriu a ela que poderia ser em razão do próprio trâmite na justiça. Segundo informou, ela poderia estar recebendo a leptina inicialmente por uma decisão liminar, de caráter emergencial, estando suspenso naquele momento o medicamento talvez porque o processo tenha ido finalmente a julgamento. Ao mesmo tempo, levantava-se a possibilidade de ausência de laudo médico que fundamentasse a continuidade do fornecimento.

Os percalços na justiça costumam gerar mesmo atrasos e, o que é ainda mais grave para alguns tratamentos, a interrupção no fornecimento. Geralmente, as interrupções ocorrem porque as decisões em caráter liminar conseguem liberar o medicamento, que mais tarde acaba sendo suspenso quando passa para a fase de julgamento. Segundo uma pesquisa recente sobre a mobilização pelo uso terapêutico da maconha na Paraíba, as decisões judiciais que seguem a liminar representam uma verdadeira “*via crucis*” para os seus interlocutores, pois acontecia de medicamentos chegarem aos pacientes um ano após a concessão, “[...] depois de vários recursos, petições informando o descumprimento da decisão judicial e do comparecimento das pessoas interessadas a defensoria” (CAMPOS,

2019, p. 102). Isso costuma acontecer porque, tal como analisou Pedrete (2019), a urgência médica é diferente da urgência jurídica, já que ambas seguem fundamentações distintas:

Enquanto médicos mobilizam a Resolução nº1451/1995, que atrela tanto a urgência e a emergência à necessidade de assistência médica imediata; juristas balizam a concessão de tutela de urgência em elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano irreparável ou o risco ao resultado útil do processo (conforme a art.300 do Código de Processo Civil). (PEDRETE, 2019, p. 149-150)

Ao lado da ausência de respostas, o sentimento de aflição daquelas famílias se acentuava ao perceberem que, com o tempo, as melhoras que se verificavam após o consumo da leptina poderiam ser revertidas. Antes de tomar a medicação, a única consumida por Bernardo regularmente, a criança tinha *esteatose hepática* – que seria *gordura no fígado* – e *taxas alteradas*, além de *uma possibilidade muito grande de desenvolver diabetes, pressão alta, problemas renais e cardíacos [...] à medida que ele fosse crescendo*. Essas possibilidades de complicações futuras foram incorporadas por Marta, *através da convivência diária, das experiências que vai tendo com outras mães, além das consultas de rotina*, contou ela. Além das mudanças funcionais, os pais observaram alterações corporais positivas na criança após o uso do fármaco. Por exemplo, a face, que era mais magra, passou a ser mais preenchida, perceberam os pais de Bernardo. Logo, assim como ocorre com as famílias de crianças com mucopolissacaridose, as incertezas e ausência de continuidade de uso do medicamento também afetam negativamente no bem-estar emocional das famílias. Esses impasses vêm, assim, acentuar o questionamento dos benefícios alcançados pelo cuidado da saúde por meio da judicialização (BIEHL; PETRYNA, 2016).

4 A Colaboração do Doente nas Pesquisas Científicas

Mesmo vivenciando o contexto de incertezas que atinge as pessoas com síndromes raras, pode-se dizer que os portadores da SB do Rio Grande do Norte e Região Nordeste têm atualmente mais condições objetivas de possibilidade do que outras pessoas portadoras que vivem em outros estados e, especialmente, em outros países, em que a incidência de SB é menor e até insignificante em termos estatísticos para fins de políticas públicas. Embora não vislumbrem a cura para a doença e inovações científicas como a leptina sejam acessadas parcialmente em um cenário imprevisível e angustiante, mostramos que o interesse científico local, aliado ao apoio social que recebem da ASPOSBERN, representa sem dúvidas uma melhor perspectiva de qualidade de vida.

O caso de Bernardo, que hoje (2020) tem aproximadamente 7 anos, é exemplar. A oportunidade de ter sido acompanhado desde os seus primeiros anos de vida por um médico especialista da síndrome da Paraíba, passando depois a ser atendido por um médico geneticista do hospital universitário, além de ter possibilitado o acesso à leptina na infância, tem repercutido de uma maneira muito positiva no seu quadro de saúde. O menino não apresenta indícios das complicações mais graves como a diabetes e problemas renais. Ademais, considerando especificamente a leptina, precisamos reconhecer que as pessoas ligadas à ASPOSBERN tiveram condições de possibilidade para ter acesso ao

medicamento. A inovação foi apresentada rapidamente a elas pelo médico geneticista da UFRN que, por ter familiaridade com as pesquisas mais recentes, articulou-se junto a sua equipe para também viabilizar os primeiros acessos aos portadores brasileiros.

Já para a chilena Patrícia, que também conseguiu fazer uso da leptina, esse acesso foi mais complexo e dependente da própria iniciativa dela em pesquisar apoio médico-científico para a sua condição. Ela é uma professora chilena que tem síndrome de Berardinelli. Em seu país, só tem conhecimento de mais duas pessoas com SB, sendo uma delas sua própria irmã. Até os 13 anos, recebeu diagnósticos errados, quando foi finalmente diagnosticada com a síndrome. Porém, a partir dos 14 anos já não conseguiu mais ter contato com a médica responsável pelo diagnóstico, passando a ser acompanhada apenas por uma espécie de clínico geral da sua cidade. Patrícia chegou a adotar dieta alimentar na infância, evitando *comer gordura*, porém contou que, ao entrar na faculdade, passou a não fazer mais nenhum controle médico ou alimentar até os seus 26 anos. Nessa idade, ela passou, então, a apresentar *graves problemas nos olhos*, chegando a ficar *cega* por duas vezes e, a finalmente, perder totalmente a visão do seu olho esquerdo. Nesse momento da sua vida, o seu acompanhamento médico foi complicado, pois *todos os endocrinologistas não tinham ideia da síndrome*, fazendo com que tivesse *tratamentos errados*, afirmou. A partir desse momento, Patrícia passou a buscar na internet especialistas que pudessem ter conhecimento da sua condição. Mas, além do profissional que conheceu, ela criou canais na internet em busca de contatos biossociais que a levassem a ter acesso à leptina, que era um medicamento do qual ela tomou conhecimento em 2011, também por meio das plataformas virtuais:

Eu tinha tantas dores que fiz pesquisa na internet e conheci um médico chileno que sabe da síndrome e é quem me acompanha aqui no Chile. Ele tentou conseguir a leptina para mim e para minha irmã, mas não conseguiu no primeiro momento. Eu fiz um blog chamado "Yo soy una berardinelli" e pelo blog eu tive contato com pessoas que me falaram de como conseguir a leptina nos EUA (Patrícia, conversa pelo aplicativo WhatsApp, 2018).

Patrícia, então, estabeleceu relações que a levaram ao conhecimento da leptina antes mesmo dela ser liberada para uso em pacientes com lipodistrofia. Como ela explicou, o medicamento só foi aceito para uso no mundo todo em 2015, que foi o ano em que o geneticista da UFRN informou aos membros da ASPOSBERN. Nessa cruzada, seu contato com a biotecnologia é proporcionado por meio das relações que ela mesma procura estabelecer. Por meio de pesquisas temáticas na internet, das informações que acessa pelo médico ou das pessoas que ela conhece pelo seu *blog*, ela encontra um caminho para conseguir o fármaco em um outro país, evidenciando a força e alcance de uma cultura biotecnológica global sobre práticas sociais locais (VALLE, 2010). A sua agência contínua nesse processo é muito significativa, uma vez que é reveladora de um contexto em que "[...] quaisquer coisas e todas as coisas parecem, em princípio, ser inteligíveis e, conseqüentemente, abertas a intervenções calculadas a serviço de nossos desejos acerca do tipo de pessoas que nós mesmos e nossos filhos queremos ser" (ROSE, 2013, p. 17). Vemos, afinal, que um conjunto de fatores mais amplos, próprio da era biotecnológica que vivenciamos, cujas descobertas médicas se dão ao nível molecular (ROSE, 2003), contribui para que ela faça essas articulações e se integre em uma cadeia biotecnológica global.

Segundo Epstein (2008), um conjunto de fatores remodelou a biomedicina para que ela pudesse coincidir com o cotidiano das pessoas em todas as partes do mundo, como: inovações em biotecnologia, genômica molecular e bioinformática; um vasto aumento nos financiamentos públicos e privados para pesquisas biomédicas; a rápida expansão de uma indústria farmacêutica global; o ressurgimento de sonhos de aprimoramento humano por meio das biotecnologias; e o domínio dos Estados Unidos na assistência gerenciada dos serviços de saúde. Além disso, as parcerias entre governos e iniciativas privadas – estas especialmente na forma de grandes fundações e organizações – tendem a impulsionar esse fluxo global de medicamentos e tecnologias biomédicas e “[...] às vezes preenchem o vazio em lugares onde os mercados e os sistemas nacionais de saúde estão deixando de atender” (BIEHL, 2011, p. 264). Nesse quadro, Patrícia acessa informações com facilidade, conectando-se a uma inovação científica para o seu quadro de saúde raro dentro de um contexto de entusiasmo biotecnológico.

Percebemos, ao mesmo tempo, que os desenvolvimentos biomédicos surgiram em meio ao afloramento de agentes e grupos de resistência (EPSTEIN, 2008). Epstein (2008) observa, inclusive, que uma das vertentes de estímulo ao ativismo em saúde está relacionada à atuação do feminismo em prol da saúde da mulher, que impulsionou o surgimento de grupos de pacientes e movimentos de saúde de uma forma surpreendente. Mobilizações articuladas em torno das implicações biosociais do câncer de mama, aborto, tecnologias reprodutivas e contraceptivas, gravidez, depressão e menopausa, entre outros, têm sido, portanto, indicadores dessa presença (EPSTEIN, 2008). A partir das socialidades que ocorrem na internet em torno da síndrome de Berardinelli, não deixamos de reconhecer essa nuance. Afinal, se formam discussões e se elaboram relatos que têm como ponto de destaque a estigmatização e a discriminação dos corpos das mulheres com Berardinelli, tal como apresentamos. O próprio *blog* criado por Patrícia para estabelecer relações que a levassem à leptina coloca em relevo essa discussão, afinal lá ela também traz relatos sobre a sua condição de *mulher berardinelli*. Ocorre que a mobilização nas redes que busca alcançar a biotecnologia também se equaciona a confortos emocionais, tal como vimos.

A partir das orientações que obteve com pessoas na internet, Patrícia falou com seu médico chileno, que entrou, então, em contato com um hospital dos Estados Unidos. A partir desse contato, o médico abriu caminho para que sua paciente fizesse parte de ensaios clínicos como uma maneira de ela acessar tratamentos de ponta. Explicou: *eu participo de pesquisas e em troca recebo a leptina [...] A verdade é que eu faço muitos exames de todo tipo, exames de sangue, principalmente.*

Quando conversei com Patrícia via WhatsApp, ela havia feito, até então, duas viagens para os Estados Unidos. Na primeira delas, ficou internada por um período de 25 dias, quando fez uma série de exames, incluindo uma biópsia nos rins. Seis meses depois, ela retornou, ficando à disposição da equipe médica por um período menor. Seu próximo retorno estava previsto para 2019. Conforme previram, ela poderia ficar fazendo retornos a cada dois anos. Lá, ela ficava hospedada numa *espécie de hotel*, tendo a liberdade de sair. Recebeu na viagem um estoque grande de leptina, que Patrícia armazenava na geladeira da sua casa, o que fazia com que ela pudesse fazer uso da medicação disponível até o seu retorno aos EUA.

Conforme outros interlocutores relataram, o medicamento deve ser, de fato, refrigerado, o que exige esse tipo de cuidado no seu transporte e armazenamento. As pessoas que receberam a leptina por meio dos processos que foram encaminhados pela ASPOBERN, por exemplo, tinham o repasse normalmente feito em um carro com ar-condicionado que vinha de Guarulhos (SP). O medicamento era transportado dos Estados Unidos para o Instituto Vidas Raras que, então, o repassava para os pacientes do Rio Grande do Norte em seus próprios endereços, conforme eles falaram. Essas pessoas não foram, como ocorreu com Patrícia, examinadas nos EUA, mas estavam cientes que o fármaco vinha de lá, tendo inclusive recebido alguma ajuda de custo para os processos judiciais, tal como foi mencionado. Assim, elas também sabiam que estavam estabelecendo uma relação indireta com uma empresa estrangeira.

Diferente de Patrícia, que contata os pesquisadores nos Estados Unidos e tem alguma relação com a empresa produtora da leptina ou seus representantes, as pessoas da ASPOBERN têm um acesso muito mais mediado e distante com a indústria farmacêutica. Esse acesso é propriamente conduzido pelos médicos, que informam sobre as questões que estão em jogo nos processos, como custo, financiamento, dosagens e laudos. Com isso, quero dizer que esse campo global da saúde alcança de modo variado os interlocutores por meio da pharmaceuticalização da saúde (BIEHL; PETRYNA, 2016), ainda que evidencie o protagonismo do mercado e da indústria farmacêutica nos casos de judicialização da saúde no Brasil (AURELIANO; GIBBON, 2020).

Patrícia contou que para estar neste centro hospitalar de pesquisas médicas dos Estados Unidos e receber, em troca, tratamento à base de leptina, ela precisou assinar um contrato com a instituição. Ao ser questionada por mim, ela confessou que existiam regras a serem cumpridas da sua parte, porém – naturalmente por questões estabelecidas no próprio acordo contratual – ela esquivou-se em detalhá-las. O fato é que sua irmã que também é portadora da síndrome parou de colaborar nas pesquisas em troca de tratamento porque descumpriu esses acordos. A outra menina com SB, única portadora de quem Patrícia tem conhecimento no seu país, além dela mesma e da própria irmã, também recebe o tratamento nos Estados Unidos. Sua médica, inclusive, chegou a contatar o médico que passou a acompanhar Patrícia em 2014. Nesse caso, vemos que uma rede incipiente – de trocas de informações pontuais – entre dois pacientes e seus especialistas passa a se constituir localmente no Chile para que iniciativas internacionais sejam acessadas com mais facilidade.

Desse modo, o acesso ao medicamento vai se dando num contexto de colaborações e articulações que colocam as pessoas em uma rede de contatos, sendo o alcance da biotecnologia algo cada vez menos provável de ocorrer a partir do isolamento do indivíduo. Se, por um lado, a agência individual de Patrícia é bastante significativa, por outro, o coletivismo da mobilização, a inserção em redes, sejam presenciais ou virtuais, e as parcerias e os acordos com pesquisadores, ONGs e representantes da indústria farmacêutica também se tornam cada vez mais proeminentes (EPSTEIN, 2008).

5 Conclusão: a busca por direitos e as controvérsias em torno da leptina

Em entrevista à “Folha de São Paulo”, Márcia Guedes afirmou que a leptina seria “Deus em vidrinho”. Constatando melhoras na saúde de pessoas com SB que já estavam usando o medicamento, ela defendeu a ampliação desse direito para outros pacientes, argumentando que é um “*tratamento salva-vidas*” (PINHO, 2017). Para a reportagem, Márcia – cujo filho, Rogério, havia sido um dos beneficiários das ações judiciais – demonstrou a esperança que um medicamento daquela natureza representava para ela desde o momento da obtenção do diagnóstico do rapaz, nos primeiros meses de vida: “*a primeira médica que cuidou dele disse que, quando surgisse algum remédio que desse a leptina para esses pacientes, a vida deles estaria salva*” (PINHO, 2017). Por esse motivo, mais ações seriam ajuizadas por meio da ASPOBERN para que, assim, outros pacientes tivessem acesso a tamanho benefício.

A referida reportagem destacava, entretanto, os custos exorbitantes que as ações judiciais estavam acarretando ao Ministério da Saúde ao lado de sérios questionamentos sobre o laboratório que estava fornecendo à droga. A suspeita do Governo Federal seria de que o laboratório, com sede no Canadá, estava usando os pacientes brasileiros como “cobaias”. A matéria dizia que “[...] para o governo, a empresa estimula ações judiciais para que pacientes obtenham do SUS remédio com base fraca de segurança no exterior e que ainda requer estudos sobre os efeitos – eles seriam, assim, cobaias para pesquisa” (PINHO, 2017). Os custos calculados eram de “4 milhões por ano por pessoa”, “um gasto de R\$ 1,8 bilhão em cinco anos se os outros portadores da mesma doença entrarem na Justiça”. O valor estimado seria, segundo o Governo Federal, suficiente para custear medicamentos básicos para 36 milhões de pessoas. Acusava-se o laboratório estrangeiro de não registrar o medicamento junto da Anvisa para manter seu custo elevado. Sem o registro na Anvisa, não poderia haver a incorporação do fármaco ao SUS. Por sua vez, a venda individualizada aumentava exorbitantemente o seu valor.

Aureliano e Gibbon (2020) salientam que a não solicitação do registro de medicamentos para doenças raras se mostra como um ponto de contestação sistemática do governo brasileiro em relação à indústria farmacêutica. O descontentamento governamental está pautado no fato já mencionado de que, uma vez que as empresas farmacêuticas não pedem o registro na Anvisa, estimula-se a judicialização, que é mais lucrativa para essas empresas, pois os mandados judiciais para a liberação do medicamento devem ser cumpridos em um curto espaço de tempo, inviabilizando a negociação do preço (AURELIANO; GIBBON, 2020). No caso da leptina, as pesquisas de uso não teriam, segundo o governo federal, ainda uma base sólida porque sua comercialização nos EUA havia sido autorizada baseada em testes com apenas 93 pessoas, sendo a minoria delas portadoras da síndrome de Berardinelli. O geneticista responsável pelos pacientes, por sua vez, afirmou na reportagem que indicava o medicamento por ele ser a melhor opção para a saúde deles, cabendo ao governo – não a ele, como médico – avaliar os custos e as possibilidades de disponibilização do fármaco.

Embora não seja sua a função decisória sobre os resultados dos processos judiciais, a importância da figura do geneticista não é, entretanto, pouco significativa. É ela,

afinal, que faz com que a doença comece a existir legitimamente para um processo, de forma a construir o paciente em termos jurídicos (FLORES, 2016). Como constata Flores (2016), o laudo médico, conforme a sua construção formal, é quase sempre decisivo para o parecer dos juízes.

Os laudos médicos que se destinam ao Judiciário devem atender a determinados “critérios estéticos”, que estabelecem e definem quais formulações podem ser aplicáveis ao documento para que esse atinja determinada eficácia jurídica. É um documento que deve atender a determinadas condições formais que permitam garantir sua potência. O médico vai apreendendo, com sua prática, quais elementos de eficácia são necessários para que o documento elaborado por ele tenha o efeito esperado lá “do outro lado do balcão”. As instituições que promovem essas ações na justiça, tais como ministério público e defensorias, foram unânimes ao salientar que o laudo médico é documento fundamental para os processos. Trata-se de uma prova imprescindível. (FLORES, 2016, p. 58)

Vemos que um processo judicial em torno de um medicamento de alto custo envolve muitos lados. Considerando os dois principais extremos, se temos, em uma mão, uma reivindicação humanitária, a favor da vida – tida como valiosa e rara – localizamos, na outra, uma resistência governamental que também não é ilegítima. No meio dessa disputa, localizamos os interesses comerciais da indústria farmacêutica – que precisa atrair, de todos os modos, pacientes e governos – além dos anseios científicos e profissionais dos médicos, que desejam alcançar eficácia na sua atuação e também se projetarem profissionalmente através das suas intervenções. Em posição final e decisiva, temos enfim os juízes, que agregam sentimentos, aliados a um engajamento pessoal (ou não), nas suas sentenças técnico jurídicas, argumentando, por exemplo, que o direito ao medicamento constitui o direito à vida (FLORES, 2016).

Mas os processos judiciais não são o caminho mais fácil e desejável no itinerário terapêutico de pessoas com doenças raras. Contudo, eles são, em última instância, a via que essas famílias encontram para contornar a burocracia de Estado. É certo que o próprio caminho processual constitui em si um emaranhado burocrático. Porém, se comparado à extensão temporal da burocracia de tornar o medicamento acessível como política pública – o que implica, dentre outros, a sua aprovação na Anvisa e incorporação ao SUS, que é um processo de anos – o caminho processual é inegavelmente buscado como um atalho para o seu alcance.

Mesmo apresentando diferentes contornos históricos e políticos, a mobilização da AIDS traz em sua gênese um dilema comum aos segmentos de pessoas com doenças raras que disputam por remédios na justiça: é melhor lutar por um medicamento com pouca margem de segurança do que morrer sem tentar nada, conforme diziam os ativistas de HIV/AIDS na década de 1980 (EPSTEIN, 1996). Porém, no caso da leptina essa insegurança é minimizada pelo apoio médico ao uso do medicamento. Afinal, se o governo – réu nos processos judiciais – defende-se apontando a falta de garantias clínicas, os geneticistas – que produzem os laudos médicos para as ações judiciais – atestam que o fármaco apresenta “efeitos positivos” para “os seus pacientes”. No caso da AIDS, havia afinal uma maior incompatibilidade entre as decisões dos pacientes e a perspectiva médica sobre as drogas. Como afirmavam os ativistas, não importaria o

que as autoridades médicas dissessem, as pessoas iriam usar aquele medicamento não autorizado (EPSTEIN, 1996).

A relação das comunidades afetadas pela AIDS com os médicos era complexa. Naquela conjuntura, havia um estímulo às pesquisas sobre remédios antirretrovirais. Assim, qualquer descoberta terapêutica e/ou clínica projetava esperança nas pessoas. Porém, ao mesmo tempo, os medicamentos que eram contrabandeados enquanto não regulamentados nos Estados Unidos não ofereciam uma base clínica segura para o seu uso, o que era admitido pelos próprios pesquisadores (EPSTEIN, 2016). Estava em jogo, portanto, de forma similar ao caso da busca pela leptina pelos pacientes com SB – porém com contornos ainda mais dramáticos: uma tentativa incerta, mas que não poderia ser desperdiçada, pela salvação da vida. Menos alinhados aos médicos e cientistas, mas determinados a tentarem a salvação da vida e assumindo uma margem muito maior de risco, as pessoas afetadas pela AIDS buscavam, naquele contexto, saídas que eram muito mais clandestinas se comparadas às dos pacientes com SB, que procuram atalhos através da própria justiça, revestidos da legitimidade que os laudos clínicos lhes trazem. Porém, é importante, de toda forma, perceber que no escopo da mobilização social das pessoas com síndrome de Berardinelli e suas famílias essas estratégias também são acionadas.

Evidentemente, há diversas formas de parcerias e associações com organizações formais que sustentam a existência da ASPOSBERN. Mas, na corrida para salvar a vida, a judicialização da saúde é vista como uma forma de contornar as barreiras burocráticas que podem colocar em risco a sua manutenção, bem como o alcance da cidadania dessas pessoas. Essa cidadania se equaciona na forma de direitos formais, alcançados por meio de uma instância legítima no país (a justiça), porém por meios estratégicos, que escapam aos protocolos usuais das políticas de saúde. As pessoas que estão no amplo mundo social da síndrome de Berardinelli sabem de modo geral que o medicamento ainda não está sendo disponibilizado pelos governos e que também está pendente de registro no Brasil. Então, elas se informam sobre pesquisas e trâmites de regulamentação, postam informações no Facebook, acompanham as mudanças governamentais sobre as políticas voltadas para as pessoas com doenças raras – e se indignam com elas – e principalmente buscam a justiça como caminho alternativo, ou socorrista, para cuidarem da saúde em nosso país.

Referências

- AURELIANO, Waleska; GIBBON, Sagra. Judicialisation and the politics of rare disease in Brazil: Rethinking activism and inequalities. In: GAMLIN, Jennie *et al.* (ed.). **Critical Medical Anthropology**: perspectives in and from Latin America. London: UCL Press, 2020. p. 248-269.
- BARBOSA, Rogério. Para uma nova perspectiva sobre o campo das doenças raras: a motivação das associações civis em debate. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 57-74, 2015.
- BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, [s.l.], v. 17, 2011.
- BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **Hist. cienc. Saúde – Manguinhos**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 173-192, 2016.

- BOY, Raquel; SCHAMM, Fermin R. Bioética da proteção e tratamento de doenças genéticas raras no Brasil: o caso das doenças de depósito lisossomal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25, n. 6, p. 1.276-1.284, jun, 2009.
- CAMPOS, Natália. **O remédio vem de uma planta que eu não posso plantar**: mobilização e articulação pelo uso terapêutico da maconha na Paraíba. 2019. 310f. Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Natal, 2019.
- CANES, Michèlle. Pacientes com doenças raras fazem vigília em frente ao STF. **Agência Brasil**. 28 de set. de 2016. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-09/pacientes-com-doencas-raras-fazem-vigilia-em-frente-ao-stf>. Acesso em: 18 abr. 2020.
- CASTRO, Rosana. **Precariedades oportunas, terapias insulares**: economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica. 2018. 506p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Brasília, DF, 2018.
- EPSTEIN, Steven. **Impure Science**: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge. Berkeley: University of California Press, 1996.
- EPSTEIN, Steven. Patient Groups and Health Movements. In: HACKETT, E. J. *et al.* (ed.). **The Handbook of Science and Technology Studies**. [s.l.]: MIT Press, 2008. p. 499-539.
- FASSIN, Didier. The biopolitics of otherness: undocumented immigrants and racial discrimination in the French public debate. **Anthropology Today**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 3-7, 2001.
- FASSIN, Didier. Governar por los Cuerpos, Políticas de Reconocimiento Hacia los Pobres y los Imigrantes. **Educación**, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 201-226, 2005.
- FILIPE, A. M. *et al.* Coletivos sociais na saúde: o ativismo em torno das doenças raras e do parto em Portugal. In: MATOS, A.; SERAPIONI, M. (org.). **Saúde, Participação e Cidadania – Experiências do Sul da Europa**. Coimbra: CES-Almedina, 2014. p. 175-194.
- FIORAVANTI, Carlos. O caminho de pedras das doenças raras. **Revista Pesquisa FAPESP**, São Paulo, ed. 222, 2014.
- FLEISCHER, Soraya. **Descontrolada**: uma etnografia dos problemas de pressão. São Carlos: Edufscar, 2018.
- FLORES, Lise Vogt. **“Na minha mão não morre”**: uma etnografia das ações judiciais de medicamentos. 2016. 213f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Setor de Ciências Humanas da Curitiba, Curitiba, 2016.
- FONSECA, Claudia. Apresentação - de família, reprodução e parentesco: algumas considerações. **Cadernos Pagu**, [s.l.], v. 29, p. 9-35, 2007.
- GIBBON, Saha; AURELIANO, Waleska. Inclusion and exclusion in the globalisation of genomics: the case of rare genetic disease in Brazil. **Anthropology & Medicine**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 11-29, 2018.
- GRUDZINSKI, Roberta R.; ROHDEN, Fabiola. Saúde e biossociabilidade: pensando maneiras de associativismo em um grupo de pacientes com fibrose cística. In: MCCALLUM, Cecília; ROHDEN, Fabiola. (org.). **Corpo e saúde na mira da Antropologia**. Salvador: Edufba/ABA, 2015.
- HONNETH, Axel. **Luta pelo reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. Rio de Janeiro: Editora 34, 2003.
- INTERFARMA. **Doenças raras**: contribuições para uma política nacional. São Paulo, SP: Interfarma, 2013.
- IRIART, José A. *et al.* Da busca pelo diagnóstico às incertezas do tratamento: desafios do cuidado para as doenças genéticas raras no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, 2019.

LIMA, Maria A.; GILBERT, Ana C.; HOROVITZ, Dafne. Redes de tratamento e as associações de pacientes com doenças raras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3.247-3.256, 2018.

MACHADO, Felipe R. de S. **A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias**. 2010. 187 fTese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

MONTIEL, Íriz Rosbinda Alvarez; HERRERA, Adriana Valencia. Comunicación de casos: Lipodistrofia Congenita de Berardinelli-Seip. **Dermatología Pediátrica Latinoamericana**, [s.l.], v. 10, n. 1, 2012.

NÓBREGA, Jociara A. **Família, emoções e biossocialidade: a mobilização de pessoas com uma doença rara no Rio Grande do Norte – a síndrome de Berardinelli**. 2020. 294f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

PEREIRA, Everson F. **“Gente da cadasil”**: famílias com histórico de uma doença genética rara e a experiência do diagnóstico. 2019. 153 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

PEDRETE, Leonardo do Amaral. **Crônicas invisíveis na “capital brasileira da judicialização da saúde”**. 2019. 302f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

PINHO, Angela. “Governo vê uso de brasileiro como cobaia por laboratório estrangeiro”. **Folha de São Paulo**. 11 de ago. de 2017. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/08/1909010-governo-ve-uso-de-brasileiro-como-cobaia-por-laboratorio-estrangeiro.shtm>. Acesso em: 5 abr. 2020.

RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. *In*: RABINOW, Paul. **Antropologia da Razão: ensaios de Paul Rabinow**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 79-93.

ROHDEN, Fabíola. Notas para uma antropologia a partir da produção de conhecimento, os usos das ciências, intervenções e articulações heterogêneas. *In*: FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabíola; MACHADO, Paula Sandrine. (org.). **Ciências na Vida: Antropologia da ciência em perspectiva**. São Paulo: Terceiro Nome, 2012. 301p. p. 49-57.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

STRATHERN, Marilyn. “Parentes são sempre uma surpresa: biotecnologia em uma era de individualismo”. *In*: STRATHERN, Marilyn. **Parentesco, direito e o inesperado**. São Paulo: UNESP, 2005. p. 25-67.

VALLE, Carlos Guilherme do. “Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV e AIDS”. **Vivência – Revista de Antropologia**, Natal, v. 35, p. 33-51, 2010.

VALLE, Carlos Guilherme do. “Mediadores e experts biossociais: saúde, ativismo e a criminalização da infecção do HIV”. *In*: TEIXEIRA, Carla Costa; OCTAVIANO DO VALLE, Carlos Guilherme; NEVES, Rita de Cássia Maria. (org.). **Saúde, mediação e mediadores**. 1. ed. Natal: Associação Brasileira de Antropologia (ABA); Editora da UFRN, 2017. v. 1. p. 27-76.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIANNA, Adriana de R. B. Direitos, moralidades e desigualdades: considerações a partir de processos de guarda de crianças. *In*: LIMA, Roberto Kant de. (org.). **Antropologia e direitos humanos**. Niterói: EdUFFE, 2001. p. 14-67.

Jociara Alves Nóbrega

Graduada em Ciências Sociais (UFRN); Mestre em Antropologia Social (PPGAS/UFRN), Doutora em Antropologia Social (PPGAS/UFRN). Pesquisa na área de antropologia da saúde, doenças raras, família e ativismo biossocial.

Endereço profissional: Escola Cidadã Integral e Técnica Olavo Bilac, Rua Severino Arnaldo, n. 325, Centro, São José do Sabugi, PB. CEP: 58610-000.

E-mail: jociaralves@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3319-6823>

Carlos Guilherme do Valle

Graduado em Ciências Sociais (UFRJ); Mestre em Antropologia Social (Museu Nacional/UFRJ), Ph.D. (Antropologia, University College London). Pesquisa na área de antropologia do corpo e da saúde/doença, política e identidades, biossocialidades, drogas/medicamentos/substâncias, além de temas étnicos e etnicidade.

Endereço profissional: Departamento de Antropologia e Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRN), Av. Senador Salgado Filho, n. 3.000, Lagoa Nova, Natal, RN. CEP: 59078-970.

E-mail: carlos.guilherme.valle@ufrn.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5855-7774>

Como referenciar este artigo:

NÓBREGA, Jociara Alves; VALLE, Carlos Guilherme do. Medicamentos de Alto Custo, Judicialização e os Dilemas no Acesso Terapêutico às Pessoas com Síndrome de Berardinelli. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85688, p. 62-88, janeiro de 2023.

“A cura começa no momento em que estou regando minhas sementes”: os medicamentos artesanais à base de Cannabis produzidos por pacientes da Fundação Daya – Chile

Luciana Barbosa¹

¹Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

Neste artigo demonstro como os usos medicinais de cannabis têm sido viabilizados no Chile a partir da experiência da Fundação Daya, por meio do associativismo terapêutico. A pesquisa foi realizada com base na observação participante junto à associação durante seis meses, em entrevistas com membros da equipe e em pesquisa documental. Compreendo, a partir da pesquisa realizada, que as ações coletivas organizadas por ativistas, somadas à produção de evidências, e a organização desses grupos em associações canábicas têm incentivado o debate público acerca do tema e, conseqüentemente, a produção de conhecimento credenciado e não credenciado. Nesse processo, foram desenvolvidas controvérsias científicas e disputas epistemológicas por meio das quais novos saberes e práticas relacionadas à saúde são experienciados e difundidos. A partir da análise realizada, elucido o processo por meio do qual uma planta tem sido transformada em medicamento no Chile.

Palavras-chave: Ativismo. Associativismo Terapêutico. Medicamentos.

“Healing begins when I am watering my seeds”: artisanal medical Cannabis produced by patients of the Daya – Chile Foundation

Abstract

In this article, I demonstrate how the medicinal uses of cannabis have been made possible in Chile based on the experience of the Daya Foundation, through therapeutic associations. The research was carried out from participant observation with the association for six months, interviews with team members and documentary research. I understand, from the research carried out, that collective actions organized by activists, added to the production of evidence, and the organization of these groups in cannabis associations, have encouraged public debate on the subject and, as a result, the production of accredited and not accredited knowledge. In this process, scientific controversies and epistemological disputes develop through which new knowledge and practices related to health are experienced and disseminated. Based on the analysis carried out, I elucidate the process by which a plant has been transformed into a medicine in Chile.

Keywords: Therapeutic Associativism. Medical Cannabis. Medicines.

Recebido em: 31/01/2022

Aceito em: 17/08/2022



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/>

1 Introdução

*Diamba é coisa excelente
Remédio pra dor de dente
Assim como Deus não mente
Diamba não mata a gente*
(versos cantados por indígenas
Tenehara, descritos por Henmam, 1986)

A busca e a experimentação de plantas para tratamento e cura de doenças e do sofrimento humano fazem parte da nossa história e desenvolvimento. Registros literários e antropológicos indicam que os usos de plantas medicinais são realizados a partir da observação e empirismo há pelo menos 50 mil anos (DEVIENNE; RADDI; POZZETI, 2004). Com a observação dos hábitos alimentícios dos animais, a experimentação e a domesticação de vegetais, as possibilidades terapêuticas e medicinais das plantas têm sido conhecidas pelos seres humanos e compartilhadas com as gerações futuras.

Lévi-Strauss (1989) narrou a surpresa descrita por um biólogo ao verificar a rapidez com que plantas originárias do México foram aclimadas, domesticadas e conhecidas por indígenas nas Filipinas, ressaltando que, em alguns casos, os últimos descobriram usos medicinais muito semelhantes aos verificados em seu território de origem. Lévi-Strauss (1989) associou essa rápida apropriação sobre as características das novas espécies vegetais, coletadas e transportadas a outras regiões do globo em decorrência da colonização, à prática compartilhada por esses povos de conhecer a fauna e a flora em seu entorno.

A cannabis insere-se nesse arcabouço de plantas medicinais tradicionalmente cultivadas e utilizadas por diversas populações, cujo potencial terapêutico foi negligenciado pela ciência durante grande parte da história moderna. As evidências mais antigas desses usos encontram-se na China e datam de aproximadamente 2.500 a.C.

Na Índia, a planta teve o maior prestígio religioso e medicinal de que se tem relatos, compondo uma das cinco plantas sagradas descritas no Vedas – conjunto de textos que constroem os alicerces filosóficos do Hinduísmo –, nos quais a bebida feita com a planta, chamada de *bhang*, é associada à alegria, à saúde da mente e à vida longa. Entre as recomendações de usos medicinais figuravam estes intentos: uso como diurético, estimulante do apetite e da digestão, controle da febre e no tratamento da insônia, lepra, doenças venéreas, úlceras, tuberculose, convulsões infantis, dores de cabeça, nevralgia, tétano, desintéria e cólera, ressaltando que o abuso poderia gerar os efeitos opostos,

como falta de apetite, perda de memória e sedação (BONINI *et al.*, 2018; ESCOHOTADO, 1998; GARCÍA; SANCHÉZ, 2006).

Entre meados do século XIX e início do século XX, a cannabis foi prescrita e utilizada em grande parte da Europa e, posteriormente, pelas elites dos países por ela colonizados para o tratamento de enxaqueca, dor de dente, cólicas menstruais, pós-parto, indigestão, úlcera, reumatismo, disenteria, insônia, depressão, ansiedade, convulsões e espasmos, febre alta, tosse, impotência sexual, como diurético, tranquilizante, tônico cerebral, para aumentar o apetite, reduzir enjoos, aliviar câibras e tratar inflamações (ESCOHOTADO, 1998; GARCÍA; SANCHÉZ, 2006).

Ao longo do século XIX, porém, o desenvolvimento da indústria química e a capacidade de isolar determinadas substâncias dos vegetais, criando “drogas puras”, impulsionou a produção de novas substâncias e medicamentos, principalmente na Europa e nos Estados Unidos. Em 1805, um cientista alemão descobriu a morfina, isolada pela primeira vez do ópio extraído da papoula, passando a ser utilizada como medicamento alopático a partir de 1818 (DUARTE, 2005). Em 1829, da casca do salgueiro, isolou-se pela primeira vez a salicina, precursora na síntese do ácido salicílico, que, 60 anos depois, deu origem a um dos analgésicos mais utilizados no mundo (DEVIENNE; RADDI; POZZETI, 2004). Posteriormente foram isoladas a codeína (1832), a cocaína (1855), a cafeína (1860), a heroína (1874) e a mescalina (1888). Como aponta Carneiro (2002, p. 4), “[...] a teorização médica sobre a natureza dos efeitos e do uso das drogas foi acompanhada do isolamento químico de drogas puras, o que permitiu precisão de dosificação, facilitando a atividade experimental controlada [...]”, o que significava nesse período evitar mortes na experimentação, impulsionando a produção de novos fármacos e o aperfeiçoamento das drogas dos séculos anteriores.

Ao passo que as descobertas farmacêuticas aumentavam a oferta de drogas a serem receitadas por médicos, a criminalização de hábitos e substâncias reduziam as possibilidades de tratamento fora do âmbito médico farmacêutico. Vargas (2008) demonstrou como as tentativas de eliminação de outras práticas terapêuticas, distintas daquelas desenvolvidas pela medicina que se convencionava como saber hegemônico sobre a saúde e a doença, foram acompanhadas pela construção de novas terapias realizadas por meio das drogas. O autor chama atenção para o fato de que não era das práticas médicas e nem de melhores teorias médicas que vinham tais inovações, mas da química.

Da Cannabis não foi possível isolar o princípio ativo, o que dificultou a transformação de seus potenciais terapêuticos em um fármaco de manipulação exclusiva de farmacêuticos e boticários. Além disso, a grande variedade de tipos da planta implicava uma igual variedade de potência e efeitos, mais conhecidos pelos povos colonizados do que pelos colonizadores (ESCOHOTADO, 1998). Tais aspectos contribuíram para que médicos e boticários preferissem as substâncias isoladas.

Em 1894, a pedido da Coroa Britânica, uma comissão formada por médicos ingleses e indianos resultou em um informe acerca das drogas elaboradas com cannabis (ESCOHOTADO, 1998; RUBIN, 1975). O documento, intitulado *Indian Hemp Drugs Commission*, no final de suas mais de três mil páginas, concluiu que doses moderadas da cannabis podem ter benefícios considerados medicinais. Em relação ao seu uso “popular”, os resultados apontavam que o uso moderado de seus derivados não produzia praticamente

nenhum dano, ressalvando possíveis exceções nas quais o indivíduo tenha intolerância excepcional. O parecer da Comissão foi de que apenas o uso excessivo seria danoso, causando problemas pulmonares devido à inalação da fumaça. Sobre os possíveis efeitos mentais, o documento apontou que o uso moderado “não causa nenhuma lesão mental” e, no caso de uso excessivo, ocorre “uma instabilidade da mente”, podendo induzir à “demência” se houver predisposição hereditária. Por fim, em relação aos “efeitos morais desta droga”, o parecer foi de que “o uso moderado não produz nenhuma lesão moral de nenhuma espécie” e que não havia base adequada para supor que o uso excessivo “afete perigosamente o caráter de seu consumidor” (ESCOHOTADO, 1998, p. 354-355). Apesar do relatório, a cannabis se tornou proibida na maior parte do mundo no século seguinte. Diferentemente de plantas como a papoula e a coca, que foram regulamentadas para a produção de medicamentos, a cannabis foi proibida para qualquer finalidade, tornando as pesquisas com a planta escassas.

Em 1912, a Conferência Internacional do Ópio, também conhecida como “Conferência de Haia”, na Holanda, determinou a classificação dos potenciais medicinais de substâncias psicoativas, categorizando-as como tendo ou não aplicação médica, como critério para defini-las entre legais ou ilegais. Como indica Fiore (2005), a conferência se tornou um marco no monopólio da medicina não apenas no exercício das práticas terapêuticas como no poder para defini-las. Com a hegemonia do saber médico sobre as drogas, sobrepõe-se o discurso acerca das drogas e da saúde pública.

Destaca-se, nesse sentido, o papel do desenvolvimento da medicina como saber hegemônico sobre a saúde e o uso dos medicamentos, em detrimento dos usos tradicionais das plantas, concomitantemente ao desenvolvimento da indústria farmacêutica. No caso do Brasil, essa lógica incidiu contra outros saberes, deslegitimando e colocando na ilegalidade curandeiros, benzedeiros, rezadeiras e raizeiros (ADIALA, 2016).

A categoria de toxicomania se tornou um importante mecanismo de produção do imaginário social acerca da maconha no ocidente. E foi “[...] a partir da inclusão do uso da cannabis na categoria diagnóstica da toxicomania que as autoridades médicas, legais e policiais passaram a tratá-la como um problema social e uma ameaça à saúde da nação” (ADIALA, 2016, p. 85).

Em 1961, ocorreu a Convenção Única de Entorpecentes, organizada pela ONU sob a direção dos Estados Unidos. A Convenção foi um marco sobre a regulação e proibição de drogas psicoativas a nível mundial, tendo sido responsável por implementar globalmente o paradigma proibicionista, por meio do modelo que distingue as substâncias em listas de permitidas e proibidas, supostamente de acordo com os potenciais de abuso ou medicinais. Dessa maneira, se consolidou o modelo médico-jurídico sobre as drogas utilizado até os dias atuais.

Tal processo foi descrito por Vargas (2001), Boiteux (2006), Torcato (2016), Carneiro (2018) e Fiore (2018), que trataram sobre a criminalização das drogas e a implementação do proibicionismo. Neste artigo, me deterei às questões relacionadas aos usos medicinais da planta e às disputas epistemológicas em torno de sua concepção como medicamento.

Os dados apresentados são frutos de pesquisa documental e de informações dos cadernos de campo construídos ao longo do meu período de doutorado sanduíche¹, realizado em finais de 2018 e início de 2019, no qual acompanhei por seis meses o cotidiano do trabalho da Fundação Daya, em Santiago, Chile. São utilizadas também informações das entrevistas com médicos da Fundação, que não incorporaram o material apresentado na tese, além das entrevistas com os *terapeutas canábicos* e o professor de cultivo da Daya. A pesquisa buscou elucidar como os usos medicinais de cannabis têm sido viabilizados no Chile, apesar de o país não ter uma regulamentação específica e o *Colégio Médico Chileno* se posicionar contra a prescrição de tal tratamento. Neste artigo, elucidado o processo de construção do óleo de cannabis como medicamento, fomentado pela Fundação Daya e seus associados, e as controvérsias e disputas epistemológicas que tal processo tem ocasionado.

2 Os Óleos Medicinais de Cannabis

Boiteux (2006) argumentou que, em termos normativos, o que categoriza as “drogas” entre lícitas ou ilícitas é uma decisão política baseada em um tipo específico de moral: a abstinência. “É o julgamento de valor sobre a substância que promove alterações no sistema nervoso que determinará se acerca dela será construída uma norma proibitiva ou não” (BOITEUX, 2006, p. 17).

Não à toa, um dos problemas morais referentes ao uso medicinal da cannabis está relacionado ao THC (Tetrahidrocanabinol), canabinoide responsável pelos efeitos psicoativos². Em contraposição, o canabidiol (CBD), canabinoide associado a diversos efeitos medicinais, é tratado frequentemente como sinônimo de usos medicinais de cannabis. Ou seja, há uma referência aos óleos de cannabis, de maneira geral, como “CBD” ou canabidiol, como se fossem compostos exclusivamente dessa substância. Tal associação é predominantemente moral, uma vez que outros canabinoides, incluindo o THC, produzem efeitos medicinais, e uma grande parte dos óleos de cannabis contém tanto THC como CBD. Apenas produtos elaborados industrialmente podem apresentar CBD de maneira isolada, ou seja, sem a presença de outros canabinoides. Esses óleos são chamados de *pure*. Porém, no caso dos óleos artesanais, como os utilizados por pacientes da Fundação Daya, há sempre presença de todas os canabinoides da planta, variando sua proporção de acordo com a variedade plantada, identificada a partir das características descritas no rótulo da embalagem da semente comprada em *growshops*.

Esses termos constroem um arcabouço moral, teórico e jurídico que distingue de tal maneira os objetos em questão (a planta e os medicamentos com ela elaborados) a ponto de ser possível isolar os usos medicinais de todo o contexto político e histórico no qual a cannabis foi inscrita no último século. Um exemplo de tal distinção foi narrado por uma terapeuta que entrevistei durante minha pesquisa junto à Fundação Daya, ao contar sobre como eram os primeiros atendimentos.

¹ Financiado pela Capes por meio do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior.

² Como já foi demonstrado por Mechoulam e Parker (2013).

“Isso não é marijuana certo?” E dizíamos “sim, é marijuana”. Pensavam que era uma coisa diferente, “é medicinal”. “Mas, não estamos falando da marijuana que se fuma, certo?”, “Sim, é a mesma”, dizíamos (Trecho de entrevista com terapeuta canábica da Fundação Daya, maio de 2019, tradução nossa).

Entre as justificativas para a escolha dos termos, podemos apontar o caráter político, no intuito de distanciar os usos e os usuários medicinais dos estigmas associados ao uso adulto de cannabis, afastando a discussão do contexto das drogas (no qual esteve inserida durante todo o último século), na busca por alcançar um caráter mais sensibilizador da população e dos órgãos públicos, aproximando o objeto em questão (o óleo de cannabis) do contexto dos medicamentos, da medicina e da saúde.

Anselm Strauss (1999) discutiu a importância do ato de nomear as coisas, compreendendo a nomeação como a ação de identificar determinado objeto dentro de categorias mais amplas, a fim de tecer, por meio das relações com essas categorias, o contexto no qual os objetos estão inseridos, suas fronteiras e, assim, construir os significados sobre ele. Para o autor, nomear constitui-se como “[...] um ato central a toda cognição que o ser humano tem do seu mundo” (STRAUSS, 1999, p. 38).

Segundo o autor, os objetos não têm significados intrínsecos, estando sua natureza atrelada ao modo como são definidos pelo nomeador e aos contextos por ele acionados. Além disso, determinada característica usada para classificar um objeto de certa maneira não inviabiliza que o mesmo objeto, associado a outros propósitos, seja classificado em outras categorias, acionadas por outros contextos, pois está “[...] igualmente em sua natureza ser outras coisas” (STRAUSS, 1999, p. 39).

A partir do que nos apresenta o autor, é possível lançar luz sobre as terminologias utilizadas para se referir ao objeto que ocupa lugar central na análise aqui realizada, o óleo medicinal feito com as flores da cannabis, além de outros termos em disputa, como o próprio nome da planta, provavelmente uma das poucas cujo nome científico (*Cannabis*) é tão conhecido quanto seus nomes populares. Podemos pensar como a diversidade de nomes utilizados para se referir a um mesmo objeto também influencia na construção do contexto que o nomeador deseja acionar em sua explanação. Se a planta é a mesma, a diferença entre *maconha*, *cannabis*, *cannabis medicinal* é a intenção do uso e os contextos morais e políticos que acionam.

3 A Produção de Medicamentos à Base de Cannabis por Associações Civas: o caso da Fundação Daya, no Chile

As associações canábicas são associações civis que se organizam em torno do direito à saúde e do acesso aos usos medicinais da cannabis (BARBOSA, 2021) e se consolidam como associações de pacientes tal como aquelas descritas por Rabeharisoa (2013), Rabeharisoa, Moreira e Akrich (2014) e Akrich e Rabeharisoa (2012), tendo o compartilhamento de experiências e a produção de evidências como aspectos fundamentais. Entre as características das associações de pacientes – e das associações canábicas - estão ainda a organização de reivindicações na esfera pública, ativismo científico e terapêutico; *advocacy*; o fato de serem representadas por pessoas que compartilham as experiências

do adoecimento; demanda por pesquisas científicas (conhecimento credenciado); o desenvolvimento de suas próprias teorias sobre os tratamentos e seus efeitos; demanda pela legitimidade do conhecimento produzido e um posicionamento crítico à medicina convencional.

As associações canábicas reivindicam ainda autonomia para que pacientes produzam seu próprio medicamento de maneira individual ou associativa. Como sublinham autores que trataram anteriormente sobre o tema (FELDMAN; MANDEL, 1998; BECKER, 2008), o histórico de proibição ocasionou que médicos saibam muito menos sobre os efeitos da cannabis que os próprios pacientes e usuários. Além disso, os cultivadores já conheciam bem os usos da cannabis e o cultivo da planta, enquanto farmacêuticos e outros *especialistas credenciados* (BORKMAN, 1976) conhecem muito pouco sobre a planta e seus efeitos. Isso não difere muito das realidades brasileira e chilena atuais, uma vez que profissionais da área da saúde não têm em seus currículos acadêmicos estudos sobre a planta e o que se tem convencionalmente chamado de *medicina canabinoide*. Conforme dito pelos médicos da Fundação Daya durante as entrevistas, o conhecimento acerca dos usos medicinais de cannabis foi acionado principalmente pela troca de experiência com médicos prescritores e especialistas não credenciados.

Cabe salientar que tais organizações se conformam como associações civis, tal como definido por Cefaï:

Uma organização associativa se consolida reunindo diversos contextos de experiência e de atividade, pontos de perspectiva e estratos de competências que ela coloca em sinergia. Ela se constitui através da troca de conhecimentos e informações, na formulação de denúncias e de reivindicações coletivas; através da co-produção de um projeto coletivo, ao mesmo tempo tecnicamente viável e válido do ponto de vista normativo; e, ainda, através das atividades de circulação das notícias relativas ao andamento dos casos sob deliberação. Em cada uma das situações problemáticas com as quais a associação é confrontada, colocam-se as perguntas: o que seria mais apropriado ao bem público e o que se deveria fazer, estratégica e taticamente, para alcançá-lo? Sob a *mise en scène* da associação como representação una e própria, através de sua identidade jurídica e de sua localização geográfica, através das performances dos seus porta-vozes nas reuniões públicas, do uso do pronome nós e de seu logotipo na redação de cartas e de panfletos, o *personagem “associação” se consolida, resultante de uma série de ações conjuntas.* (CEFAÏ, 2011, p. 25)

Essa organização de usuários medicinais de cannabis/pacientes, médicos, cultivadores, pesquisadores e advogados em associações civis tem sido fundamental não apenas para possibilitar o acesso e todo o conhecimento necessário para a manutenção do tratamento, como também para a construção de um aparato teórico reflexivo que ampare o uso e possibilite a essas pessoas outras relações com a maconha e o questionamento público das regras que a proíbem.

Tal como foi percebido por Akrich e Rabeharisoa (2012) no modelo de associativismo que denominam como *ativismo baseado em evidências*, as organizações coletam experiências e constroem conhecimento experiencial, articulando-o a conhecimentos credenciados, a fim de torná-los politicamente relevantes. Por meio desse processo, podem levar à retomada de questões anteriormente excluídas pela ciência oficial, ao questionamento de práticas médicas e à abertura de novas questões complexas a partir de fatores anteriormente

ignorados. Rabeharisoa (2013, p. 13, tradução nossa) destaca “[...] a capacidade das organizações de mobilizar essa experiência, a fim de trazer à tona problemas nos quais podem produzir dados não encontrados no conhecimento formal [...]” e aponta como ativistas e associações, ao tornarem públicas as experiências pessoais da doença, ajudam a torná-la um problema público.

No caso dos usos medicinais de cannabis, a produção de evidência tem sido fundamental para a construção do problema público e sensibilização da sociedade e das instituições no intuito de legalizar os usos medicinais da planta e a produção de medicamentos artesanais. Tal produção de conhecimento e evidências encontrou repercussão social especialmente no que se refere a doenças raras e de difícil controle para as quais a medicina convencional não oferece tratamentos eficientes do ponto de vista dos pacientes e seus familiares. Casos de usos para dor crônica, epilepsia refratária, câncer e para aliviar os efeitos colaterais da quimioterapia, fibromialgia, autismo, Parkinson, Síndrome de West, Síndrome de Dravet e paralisia cerebral, por exemplo, têm sido frequentes e são descritos no livro *Relatos de pacientes usuários de Cannabis Medicinal*³, produzido pela da Fundação Daya em 2019.

Cabe ainda assinalar a biossociabilidade (RABINOW, 1999) como uma característica de tais agrupamentos, uma vez que grande parte dos ativistas compartilha uma identidade relacionada à trajetória terapêutica a partir de uma doença de difícil controle, seja como paciente, seja relacionada à *carreira do cuidado* (BARBOSA, 2021)⁴.

A construção do problema público em torno dos usos medicinais de cannabis, aliada à produção de evidências, tem colocado sob o foco das mídias e do debate público a eficiência dos usos de medicamentos artesanais à base da planta. Para Epstein (1995), quando determinados problemas são tornados problemas públicos e a ciência, ao ser acionada, não tem explicações e soluções consideradas suficientes, sua credibilidade é abalada e abrem-se brechas que podem ser ocupadas por outros grupos, como aqueles formados pelas associações de pacientes e ativistas pelo tratamento. Compreendo que das lacunas oriundas das doenças de difícil controle, somadas à falta de conhecimento formal acerca da cannabis por parte de médicos e farmacêuticos, têm surgido brechas por meio das quais o conhecimento de especialistas não credenciados (mães, cultivadores, pacientes, por exemplo) se difunde, amparado pelas evidências.

De fato, há certo consenso entre pesquisadores de que familiares e pacientes que lidam cotidianamente com determinada patologia podem se tornar *especialistas leigos*, sendo capazes de desenvolver conhecimento baseado na experiência e em suas pesquisas pessoais (AKRICH; RABEHARISOA, 2012; LIMA; GILBERT; HOROVITZ, 2018; MOREIRA *et al.*, 2018).

De maneira geral, nas associações canábicas, pacientes e cuidadoras(es) aprendem a cultivar com os cultivadores mais experientes e a fazer os óleos nas oficinas e cursos.

³ O livro não tem ficha catalográfica, portanto, é utilizado como material etnográfico e não está citado nas referências do artigo.

⁴ Como carreira do cuidado compreendo o percurso realizado por mães e outros familiares ou cuidadoras/es ao acompanharem a trajetória terapêutica de pessoas com doenças raras e de difícil controle em meio a consultas médicas, administração das medicações, elaboração e compreensão do diagnóstico, observação dos efeitos desejados e colaterais e a experimentação de novos tratamentos (que vão de aprender sobre dietas específicas a administração de novos fármacos), atravessados pelas emoções que suscitam. Para mais, ler Barbosa (2021).

Eles também têm acesso ao conhecimento formal e credenciado, produzido por médicos prescritores, advogados e pesquisadores, além de todo o conhecimento informal e não credenciado, vindo da experiência e de seu compartilhamento com outros pacientes e usuários.

Epstein (1995), em seus estudos sobre os movimentos sociais relacionados à saúde em torno do HIV e sobre a produção de conhecimento confiável por ativistas, destacou a diversidade de atores presentes na construção do conhecimento como um aspecto marcante das pesquisas sobre AIDS nos Estados Unidos. Como aponta o autor, a *arena de produção de fatos* (EPSTEIN, 1995, p. 408) abrange profissionais de diversas áreas, movimentos ativistas, empresas farmacêuticas e de biotecnologia, além da mídia de massa e mídias alternativas, incluindo publicações ativistas. Assim, informações sobre segurança e eficácia de determinados regimes terapêuticos resultam de uma complexa interação entre esses atores.

A Fundação Daya foi criada em 2014 em Santiago, Chile, tendo atualmente sede em 19 *comunas* ao longo do país. Entre os motivos que levaram a instituição a se tornar referência no tema na América Latina, está sua participação na produção do *Canabiol*, primeiro medicamento à base de cannabis oficializado – no sentido do reconhecimento das instituições estatais de controle –, a ser produzido na América do Sul, em parceria com o laboratório Knop. A Fundação foi a responsável pelo cultivo da planta, e o laboratório, especializado na produção de fitoterápicos, foi o responsável pela produção do medicamento.

Como me explicou Ana María Gazmuri, fundadora e presidente da Daya, a Fundação foi a única instituição chilena com autorização para cultivo de cannabis, mas não para fornecer flores ou óleos aos pacientes, pois, segundo a lei chilena, apenas um laboratório pode produzir e vender em farmácias um medicamento. Em 2016, o Knop Laboratórios recebeu uma autorização provisória para desenvolver produtos farmacêuticos à base de cannabis, outorgado pelo Instituto de Saúde Pública do Chile⁵. Tal parceria entre as instituições também permitiu o desenvolvimento de pesquisas clínicas acerca dos benefícios medicinais da administração do medicamento.

Apesar do engajamento na produção do fitoterápico, a principal forma de uso de cannabis para fins medicinais prescritos na Fundação Daya é realizada a partir do autocultivo. Ou seja, do cultivo doméstico de cada pessoa ou família interessada em acessar tal tratamento. A principal justificativa da equipe para isso é o caráter pessoal do tratamento com a planta, associada à ideia de que cada ser humano reage de maneira diferente à sua ingestão. Ouvi algumas vezes, tanto nos cursos e oficinas como nas palestras, que “[...] o mesmo óleo, dado na mesma dosagem, indicado para a mesma patologia em pessoas diferentes, pode ter efeitos muito distintos”. Isso também foi constatado pelo químico Raphael Mechoulan⁶ em seu experimento informal com um bolo de chocolate acrescido de THC (isolado por sua equipe em laboratório), quando, ao compartilharem o mesmo

⁵ A autorização do laboratório foi suspensa em setembro de 2020, retirando o medicamento das farmácias e interrompendo os cultivos da Fundação Daya por tempo indeterminado.

⁶ O cientista já descreveu esse experimento diversas vezes. É possível assisti-lo no documentário “The Scientist”, disponível gratuitamente em: https://www.youtube.com/watch?v=Sii1k5LPTBA&ab_channel=FundacionCANNA.

bolo, seus colegas de trabalho (cobaias nesse experimento doméstico) descreveram e expressaram efeitos bastante diversos.

Como o cultivo da planta para usos pessoais foi despenalizado no país em 2005, com a promulgação da Lei n. 20.000, o cultivo para fins medicinais é, da mesma maneira, possível. Porém, não havendo qualquer regulamentação e tendo em vista que a lei prevê que o usuário comprove a finalidade de seu cultivo, as definições oficiais sobre o tema são controversas, incorrendo em eventuais acusações de tráfico a pessoas que fazem uso medicinal. A campanha Cultivo Seguro, organizada pela Fundação Daya, demanda mudanças legais que definam a prescrição de um *cirujano general* (semelhante a um clínico geral no Brasil) como suficiente para a comprovação do objetivo medicinal dos cultivos.

Outras justificativas da opção pelo autocultivo se relacionam ao caráter holístico do tratamento realizado a partir do autocultivo e ao seu baixo custo, uma vez que as condições climáticas do país são historicamente conhecidas como muito favoráveis ao cultivo da planta (BARBOSA, 2021; IBAÑEZ, 2018), e a venda de sementes é descriminalizada, podendo ser comprada em lojas especializadas (conhecidas como *Growsshops*).

O autocultivo é muito bonito: primeiro, economicamente é imbatível, pode ser grátis; segundo, pode eleger as sementes que vai cultivar, pode fazer um tratamento realmente muito específico; e, terceiro, rompemos esse paradigma de que vou à farmácia, pago, e me passam comprimidos que não sei de onde vem, quem os fez, nem bem o que eles contêm, e também pouco me explica meu médico quais efeitos secundários que terá no meu corpo. Esse tipo de relação na medicina é muito diferente. Dar meu carinho, meu cuidado e minha atenção a uma planta, durante 4 meses, que depois me dará alívio a minhas dores ou melhorará meu apetite. A cura começa no momento em que estou regando minhas sementes (Trecho de entrevista com Juan, terapeuta canábico da Fundação Daya, em março de 2019)⁷.

Para a promoção do autocultivo, a Daya ofertou regularmente, durante os anos de 2018 e 2019⁸, oficinas e cursos de cultivo e as oficinas de *aceite*, onde se aprendia a fazer “las medicinas”, ou seja, os medicamentos artesanais. A fim de possibilitar a circulação de conhecimento e a especialização de profissionais da saúde, a Fundação formulou também um curso para tais profissionais, no qual, além de palestras sobre o funcionamento e os usos dos canabinoides, os presentes participam de uma oficina de confecção do óleo e discutem casos clínicos junto à equipe médica da Fundação. Além disso, o trabalho rotineiro na sede de Santiago possibilita o compartilhamento de experiências com profissionais interessados. Durante meu período de pesquisa, presenciei a chegada de um médico, clínico geral, para a realização de estágio durante uma semana, acompanhando os médicos da Daya. Durante esse período, foi comum ver e acompanhar algumas discussões entre o estagiário e os médicos mais experientes em relação à medicina canabinoide. Tal médico incorporou a equipe da Fundação Daya em outra comuna, no norte do Chile.

O público dos cursos e das oficinas era bastante heterogêneo (excluindo-se, claro, o curso para profissionais da saúde). Mas vale ressaltar a predominância de mulheres tanto nos cursos como nas oficinas de cultivo, chegando a ter atividades com nenhum homem participando com exceção do professor. A idade das pessoas também variou bastante

⁷ A fim de preservar a identidade dos participantes que concederam entrevistas, os nomes utilizados são fictícios.

⁸ Devido à pandemia de Covid-19, a Fundação mudou o formato dos cursos, que ocorrem agora de maneira *on-line*, por tempo indeterminado.

ao longo do campo, entre 18 e 80 anos. Mas prevalecia claramente a participação de pessoas entre 40 e 60 anos, seguida por jovens adultos com mais de 30 anos. Em relação ao número de participantes, os cursos variavam entre 10 e 30 participantes, enquanto as oficinas tinham entre 10 e 20 participantes em média.

Em relação aos números da Fundação em todo o país – e não apenas em Santiago – em 2019, quando esses dados me foram informados, a Fundação contava com 42 médicos prescritores, 70 terapeutas canábicos e cerca de 100 voluntários trabalhando. Em relação aos pacientes, foram contabilizados mais de 20 mil desde a inauguração da primeira sede, em 2013. Desses, a instituição aponta que 70% alcançaram autossuficiência em seus cultivos domésticos. Outros 600 pacientes são usuários do *Canabinol*. Do total de pacientes, 63% realizam tratamentos com cannabis de forma complementar; 37% como único tratamento. Entre as principais patologias tratadas na Fundação, estão as doenças de origem reumatológicas/traumatológicas (35%), neurológicas (31%), oncológicas (17%) e de saúde mental (6%).

Neste artigo, me atendo às oficinas de elaboração do óleo medicinal – denominado como medicamento por profissionais da instituição e pacientes –, compreendendo-as como etapa fundamental para o acesso ao tratamento com cannabis para aqueles que optam pelo cultivo doméstico. É nas oficinas que os conhecimentos apreendidos ao longo da experiência são sintetizados e compartilhados.

Cabe salientar que a realização das oficinas e cursos constituem uma etapa da *carreira dos usuários* medicinais e uma das atividades que compõem o modelo de atenção terapêutica da Fundação Daya. O modelo completo desenvolvido pela instituição e outras etapas da carreira dos usuários estão descritos de maneira aprofundada em Barbosa (2021).

4 Produzindo Medicamento: oficinas de óleo de cannabis

Compreendo os cursos da Fundação Daya como espaços de compartilhamento de conhecimento e experiências construídos para o aprendizado coletivo de pessoas leigas, com pouca experiência, ou que estão aprimorando suas técnicas. Portanto, pessoas que estão em diferentes etapas da carreira de usuários medicinais e que agregam conhecimentos distintos. Os cursos eram ministrados por Leandro (com exceção do curso para profissionais da saúde), professor cultivador da Fundação naquele período, e fazia parte de sua prática deixar que os alunos tentassem responder às perguntas que surgiam ao longo das aulas, e, só após ouvir as respostas dos demais ou suas tentativas de alcançar uma resposta, dizia o que compreendia sobre o tema. “O que sua intuição te diz?”, era uma pergunta frequente que o professor fazia antes de compartilhar seu conhecimento, que era tanto um conhecimento prático e experiencial, vindo de sua trajetória como cultivador e das experiências que faziam na Daya, como fruto de suas pesquisas bibliográficas pessoais, como me contou em entrevista.

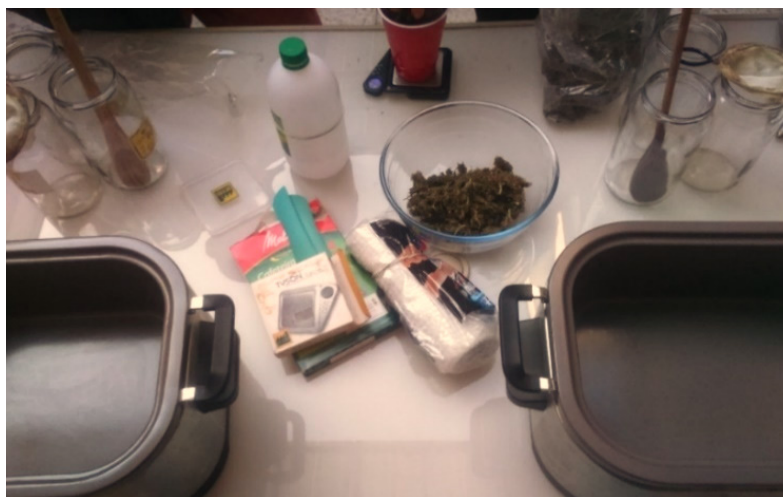
Como aprendi ao longo dos mais de 20 cursos e oficinas de cultivo que acompanhei em Santiago, a cannabis é uma planta anual, ou seja, cumpre seu ciclo de germinação, crescimento vegetativo e floração em um ano, dando lugar a novas sementes que germinarão no ano seguinte, após o inverno. No caso de Santiago, se plantadas em

ambiente externos, expostas ao clima e ao tempo, as sementes germinam na primavera e crescem durante o verão, quando os dias são mais longos que as noites, florescendo no final do verão, quando os dias começam a se tornar mais curtos, ocasionando colheitas no mês de abril. Há até um dito popular no país que diz “abril, cogollos mil”, sendo *cogollo*⁹ um conhecido termo utilizado para se referir às flores da planta, parte utilizada tanto para usos medicinais como para usos sociais.

Durante o tempo que acompanhei os cursos da Fundação Daya, as oficinas de resina (base do óleo medicinal) ocorriam de maneira fixa todas as terças à tarde, passando para dois dias na semana em abril e maio, quando aumentava a demanda. Em outros dias da semana ocorriam elaborações de resina supervisionadas pelo professor-cultivador, agendadas por pacientes que já haviam colhido e secado suas flores e desejavam fazer a resina com o apoio da Fundação. As elaborações supervisionadas eram agendadas em duplas, sendo feitas em duas panelas elétricas, cada uma ocupada por um paciente ou seus responsáveis. Cada pessoa que ia às oficinas ou agendava um dia para cozinhar o medicamento tinha o direito de levar consigo um acompanhante.

Tanto nos horários agendados como nas oficinas, o percurso explicativo acionado pelo professor era o mesmo. Primeiro apresentava os materiais necessários, como apresentado na Figura 1, e informava que, ao final, daria o endereço de onde comprar as coisas mais difíceis de se achar. Enquanto mostrava os materiais, explicava para que serviria cada um e o que poderiam usar para substituí-los no caso de não encontrarem no mercado. O professor dispunha todo o material na mesa, como apresentado na Figura 1, e ia nomeando e apontando cada objeto: balança, espátula de silicone, álcool de cereais, colher de pau, três frascos de vidro, filtro de café de papel, coador de café de pano, óleo de coco, seringas de 1 ml com agulha removível (agulhas para insulina) para armazenar a resina, panela elétrica, tesoura ou moedor e elásticos.

Figura 1 – Elaboração supervisionada da resina feita por duas famílias



Nota: Materiais dispostos na mesa antes do início de uma elaboração supervisionada da resina feita por duas famílias, na foto, duas panelas elétricas, um recipiente com as flores secas, balança com um copo de papelão vermelho em cima e os demais materiais necessários.

Fonte: Acervo da autora deste artigo

⁹ Cogollo é o termo utilizado também para se referir ao que no Brasil chamamos de “botões” de flores, ao miolo da alface ou brotos de outras plantas. É um termo popular, mas utilizado também na botânica, não sendo, portanto, uma gíria.

A primeira etapa para confecção da resina consistia em moer ou picar as flores em pedaços bem pequenos, a fim de facilitar a extração alcóolica, o que era feito colocando as flores em um pote largo, cortando-as uma a uma com a ajuda de uma tesoura: “pode cortar sem medo”, dizia o professor quando a pessoa demonstrava receio de danificar a planta.

Enquanto moíam as flores, Leandro explicava questões de segurança sobre a confecção da resina, como a necessidade de ser feita a partir de uma fonte elétrica de calor e em lugar aberto por conta da evaporação alcóolica, evitando, assim, acidentes. Pelos mesmos motivos, lembrava a todos os presentes que era totalmente contraindicado fumar dentro da casa onde se faz a resina, devido aos riscos de o álcool, que evapora da panela, entrar em combustão.

Ao terminar de picar as flores, estas eram pesadas a fim de facilitar a estimativa de álcool, óleo de coco e seringas necessárias. Leandro explicava que “a experiência nos diz que pra cada dez gramas de flores secas, produzimos uma média de 1ml de resina”, ou seja, se uma pessoa leva 30 gramas de flores secas para a oficina, sairá de lá com uma média de três seringas de resina, cada uma com 1ml.

Ainda picando as flores, Leandro perguntava se alguém não conhecia “los cogollos”, assim como fazia durante os cursos de cultivo, convidando a quem não conhecesse para se aproximar ou dando-lhe um exemplar para examinar de perto. Diferente dos cursos e oficinas de cultivo, quando primeiro vinham as explicações e depois as perguntas, durante as oficinas de medicamento as perguntas eram feitas pelos participantes a todo o tempo. Como nem todas as pessoas que faziam essa oficina tinham necessariamente passado pelos demais cursos, e outras já haviam feito todos os cursos da Fundação Daya mais de uma vez, os níveis de conhecimento eram distintos, o que promovia conversas nas quais uns tiravam as dúvidas dos outros, com constantes trocas de experiência. O professor ouvia e comentava quando julgava necessário, por exemplo, quando entendia que alguém dava uma explicação errada.

Algumas perguntas se repetiam frequentemente no início da oficina: “Que tipo de plantas devemos usar?”, “Como sabemos qual flor serve?”, “Como saber quanto de THC e de CBD tem em cada planta?”. A essas perguntas, Leandro respondia que todas as plantas de cannabis são terapêuticas porque tem canabinoides. Então, a princípio, serviria qualquer planta. O que ocorre é que para diferentes patologias, diferentes plantas terão efeitos melhores, com mais THC, mais CBD, etc. Além disso, a cannabis tem mais de 100 canabinoides “e apenas dois deles estudamos em profundidade”. Então há outras variações entre as sementes, além da concentração dessas duas substâncias.

Com as flores já picadas, o passo seguinte consistia em realizar a extração alcóolica e as filtrações do líquido que resultava desse processo, a fim de retirar impurezas como pelos e poeira. A extração e a filtração eram feitas em duas etapas: primeiro colocava-se as flores já trituradas em um dos vidros e cobria-se toda a matéria vegetal com álcool de cereais, deixando-o de molho por cinco minutos, mexendo com uma colher de pau de vez em quando. Sobre esse processo, era comum que os participantes perguntassem se a extração ficaria mais concentrada com mais tempo de molho. Marco explicava que, “apesar da intuição nos dizer isso”, a Fundação havia testado a alteração do rendimento em relação a tempos diferentes de duração do molho, e perceberam que isso praticamente não fazia

diferença no volume do óleo produzido e, em contrapartida, aumentava a concentração de clorofila, dando um gosto ao óleo que muitos pacientes não gostavam. Portanto, por meio de experimentos realizados, chegaram à conclusão de que cinco minutos de molho, em duas etapas, era tempo suficiente para a extração dos canabinoides.

Enquanto demonstrava a primeira filtragem e aguardava os cinco minutos necessários, Leandro dava algumas explicações sobre o processo de produção do medicamento e do seu contexto legal. Explicava que, “para estar dentro da lei é preciso plantar”, pois compartilhar a planta com outras pessoas, mesmo que não envolva lucro, pode ser considerado crime de tráfico pela lei chilena. Em contrapartida, a Lei n. 20.000 descriminalizou o cultivo da planta para usos pessoais.

Figura 2 – Flores trituradas de molho e, em seguida, já coadas



Nota: A primeira imagem mostra o recipiente de vidro com as flores secas, matéria-prima da resina.

Fonte: Acervo pessoal da autora deste artigo

Após o primeiro molho, o processo era repetido, como mostrado na Figura 2, e o bagaço descartado. Em seguida, coava-se novamente o líquido, desta vez em filtro de papel, a fim de retirar impurezas menores. Terminada essa parte do processo, todo o líquido era despejado em uma panela elétrica onde ficava por algumas horas até que todo o álcool evaporasse.

Nos primeiros minutos, a evaporação alcóolica era mais forte, o cheiro irritava um pouco os narizes e sempre havia piadas sobre a possibilidades de ficar sobre o efeito da planta. Algumas pessoas perguntavam como uma piada, outras se mostravam preocupadas por não serem experientes. Leandro explicava que não era possível ficarem inebriados por causa da cannabis, mas talvez bêbados e com os olhos irritados por conta da evaporação alcóolica. Por isso não recomendava que se aproximassem muito das panelas logo no início do processo, quando o cheiro era mais forte e a evaporação mais intensa. Após a evaporação inicial, os participantes eram convidados a se aproximarem da mesa pelo professor, que chamava a atenção para o caráter sensível do preparo do medicamento. Em decorrência do grande número de variáveis (variedade da planta, formas de cultivo, período de colheita e secagem), é necessário que as pessoas aprendam a identificar o

ponto certo da resina por meio da observação da coloração, da presença de bolhas e do aspecto geral do produto final.

Fiquem à vontade para vir olhar como está o processo. É preciso que vocês se aproximem para ver. Não é uma receita de bolo, é preciso que vocês se familiarizem, se acostumem, para aprender como se faz. O tempo vai depender da quantidade de resina da planta, da panela usada e da quantidade, então é a partir da observação que vocês vão aprender a reconhecer o ponto, pela cor, pela textura (fala de Leandro em uma das oficinas, registrada no caderno de campo).

Após as palavras do professor, todos chegavam perto para ver. A partir desse momento, passávamos cerca de duas horas em volta de uma ou duas panelas elétricas. Frequentemente havia pessoas idosas e/ou com dificuldade de mobilidade nas oficinas, então nem todos conseguiam olhar dentro das panelas, mas as pessoas se ajudavam filmando e compartilhando com os outros participantes.

O período de espera pelo cozimento era o momento no qual os participantes compartilhavam informações sobre suas carreiras como pacientes ou cuidadoras (em geral, mulheres), narravam experiências ruins, suas esperanças no tratamento com o óleo e animavam uns aos outros com experiências positivas.

Ao final do processo, o professor mostrava a todos o ponto ideal da resina, sem bolhas de ar, com uma densidade muito espessa, semelhante uma graxa brilhante (como mostrado na Figura 3) e, por fim, colocava todo o material em seringas de 1 ml. Esse era um momento de grande expectativa, pois descobria-se quanto a colheita do paciente havia rendido.

Figura 3 – Processo de coagem e panelas elétricas



Nota: A primeira imagem mostra o processo de coagem e, ao lado, as panelas elétricas: a primeira bem no início da evaporação e a segunda com a resina quase pronta: um líquido escuro e espesso.

Fonte: Acervo pessoal da autora deste artigo

Em um dos dias de oficina, acompanhei o caso de uma paciente que usava o óleo para dor crônica e havia tido a ajuda do filho, de 18 anos, no cultivo. Sua colheita robusta chamou atenção logo no início da oficina, e mãe e filho foram parabenizados pelos demais participantes. Ao final, os 50 gramas de flores secas colhidas pela família

renderam 7 ml de resina. O suficiente para manter o tratamento por um ano. Não era raro que pacientes ou cuidadores/as necessitassem de apenas uma colheita por ano para manter os tratamentos. Em outros casos, porém, o cultivo foi difícil e a colheita escassa, por conta da pouca experiência, das condições climáticas, das possibilidades de cultivo que a casa do paciente dispunha, entre outros motivos.

5 Protocolo de Dosagem e Manipulação dos Efeitos

A forma de uso recomendada, de maneira geral, por médicos e terapeutas da Fundação é a resina diluída em azeite vegetal ingerida por gotas, considerada por eles a forma mais segura de realizar o tratamento. Compreende-se como “mais segura” o menor risco possível de o paciente ter uma experiência ruim em decorrência dos efeitos psicoativos ou não desejados de maneira geral. Em relação aos primeiros, uma experiência ruim pode ser sentir-se eufórico, com medo ou sentir-se perseguido, por exemplo. Quanto aos efeitos não desejados, esses variam de acordo com o objetivo do uso: sono e fome, por exemplo, efeitos comuns dos usos de maconha, podem tanto ser definidos como efeitos desejados quanto indesejados, não apenas de acordo com o objetivo do uso, como de acordo com a hora do dia (à noite o sono pode ser desejado, enquanto durante o dia não). Também os efeitos psicoativos podem ser considerados agradáveis ou não, sendo definido por muitas variáveis. Todos esses aspectos podem ser potencializados ou amenizados pelos usuários medicinais com o aprendizado sobre o manejo das doses e das variedades utilizadas.

Quando me refiro às “variedades” da cannabis, falo sobre sementes com genética conhecida e informada, disponíveis para venda em *growshops* no país. A partir das informações do rótulo, cuja confiabilidade ancora-se na estabilidade dos bancos de sementes, é possível manter um tratamento contínuo com plantas com as mesmas características, assim como buscar aspectos específicos para cada paciente (plantas que dão mais sono, menos fome, mais relaxamento ou muitos efeitos combinados). Na Fundação Daya, a escolha acerca da variedade genética a ser cultivada é feita conjuntamente pelo paciente, pelo terapeuta canábico que o acompanha e pelo médico.

Como apontou Diego Cruz, médico da Fundação, em sua fala na palestra “Cannabis y dolor crônico”¹⁰, é possível combinar usos de variedades diferentes durante o dia e durante à noite, assim como combinações de diferentes *cepas* que se equilibrem, a fim de diminuir os efeitos indesejados e ampliar os desejados. Por exemplo, utilizar variedades das plantas mais *sativas* durante o dia e plantas de variedades *índicas* à noite, uma vez que as primeiras, em geral, ocasionam mais disposição, e as últimas, sono e fome. Por outro lado, as variedades *índicas* podem ser mais eficientes no tratamento da dor. Por tudo isso, e devido a tantas variáveis, diz-se que apenas o usuário pode dizer com precisão qual tratamento lhe faz melhor, e por meio do uso e da observação, ou seja, pela experiência (pessoal e coletiva).

¹⁰ Palestra “Cannabis y Dolor Crónico”, ocorrida em março de 2019, na qual Camila Tellez tratou sobre o modelo de atenção terapêutica da Fundação Daya e o médico Diego Cruz ministrou a palestra sobre os usos da cannabis para o tratamento da dor crônica. A palestra pode ser acessada pela página da Daya, no *link* <http://www.fundaciondaya.org/fundacion-daya-realizo-taller-sobre-cannabis-y-dolor-cronico/>.

O protocolo de dosagem utilizado consiste em começar com uma gota à noite, antes de dormir e, quatro dias após ter começado a tomar a primeira gota à noite, deve ser introduzida uma gota pela manhã, dobrando a dose para uma gota pela manhã e outra à noite. Com o usuário se sentindo bem, sem efeitos indesejados, após quatro dias, acrescenta-se mais uma gota à noite. Quatro dias depois, acrescenta-se mais uma gota durante o dia, chegando a duas gotas pela manhã e duas à noite, e assim sucessivamente, acrescentando gota por gota, sempre a cada quatro dias, podendo variar o horário (acrescentando uma gota à tarde, por exemplo).

Camila Telléz, coordenadora clínica da Fundação, em uma palestra na qual apresentou o plano terapêutico da instituição, explicou que o tratamento é iniciado dessa forma porque, não conhecendo a sensibilidade do paciente para a cannabis, essa é a maneira de conhecê-la e do usuário desenvolver, aos poucos, certa tolerância à substância. Explicou em sua palestra que

Se o paciente toma 3 gotas, as dores continuam, e aí ele toma 7 gotas de uma vez e se sente mal, é porque teve uma sobredose. E não saberemos se a dose que fez mal foi a quarta, a quinta, a sexta ou a sétima gota. “Não sei em que ponto me perdi e foi muito pra mim”. E uma má experiência pode traumatizar o paciente. De uma em uma gota ninguém terá uma experiência ruim e se encontrará um bom resultado (Camila Telléz, coordenadora clínica da Fundação, durante a palestra “Cannabis y dolor crônico”, em março de 2019¹¹).

Assim, aumentando gradativamente a dosagem, quando sentir que teve efeitos não desejados desagradáveis, o usuário retoma à dosagem imediatamente anterior, e essa será sua dose ideal. Com o tempo, há uma compreensão de que o usuário desenvolve maior tolerância aos efeitos psicoativos e melhora sua habilidade em percebê-los, podendo voltar a aumentar a dose se desejar, sempre dentro de um equilíbrio entre os efeitos desejados e colaterais.

Além desse “equilíbrio” relacionado à dosagem, a diversidade de variedades de sementes de cannabis vendidas no Chile permite aos usuários medicinais combinarem diferentes concentrações de óleos feitos com plantas de características distintas, tornando imensurável o número de possibilidades. Nesse sentido, de forma semelhante como qualquer usuário de maconha, ele passa por um processo de aprendizagem por meio do qual aprende a identificar os efeitos da substância que consome (BECKER, 2008), podendo inclusive compreender como agradáveis determinados efeitos que anteriormente identificava como não desejados.

Becker (2008), ao examinar os processos pelos quais as pessoas se tornam usuárias de maconha, associou as etapas relacionadas a “aprender a identificar os efeitos” e “aprender a gostar dos efeitos” como importantes para a manutenção do uso. Ainda que o autor restrinja suas análises ao uso por prazer, podemos estendê-la aos usuários medicinais, pois são processos associados à tomada de consciência sobre os efeitos da maconha e, dessa forma, mecanismos que permitem uma manipulação mais complexa de seus usos.

Em relação a “aprender a gostar dos efeitos”, Becker (2008) sinaliza que a percepção sobre os efeitos do consumo de maconha sobre o corpo não é necessariamente agradável,

¹¹ Palestra “Cannabis y Dolor Crónico”, ocorrida em março de 2019.

compreendendo que o prazer por essa experiência é socialmente adquirido, tal como o gosto por tomar uma determinada bebida, por exemplo. “O usuário sente-se tonto, sedento; seu corpo cabeludo formiga; ele avalia mal o tempo e as distâncias. Essas coisas são agradáveis? Ele não tem certeza” (BECKER, 2008, p. 62).

No caso dos usos medicinais, aprender a gostar dos efeitos pode não ser necessariamente um fator determinante, como nos casos dos usos por prazer acionados por Becker, mas o contrário pode ocorrer: é possível que o uso seja interrompido caso o paciente ache as sensações provocadas pelo consumo ruins ou danosas, ou compreenda que se sentir sob o efeito de cannabis seja moralmente reprovável.

É a partir da interação com usuários mais experientes que o novo usuário vai aprender a significar as sensações, a regular a quantidade com cuidado, a fim de evitar sensações desagradáveis e potencializar as que lhe agradam (BECKER, 2008). É com base nesses aprendizados que o usuário medicinal adquire a capacidade de manipular os efeitos da planta, uma vez que poderá decidir qual dosagem e quais variedades das plantas lhes fazem melhor em determinado momento do dia, por exemplo, aumentando as possibilidades de bem-estar.

Assim como Rebolledo (2020), identifico que o fato de pacientes e de pessoas próximas produzirem seu próprio medicamento constitui um fator-chave na concepção dessas pessoas como atores ativos dentro do processo terapêutico. Longe de negarem a importância do papel do médico, o que ocorre para esse autor é a apropriação do processo terapêutico por esses grupos, e uma delimitação do espaço de atuação dos profissionais à esfera consultiva e como recurso em eventos específicos.

Nesse sentido, considero que a Fundação Daya desenvolve não apenas um medicamento artesanal, acompanhado de um protocolo de uso, como um modelo sequencial de ações, um percurso terapêutico oferecido à pessoa que busca tratar uma determinada patologia, curá-la ou melhorar sua qualidade de vida ou de um familiar. Esse percurso, como me foi narrado nas entrevistas, é construído a partir do acúmulo das experiências anteriores, o que significa que é frequentemente atualizado, adaptado e pensado a partir das experiências apresentadas pelos pacientes e pelos resultados das pesquisas realizadas pela Fundação Daya, a partir dos casos clínicos e das parcerias com instituições de pesquisa e universidades.

6 Posicionamento do Colégio Chileno de Medicina e as Disputas Epistemológicas em Torno da Cannabis e seus Usos Medicinais

Apesar do exposto, o *Colégio Médico de Chile* compreende que não existem evidências suficientes que comprovem a existência de usos medicinais de cannabis e argumenta a necessidade de isolar-se os princípios ativos da planta para que seja produzido um medicamento. Tal posicionamento foi explicitado no “Documento de posición del Colegio Médico de Chile sobre el proyecto de ley que modifica el código sanitario para incorporar y regular el uso medicinal de productos derivados de cannabis”¹², publicado em junho de 2019, em relação à proposta da campanha Cultivo Seguro, mencionada anteriormente.

¹² Disponível em: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/06/documento_cultivo_seguro.pdf.

O documento é assinado por dois médicos psiquiatras e um sanitarista e, segundo exposto nos agradecimentos, recebeu apoio da Sociedad Chilena de Pediatría, Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y la Sociedad de Anestesiología de Chile.

Na opinião manifesta pelos autores, a lei chilena criminaliza apenas o cultivo com a finalidade de tráfico, sendo suficiente para viabilizar cultivos para usos pessoais de maneira geral. O documento critica a prescrição médica de produtos artesanais à base de cannabis, sob o argumento de que médicos não trabalham com esse tipo de formulação, sem concentrações conhecidas, e acrescenta ainda que, como “[...] a evidência científica não tem demonstrado de maneira convincente a utilidade clínica do uso de planta e seus componentes, a indicação da cannabis não estaria dentro de uma boa prática clínica” (DOCUMENTO..., 2019, p. 6, tradução nossa). Adiante, os autores são ainda mais enfáticos ao afirmarem que “[...] não há nenhuma utilidade clínica convincente da planta cannabis para nenhuma doença conhecida” (DOCUMENTO..., 2019, p. 24).

Para Rebolledo (2020), os movimentos de pacientes têm provocado nos círculos médicos um esforço em delinear os limites de seu campo de conhecimento, buscando instalar uma “autoridade epistêmica” no que diz respeito ao conhecimento sobre “o objeto cannabis”, no intuito de garantir o monopólio sobre o conhecimento terapêutico e fortalecer o papel tutelar do médico.

Entre as estratégias utilizadas pelo colegiado médico para manter seu poder hegemônico sobre a saúde, Rebolledo (2020, p. 89) destaca “um esforço ideológico e um estilo retórico” em estabelecer limites e distinguir suas atividades daquelas “não científicas”. Para o autor, “[...] tal abordagem implica uma forma de injustiça epistêmica e a negação dos pacientes [e pessoas próximas] como atores legítimos no campo dos saberes e práticas biomédicas” (REBOLLEDO, 2020, p. 89).

Em relação à disputa epistemológica, aponto que, além da medicina institucionalizada – que se esforça em manter seu monopólio e seu poder epistemológico sobre as drogas –, há também uma alternativa à medicina convencional sendo construída nesses espaços por meio de uma educação científica e política. Uma produção de conhecimento experiencial que, embora não seja credenciado, é refinado e direcionado às dúvidas mais frequentes, uma vez que é produzido coletivamente e por pessoas implicadas no processo.

O que se busca na Fundação Daya não é regulamentar um medicamento via vigilância sanitária a ser vendido nas farmácias, mas o reconhecimento do óleo vegetal como um produto terapêutico e a prescrição médica (de qualquer especialidade) como suficiente para a comprovação da finalidade do cultivo, evitando constrangimentos aos usuários medicinais e suas famílias e a interrupção de tratamentos devido a ações judiciais.

7 Considerações Finais

Pretendi, com este artigo, demonstrar como os usos medicinais de cannabis têm sido viabilizados no Chile a partir da experiência da Fundação Daya, por meio do associativismo terapêutico. As ações coletivas organizadas por ativistas, somadas à produção de evidências por especialistas (credenciados ou não) e pela organização desses grupos em associações canábicas, têm incentivado, nos últimos anos, o debate público acerca do tema não apenas no Chile e no Brasil, mas também em outros países, fazendo parte de um debate de proporções mundiais.

As mudanças ocasionadas por tais ações coletivas vão desde o acesso ao tratamento com cannabis, por meio da produção artesanal do medicamento, à abertura de um mercado formal para a indústria de medicamentos, anteriormente desinteressada no tema.

A falta de conhecimento credenciado e de pesquisas científicas que comprovem os benefícios medicinais em humanos, principal argumento das entidades médicas que se posicionam contra o uso medicinal de cannabis, é contraposta pelas evidências produzidas por ativistas organizados, inclusive no âmbito acadêmico, uma vez que associações como a Fundação Daya promovem possibilidades de pesquisa, antes interdidas por questões morais. Entre as parcerias com universidades já realizadas, destaco o trabalho junto ao curso de farmácia da Universidad de Valparaíso, que promove pesquisas sobre usos medicinais de quatro variedades de cannabis¹³.

A partir da análise realizada, foi elucidado o processo por meio do qual a cannabis tem sido transformada em medicamento no Chile. É importante sublinhar, ainda, que o modelo terapêutico desenvolvido pela Fundação Daya considera como parte da terapêutica aspectos distintos da medicina convencional, tendo uma concepção holística sobre o que é saúde, não considerando o saber médico como hegemônico nesse âmbito. Ao mesmo tempo que o conflito está explícito, em termos de disputas epistemológicas, tal concepção não se opõe ao saber médico, ao contrário, o inclui no plano terapêutico da instituição, no dever de acompanhar os pacientes que desejarem, mas sem ocupar lugar central em relação às tomadas de decisão, uma vez que esse lugar deve ser destinado aos indivíduos alvos do cuidado.

Essas propostas e ações têm potencial de resolver controvérsias políticas e médicas a partir do incentivo a pesquisas, debates públicos e educação política e científica dos atores e atrizes envolvidos, propondo práticas autônomas e coletivas de cuidado da saúde, em diálogo com as instituições existentes.

Agradecimentos

Agradeço à Dra. Karine Pessôa pela revisão do manuscrito e ao professor Dr. Mauro Campos pelas sugestões e pela orientação durante a pesquisa de doutorado que fomentou este artigo.

¹³ Outras parcerias foram mapeadas por meio de um levantamento realizado no *site* da Fundação em 2019, apresentado em Barbosa (2021, p. 136).

Referências

- ADIALA, Júlio Cesar. Uma nova toxicomania, o vício de fumar maconha. *In*: MACRAE, Edward; ALVES, Wagner Coutinho. **Fumo de Angola**: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 85-102.
- AKRICH, Madeleine; RABEHARISOA, Vololona. L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratiesanitaire. **Santé Publique**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 69-74, 2012.
- BARBOSA, Luciana. **Redes Canábicas no âmbito da saúde**: usos medicinais de maconha, mobilização social e produção de conhecimento. 2021. 231f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, RJ, 2021.
- BECKER, H. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BOITEUX, Luciana Rodrigues. **Controle penal sobre as drogas ilícitas**: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. 2006. 273f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BONINI, Sara Anna *et al.* *Cannabis sativa*: a comprehensive ethnopharmacological review of a medicinal plant with a long history. **Journal of ethnopharmacology**, [s.l.], v. 227, p. 300-315, 2018.
- BORKMAN, Thomasina. Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. **Social Service Review**, [s.l.], v. 50, n. 3, p. 445-456, 1976.
- CARNEIRO, Henrique. **Drogas**: a história do proibicionismo. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.
- CARNEIRO. **Amores e sonhos da flora**: afrodisíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia. São Paulo: Xamã, 2002.
- CEFAÏ, Daniel *et al.* (org.). **Arenas Públicas**: por uma etnografia da vida associativa. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2011.
- DEVIENNE, K. F.; RADDI, M. S. G.; POZZETI, G. L. Das plantas medicinais aos fitofármacos. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 6, 2004.
- DOCUMENTO de posición del Colegio Médico de Chile sobre el proyecto de ley que modifica el código sanitario para incorporar y regular el uso medicinal de productos derivados de cannabis. 2019. Disponível em: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/06/documento_cultivo_seguro.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.
- DUARTE, D. F. Uma Breve História do Ópio e dos Opioides. **Revista Brasileira Anestesiol**, [s.l.], 2005.
- EPSTEIN, Steven. The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. **Science, Technology, & Human Values**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 408-437, 1995.
- ESCOHOTADO, Antonio. **Historia General de las Drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
- FELDMAN, Harvey W.; MANDEL, Jerry. *Providing medical marijuana*: The importance of cannabis clubs. **Journal of Psychoactive Drugs**, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 179-186, 1998.
- FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de “drogas” no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. *In*: VENÂNCIO, R.; CARNEIRO, H. (org.). **Álcool e Drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda Editorial, 2005. p. 257-290.
- FIORE, Maurício. Escolhas morais e evidências científicas no debate sobre política de drogas. **Boletim de Análise Institucional**. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8879>. Acesso em: 22 nov. 2022

- GARCÍA, E.; SANCHÉZ, J. Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación as historical review among cannabis use and regulation. **Salud y Drogas**, [s.l.], v. 6, n. 1, 2006.
- HENMAN, Anthony Richard. A guerra às drogas é uma guerra etnocida. *In*: MCRAE, Edward; COUTINHO, Wagner (org.). **Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. Salvador: UFBA, 2016. p. 319-343.
- IBÁÑEZ, Marcelo. **Un viaje fantástico: breve história de la marihuana em Chile y el mundo**. Santiago: Editora Planeta Chilena S.A., 2018.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. **O Pensamento Selvagem**. São Paulo: Papyrus Editora, 1989.
- LIMA, Maria Angelica de Faria Domingues de; GILBERT, Ana Cristina Bohrer; HOROVITZ, Dafne DainGandelman. Redes de tratamento e as associações de pacientes com doenças raras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, p. 3.247-3.256, 2018.
- MCRAE, Edward. Cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. *In*: MCRAE, Edward; ALVES, Wagner (org.). **Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 23-58.
- MECHOULAM, Raphael; PARKER, Linda A. The endocannabinoid system and the brain. **Annu Rev. Psychol.**, [s.l.], v. 64, n. 1, p. 21-47, 2013.
- MOREIRA, Martha Cristina Nunes *et al.* Quando ser raro se torna um valor: o ativismo político por direitos das pessoas com doenças raras no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, p. e00058017, 2018.
- RABEHARISOA, V. Experience, Knowledge and Empowerment: The Increasing Role of Patient Organizations in Staging, Weighting and Circulating Experience and Knowledge. *In*: AKRICH, M.; NUNES, J. (org.). **The dynamics of patient organizations in Europe**. Presses des Mines via OpenEdition, 2013.
- RABEHARISOA, Vololona; MOREIRA, Tiago; AKRICH, Madeleine. Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society. **BioSocieties**, v. 9, p. 111-128, 2014.
- RABINOW, Paul. **Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow**. Relume Dumará. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- REBOLLEDO, Mauricio Becerra. Surgimiento de organizaciones de pacientes por el cannabis medicinal en Chile: delimitación del campo científico, monopolio de la enunciación e injusticia epistémica. **Temáticas**, Campinas, 2020.
- RUBIN, Vera. Introduction. *In*: RUBIN, Vera (org.). **Cannabis and Culture: World Anthropology**. Haia: Mouton, 1975. p. 1-10.
- STRAUSS, Anselm L. **Espelhos e máscaras: a busca de identidade**. São Paulo: Edusp, 1999.
- TORCATO, Carlos Eduardo. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. 371f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- VARGAS, Eduardo Viana. **Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas**. 2001. 600p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas ara uma genealogia das drogas. *In*: LABATE, B. *et al.* (org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-64.

Luciana Barbosa

Cientista Social, mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de São Carlos (2015) e doutora em Sociologia Política pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2021). Pós-Doc no Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UENF e membra do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Poder, Imagens e Representações (GEPPIR/UFF).

Endereço profissional: Av. Alberto Lamego, n. 2.000, Parque Califórnia, Campos dos Goytacazes, RJ. CEP: 28013-602.

E-mail: lucianadecamposbarbosa@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2460-6184>

Como referenciar este artigo:

BARBOSA, Luciana. “A cura começa no momento em que estou regando minhas sementes”: os medicamentos artesanais à base de Cannabis produzidos por pacientes da Fundação Daya – Chile. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85462, p. 89-111, janeiro de 2023.

Entre Eficácias e Riscos: controvérsias em torno da *Cannabis* no Brasil

Hellen Caetano¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil

Resumo

Em uma convergência entre Estudos Sociais das Ciências e Tecnologias e Antropologia da Saúde, sigo as controvérsias públicas que envolvem os procedimentos científicos e regulatórios com a *Cannabis* no Brasil, entre os anos de 2014-2019. Os diversos usos da *Cannabis* e seus derivados estão envoltos em controvérsias alimentadas por pesquisadores, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, associações, pacientes e por ativistas. A análise antropológica apresentada foi construída a partir de um trabalho de campo que privilegiou documentos, artigos científicos e conteúdos disponíveis em mídias digitais, traçando a participação desses atores no desenvolvimento científico e tecnológico no País. A escolha do recorte temporal diz respeito às próprias mudanças regulatórias significativas com substâncias derivadas da *Cannabis* a partir de 2014, tomando-as diante de seus lugares ambíguos como “drogas” e “medicamentos”. Evidencio a importância de cada ator na manutenção dessas controvérsias que estão em constante movimento, instabilidade e mutação.

Palavras-chave: *Cannabis*. Medicamentos. Controvérsias. Ciência e Tecnologia.

Between Efficacies and Risks: controversies surrounding *Cannabis* in Brazil

Abstract

In a convergence between Social Studies of Science and Technology and Health Anthropology, I follow the public controversies surrounding scientific and regulatory procedures with cannabis in Brazil, between the years 2014-2019. The various uses of *Cannabis* and its derivatives are shrouded in controversy that is fueled by researchers, the National Health Surveillance Agency, associations, patients, and activists. The anthropological analysis presented was built from a fieldwork that privileged documents, scientific articles and contents available in digital media, tracing the participation of these actors in the scientific and technological development in the country. The choice of the temporal cut-off concerns the significant regulatory changes with *Cannabis* derived substances themselves from 2014 onwards, taking them from their ambiguous places as “drugs” and “medicines”. I highlight the importance of each actor in maintaining these controversies that are in constant movement, instability, and mutation.

Keywords: *Cannabis*. Medicines. Controversies. Science and Technology.

Recebido em: 29/01/2022

Aceito em: 1º/06/2022



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/>

1 Introdução

A *Cannabis sativa* é uma planta que possui mais de 400 substâncias químicas, destacando seus 60 alcaloides, conhecidos atualmente na área biomédica como *canabinoides*. Entre estes, os mais conhecidos são o *delta-9-tetra-hidrocanabinol* (THC) e o *canabidiol* (CBD). O THC geralmente é associado aos efeitos psicoativos da planta, enquanto o CBD vem sendo relacionado ao seu uso terapêutico (CARLINI, 2010). A *Cannabis* foi objeto de diferentes discursos biomédicos, pois essa área sempre esteve próxima da discussão sobre “drogas” (FIORE, 2002), impactando diretamente nos entendimentos que temos sobre essa substância e seus derivados hoje em dia.

Nos últimos anos, famílias no Brasil que têm crianças com síndromes raras começaram a buscar conhecimento sobre o uso medicinal de *Cannabis* e seus componentes a partir da internet, principalmente no Facebook. O caso de Anny Fischer, de apenas cinco anos na época, ficou conhecido nacionalmente por meio da veiculação de sua história na revista *Superinteressante*¹ e no programa de televisão *Fantástico*². A menina possui uma síndrome chamada CDKL5, um tipo de doença rara que tem como principal característica o surgimento de convulsões nos primeiros meses de vida, decorrentes de um tipo de epilepsia refratária a medicamentos convencionais. A busca de Anny e de seus pais resultou em uma autorização para importação do *Canabidiol*, sendo eles os primeiros no Brasil a conseguirem isso. A veiculação dessa história contribuiu para que mais pedidos chegassem à Anvisa, fazendo com que outras medidas por parte da agência fossem sendo tomadas em relação à *Cannabis* e aos seus compostos.

O mundo social da *Cannabis* é perpassado por diferentes actantes, humanos e não humanos, tais como órgãos regulatórios, pesquisadores, médicos, pacientes e ativistas. O termo “actante” retira o peso da personificação dos envolvidos no processo, evidenciando a importância de considerar todos os elementos entremeados nas controvérsias. Para Michel Callon (2008), não é possível compreender a ação humana e a constituição do coletivo sem levar em consideração as materialidades e as tecnologias. Os artefatos, como a *Cannabis* e seus derivados, também atuam. Nos termos propostos por Claudia Fonseca (2019), esses elementos podem ser vistos como coconstrutores ativos, emaranhados em temporalidades de redes sociotécnicas em que a agência humana não é marginalizada e nem é central. O que busco demonstrar durante o texto é como esses actantes estão entremeados uns aos outros, ora confluindo, ora divergindo, acirrando e alimentando

¹ A matéria foi veiculada na edição de abril de 2014.

² A reportagem foi ao ar em 30 de março de 2014.

as controvérsias. Nesse passo, não só a agência humana aparece, mas também as das substâncias que estão a todo momento se reconfigurando, assumindo novas *performances*.

A partir de 2014, com a chegada e o aumento de pedidos de importação de substâncias presentes na *Cannabis* na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mudanças significativas foram sendo tecidas no campo científico, regulatório e social. No decorrer do texto, tomamos a criação desse mundo social vinculado estritamente às posições ambíguas ocupadas por essa substância como uma “droga” e um “medicamento”, dependendo do olhar de quem está falando sobre ela. Neste artigo, busco construir uma narrativa a partir da *Cannabis*³, descrevendo as controvérsias em torno dos procedimentos científicos e regulatórios com a substância no Brasil entre os anos de 2014 e 2019. Para isso, o trabalho de campo desenvolvido entre os anos de 2018 e 2019 se deu a partir da coleta e análise de diferentes tipos de dados, como fontes documentais (artigos científicos, matérias de jornais, notas e resoluções técnicas), *sites* (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Federal de Medicina, laboratórios e empresas farmacêuticas, associações de pacientes) e conteúdos disponíveis em plataformas digitais (vídeos no YouTube e postagens no Instagram).

Seguindo os escritos de Bruno Latour (2012), o intuito do uso dessas diferentes fontes se justifica para que seja possível mapear os diversos actantes – humanos e não humanos – ligados à controvérsia, permitindo visualizar as conexões e as associações formadas. As materialidades, desse modo, não existem de forma isolada, mas em relação com outras entidades (MOL; LAW, 1993). Como visto anteriormente, utilizo diferentes termos, como as noções êmicas de *Cannabis* e *maconha*. Esses termos serão usados de formas diferentes no decorrer do texto. O primeiro será utilizado quando me referir ao uso terapêutico, enquanto *maconha* será utilizada quando me referir ao uso “recreativo”. Essa separação foi percebida e reificada em meu campo de pesquisa por diferentes atores. Em alguns trechos, esses usos se confundem, e isso é proposital. O intuito é demonstrar como essas categorias são instáveis e mutáveis, assim como as controvérsias que as cercam.

Tommaso Venturini (2015), pesquisador na área dos Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias, define controvérsia como uma situação em que actantes acabam divergindo sobre uma questão. Tal controvérsia se estabeleceria quando esses actantes percebessem que não poderiam ignorar a presença um dos outros. Para o autor, mapear controvérsias contribui para que possamos destrinchar dinâmicas sociais, pois estas se mantêm a partir das relações entre diferentes entidades e ações. Essas controvérsias surgem e se mantêm em torno da *Cannabis*, considerando o lugar instável da substância como “droga” e “medicamento”, demonstrando como os procedimentos científicos contribuem ativamente para as tomadas de decisões regulatórias. O que intento mostrar no decorrer do artigo é que, na elaboração de fatos científicos (LATOURE, 2012) e regulatórios, usuários, tecnologias e instituições “fazem” a realidade juntos. O social se localizaria exatamente na junção entre diferentes actantes, evidenciando associações duradouras e/ou momentâneas, instabilidades e/ou redefinições. Quero, desse modo, sugerir que pensemos em fins abertos, visto que essas controvérsias podem se intensificar, repousar e nunca, de fato, cessar.

³ Algumas das discussões feitas neste artigo estão aprofundadas e detalhadas em minha dissertação de mestrado (CAETANO, 2021).

A seguir, construirei um breve panorama do debate sobre *maconha/Cannabis* no Brasil, evidenciando engajamentos e agenciamentos em torno do “fenômeno da maconha”, demonstrando alguns marcos temporais que nos auxiliam a compreender as ligações desses diferentes atores e controvérsias.

2 Os Diferentes Estatutos da *Cannabis*

Durante o século XIX e as primeiras décadas do século XX, a *maconha* foi amplamente utilizada em tratamentos medicinais (CARLINI, 2010). Porém, ainda no século XX, a substância passou a ser associada a doenças e perturbações mentais, sociais e morais, resultando em diferentes proibições em território brasileiro. Henrique Carneiro (2002) demonstra que a associação entre a *maconha* e a cultura e religiões negras, amplamente difundida, evidenciava como a política eugenista da época, vinculada aos discursos médico-sanitarista, identificou o hábito de fumar *maconha* como um risco à integridade física e também moral da sociedade, o que poderia acarretar inseguranças e perigos, devendo ser combatida. Esses discursos surgiram e se estabeleceram a partir de motivações políticas, construindo ordenações e normatizações na vida social (SAAD, 2010), contribuindo para que proibições em torno de substâncias e ações ocorressem, como no caso da *maconha*.

De acordo com Silvio Almeida (2019), a consolidação do racismo estrutural no Brasil contou com a forte participação das faculdades de medicina, além das escolas de direito e dos museus de história natural. A ciência, nesses termos, tem poder e privilégio no que diz respeito à produção de discursos de autoridade, dificilmente encontrando pessoas que estejam dispostas a contestar suas afirmações. Para Almeida, contrariando os ideais, a ciência, muitas vezes, acaba por aprofundar o racismo na sociedade, ao invés de contribuir com sua superação. A ciência tem um papel central e importante em nossas vidas cotidianas, incluindo, nesses parâmetros, suas práticas e tecnologias. A proibição da *maconha* e as limitações em torno do uso terapêutico atualmente são reflexos de um processo maior que teve cientistas, representantes políticos e institucionais como participantes e protagonistas.

No final do século XX e início do século XXI, ativistas e usuários passaram a se organizar em torno da busca da mudança do *status* legal da *maconha*, reivindicando sua descriminalização e legalização. Foi com o advento da internet que esses grupos puderam ter acesso mais facilitado às informações sobre tais substâncias. Além disso, a atuação de pais e pacientes em torno do uso terapêutico de substâncias derivadas da *Cannabis* também teve contribuição da internet, principalmente das redes sociais como o Facebook e atualmente a plataforma Instagram. Diferentes histórias sobre o uso de derivados de *Cannabis* no tratamento de diversas doenças foram amplamente divulgadas em grupos de ajuda mútua entre pacientes. Famílias no Brasil que tinham crianças com síndromes raras passaram também a ter mais informações e adquirir mais conhecimentos sobre os usos da *Cannabis* e seus componentes. Para Frossard e Dias (2016), a internet permite que doentes e seus familiares exponham suas experiências de adoecimento, troquem informações com outras pessoas que vivenciam experiências semelhantes e acabam compartilhando e produzindo conhecimento.

O documentário “Ilegal: a vida não espera”, com direção de Tarso Araújo e Raphael Erichsen, lançado em 2014, mostra a trajetória de pessoas em busca do acesso aos derivados da *maconha* para uso terapêutico. É nele que conhecemos mais profundamente a história da Família Fischer. É Katiele e Anny que ilustram o *banner* do filme e tal escolha foi calculada, visto que o objetivo era o próprio afastamento da figura do usuário de droga, em sua maioria negros e moradores de bairros periféricos. O diretor do filme evidencia que a escolha se instaura na ideia de que a família Fischer parecia aquelas retratadas em “comerciais de margarina”, sendo brancos, loiros e de classe média. A escolha da família Fischer como ilustração para aqueles que buscavam o uso terapêutico da *Cannabis* foi uma ação deliberada para chamar atenção para a causa (OLIVEIRA M., 2016).

O valor dela [da Katiele] era o fato de [ela] não ter conexões com esse mundo [o da maconha]. Era a capacidade dela de deslocar a maconha. As imagens dela precisavam ser veiculadas fora do gueto canábico, vamos dizer assim. Fora desse gueto do ativismo. Ela falava [superbem] e tinha essa coisa de uma família de um comercial de margarina. (ARÁUJO, 2016 *apud* OLIVEIRA M., 2016, p. 145)

Outro ponto refletido pelo documentário é como os diferentes usos e estatutos dessas substâncias estão em constante associação, dissociação e tensão. Azize e Silva (2015), numa análise antropológica sobre o filme, destacam que o documentário teve como principal intuito a sensibilização pública do uso terapêutico, buscando instaurar uma distinção entre as figuras de pacientes/usuários/traficantes e dos usos medicinais/recreativos. Esse ponto também pode ser evidenciado no trabalho de Oliveira F. (2016) sobre os “maconheirinhos” e o ativismo de pacientes e seus familiares em torno do *canabidiol*, visto que, no início do processo de regulamentação desse derivado da *Cannabis*, as famílias e os ativistas tentaram desassociar a *maconha* do *canabidiol*. A autora mostra que a ênfase dada ao *canabidiol* como um componente não psicoativo da *Cannabis* garantia a essa substância uma espécie de construção social do lugar de “mocinho” da *maconha*. A moralização não só dos usos, mas também das substâncias, acaba acirrando ainda mais as controvérsias em torno desses compostos.

O ativismo terapêutico em torno da *Cannabis* é composto majoritariamente de familiares e pacientes que fazem uso de alguma ou de várias substâncias derivadas, tendo como principal intuito a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Vale ressaltar que a ideia de qualidade de vida não tem definição fixa, assumindo diferentes sentidos associados a cada pessoa e contexto. Tal uso se vincula, na maioria das vezes, às doenças debilitantes, como epilepsias refratárias, dores crônicas e Alzheimer. Essas famílias e pacientes transitam entre as esferas da legalidade e da ilegalidade, buscando formas diversas de manejar a dor e o sofrimento vivenciado em seus cotidianos. No caso do uso terapêutico de *Cannabis*, existe certa inversão na lógica hegemônica e hierárquica entre os saberes. Ao passo que o campo biomédico se instala em uma aura de prestígio e como produtores de verdades, o ativismo político em torno de uma substância ambígua – ora vista como “droga”, ora como “medicamento” – coloca os pais e pacientes como protagonistas. São eles que desenvolvem *expertises* para lidar e manejar os componentes terapêuticos derivados da *Cannabis*, como tipos específicos de uso, tabelas, dosagens e experimentações diversas.

A relação entre ciência, biomedicina, *maconha/Cannabis* é perpassada por saberes médicos, tecnologias de governo, substâncias, regulamentações e ativismos. Vimos até aqui que a *Cannabis/maconha* foi utilizada em diferentes práticas terapêuticas e religiosas. No século XX, os discursos e representações foram se construindo em torno de olhares toxicológicos, associando a substância e seus derivados a perturbações mentais, físicas e perigosas ao convívio social. Vamos discorrer, a seguir, sobre os dados recolhidos durante a pesquisa de campo, focalizando os artigos científicos publicados em periódicos de saúde por profissionais brasileiros sobre *Cannabis/maconha*. Nosso intuito é mostrar como tais substâncias vêm sendo tratadas, ressaltando como os entendimentos acerca delas são mutáveis e instáveis.

3 A “rede científica”

Bruno Latour é um filósofo e antropólogo francês, considerado atualmente um dos principais expoentes dos chamados Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias. Para Latour (2000), o adjetivo “científico” não deve ser atribuído a textos isolados que podem se opor à opinião da maioria. Um documento se constitui como científico quando suas afirmações deixam de ser isoladas. Nos artigos analisados durante a pesquisa de campo, as substâncias e compostos de *Cannabis/maconha* são discutidos de maneiras diferentes, nos permitindo visualizar lógicas e construções diferentes de pensamento.

Ao todo, nos debruçamos sobre 132 artigos científicos distribuídos em periódicos de saúde nacionais e internacionais, escritos por profissionais de diferentes especialidades da biomedicina, publicados entre os anos de 2014-2019. Foram escolhidos para fazer parte do volume de dados os artigos disponíveis em bibliotecas virtuais como Scielo (36), PubMed (47) e Capes Periódicos (49). A controvérsia pública em torno dos lugares controversos ocupados pela *Cannabis/maconha* como “droga” e “medicamento” também parece impactar na produção de conhecimento sobre tais substâncias. Em nossa análise dos dados, os artigos científicos consultados se separaram de duas maneiras distintas: 55 deles discutiam o uso de *maconha* como uma “droga”, enquanto os outros 77 discutiam seu potencial terapêutico, principalmente do *canabidiol*. São poucos os trabalhos que, em alguma medida, conseguem perpassar os dois tipos de uso.

Ao analisar os artigos científicos, percebemos que as tecnologias e os materiais podem apontar para direções diferentes. Amade M’Charek (2013) argumenta que, para desvendar como os objetos são representados em práticas, devemos compreender como eles podem vir em muitas versões. Os *canabinoides* são compostos químicos ativos produzidos pela *Cannabis*, os encontrados nas plantas, por exemplo, podem ser chamados de *fitocannabinoides*. Entre eles, os mais conhecidos atualmente são o *THC* e o *Canabidiol*. Outros se encaixam como substâncias sintéticas produzidas artificialmente em laboratórios, como o *Dronabinol (Tetraidrocanabinol)*. Por último, temos substâncias semissintéticas, como o *Nabilona*, um análogo semissintético do *THC*, que são produzidos a partir de drogas naturais, mas passam por alterações químicas em laboratório, como a adição de outros componentes. Em nossa análise, outros *canabinoides* foram citados, como *Canabinol (CBN)* e *Canabidivarina (CBDV)*. Cada um deles é descrito de uma maneira diferente,

ora sendo vistos como parte da *Cannabis*, ora sendo descritos como substâncias em si mesmas, alheias à *Cannabis*. Todas elas, como actantes, se entremeiam em discussões sobre possíveis *eficácias* que precisam ser comprovadas e *riscos* que precisam ser previstos.

A ideia de *risco* na biomedicina é, de uma forma clara, uma previsão lógica de um evento específico. A *eficácia* residiria na capacidade do medicamento de produzir o resultado esperado, enquanto a *segurança* estaria vinculada aos tipos e às probabilidades de efeitos adversos provenientes do uso a curto, médio e longo prazo. São os saberes biomédicos que, num consenso geral, seriam responsáveis por manusear o conhecimento sobre os manejos e *riscos* de substâncias lícitas ou ilícitas para a população em geral. O caso da fosfoetanolamina sintética (FS) ou a pílula do câncer foi etnografado por Rosana Castro e Rafael Almeida (2017) e ilustra como a categoria de *risco* é mobilizada de maneiras distintas por diferentes atores envolvidos na controvérsia. Os autores mostram que primeiramente o *risco* é acionado pelos representantes do Estado, relacionado à possibilidade de expor pacientes oncológicos a uma terapia que não passou por um processo de regulamentação sanitária em território brasileiro. Castro e Almeida (2017) mostram também como, por outro lado, a categoria de *risco* é mobilizada por cientistas e pacientes que se mobilizam em torno da FS, colocando o risco como um fator que é ensejado pelo próprio Estado. O que os autores problematizam é como esses agenciamentos do *risco* do uso dessa substância, a fosfoetanolamina sintética, sustentam posicionamentos diferentes no desenvolvimento de um medicamento no Brasil, principalmente quando levamos em conta os procedimentos científicos e regulatórios envolvidos na questão.

Nos artigos consultados, a *maconha* é retratada como uma substância que pode ser utilizada de diferentes maneiras, como inalação, na preparação de alimentos e em cerimônias religiosas. É válido ressaltar que, quando se fala sobre *maconha*, há uma ênfase em seus efeitos psicoativos. Essa ênfase é acompanhada de alertas e precauções sobre os *riscos* e malefícios dos usos dessa substância. O uso da palavra *maconha* e de suas variações, como *marijuana*, é feito, na maioria das vezes, nos artigos que tratam de tais substâncias como “droga”. Os *cigarros de maconha*, por exemplo, são descritos como perigosos para a saúde física, mental e social, principalmente quando associados ao uso entre crianças e adolescentes, ressaltando a ideia de vulnerabilidade desse público. Em um trecho do artigo de Fischer *et al.* (2019), é possível ver isso mais claramente.

O início precoce do uso de Cannabis (isto é, mais especificamente o uso que se inicia antes dos 16 anos) está associado a múltiplos efeitos adversos tanto de saúde quanto sociais na vida adulta jovem. Esses efeitos são particularmente pronunciados entre usuários de início precoce que também adotam um padrão de consumo intensivo e frequente. (FISCHER *et al.*, 2019, p. 552)

Como dito anteriormente, a categoria de *risco* na biomedicina se baseia na probabilidade de danos *versus* a magnitude de suas possíveis consequências. Nos artigos científicos consultados, os malefícios do uso recorrente de *maconha* foram associados a uma piora de doenças prévias como esquizofrenia e epilepsia, bem como a uma associação a atividades ilícitas. A gestão desse *risco* se daria na prevenção ou abstinência do uso. A associação de *maconha* com outras drogas também é vista nesses artigos como um fator de *risco*. As principais substâncias associadas foram cocaína, tabaco/nicotina e álcool, vistas muitas vezes de forma negativa pelo processo de desvinculação de seu sentido

farmacológico original (FIORE, 2002). Para Eduardo Vargas (2000), o consumo não medicamentoso de substâncias consideradas como “drogas” é combatido em nome da saúde dos corpos, enquanto o uso medicamentoso de substâncias vistas como “fármacos” é incitado a todo tempo. A *Cannabis/maconha*, desse modo, se constrói como um actante entremeado em um consumo de substâncias que ora é autorizado, ora é visto sobre um prisma negativo. Um de seus usos é moralmente qualificado, enquanto o outro é a todo momento desqualificado.

O *Delta-9-Tetrahidrocannabinol (THC)* é conhecido, na maioria das vezes, pela sua associação aos efeitos psicoativos da *maconha*. Em um entendimento nem sempre compartilhado, seria no uso chamado de “recreativo” que as pessoas que fazem a utilização buscariam os efeitos que esse composto pode trazer. Nos artigos publicados e consultados, tanto o uso terapêutico quanto o uso “recreativo” aparecem, sendo este último o mais associado ao *THC*. As substâncias psicotomiméticas são aquelas que provocam efeitos mentais e psíquicos semelhantes aos sintomas da psicose, geralmente modificando percepções, pensamentos, humor e ações. Os efeitos psicotomiméticos do *THC* foram descritos nos artigos como perigosos, dando ênfase à necessidade de um olhar mais próximo e cauteloso ao seu uso, principalmente a médio e longo prazo. Esse composto também apareceu relacionado a outras drogas psicotrópicas, como álcool, anoxerígenos e cocaína. Nesse ponto, vale ressaltar que, em alguns casos, não era o nome *Cannabis* ou *maconha* que aparecia associado a essas substâncias, mas sim de *THC*, como uma substância em si mesma. No que trata do uso terapêutico, este vem relacionado ao tratamento de náuseas e vômitos causados pelo processo de quimioterapia, espasticidade decorrente da Esclerose Múltipla e também no tratamento de dores crônicas. Ao discutirem os possíveis efeitos de *canabinoides* na Neurologia, Brucki *et al.* (2015) argumentam que o *THC* pode ser uma opção eficaz no tratamento da Esclerose Múltipla, enfatizando a necessidade de que mais pesquisas sejam realizadas, com o intuito de atestar a *eficácia* e a *segurança* do composto a longo prazo.

O extrato de *Cannabis* oral e o *THC* também se mostrou eficaz apenas nas escalas de auto avaliação no uso por até 15 semanas, porém, após um ano os resultados indicaram uma melhora também nas escalas objetivas de mensuração da espasticidade. Estes resultados sugerem que esta opção terapêutica pode ser considerada nos pacientes com EM, embora faltem estudos de segurança com uso por longos períodos. (BRUCKI *et al.*, 2015, p. 372)

Os benefícios do uso de *Cannabis* estão relacionados a medidas terapêuticas referentes a diferentes tipos de adoecimentos. O *Canabidiol*, por sua vez, é visto como o composto mais promissor, sendo seu uso terapêutico associado a sintomas decorrentes da esquizofrenia, doença de Parkinson e epilepsias, principalmente as de difícil controle que não respondem a medicações convencionais. Oliveira F. (2016) demonstrou que o óleo rico em *canabidiol* se configurou como uma tecnologia terapêutica que se materializava em torno da esperança de amenizar os sintomas crônicos decorrentes de epilepsias de difícil controle, principalmente em crianças. No trecho a seguir, tal potencial promissor fica ainda mais evidente:

Enfatizamos que o canabidiol terá aplicabilidade dentro do cenário das epilepsias intratáveis, de difícil controle, possivelmente com excelente

resposta em alguns casos, razoável resposta em outros e nenhuma resposta em alguns, como observado com o uso de outros fármacos. (BRUCKI *et al.*, 2015, p. 3)

O *Canabidiol* tem se sobressaído nos artigos consultados neste trabalho, visto que muitos pesquisadores têm enfatizado os poucos efeitos adversos percebidos pelo uso do composto, tornando-se uma opção viável no tratamento de diferentes doenças. Os benefícios do uso do composto são descritos como anticonvulsivos, neurológicos e antipsicóticos. Para Almeida e Souza (2018, p. 785, tradução nossa), o “[...] canabidiol parece ser o canabinoide mais promissor no tratamento da esquizofrenia. A primeira evidência dos efeitos antipsicóticos do canabidiol vieram de um estudo de caso”⁴. Muitos outros autores enfatizam ainda a necessidade de mais pesquisas sobre os efeitos do composto em outras doenças, além da epilepsia, com o intuito de sustentar sua *eficácia e segurança*.

Além de serem os compostos mais conhecidos atualmente, o *THC* e o *Canabidiol* foram os *canabinoides* mais discutidos na produção científica consultada. Os artigos que discutem os usos terapêuticos do *Canabidiol* vêm sempre acompanhados de uma frase, que pode sofrer algumas alterações, mas que sempre aparece no texto: “Canabidiol, o composto não-psicotomimético da *Cannabis*”. A ênfase dada parece buscar afastar esse derivado de qualquer aproximação com usos vistos como menos qualificados ou não aceitos moralmente. O *THC*, nesse sentido, é considerado um composto psicotomimético e, até nos casos que ressaltam algum valor terapêutico, há diferentes ênfases e alertas sobre o seu uso. Antônio Zuardi, um dos pesquisadores mais antigos e proeminentes sobre o *canabidiol* no Brasil, bem como um dos que mais publicaram entre os anos de 2014-2019 sobre o tema, em entrevista ao Correio Braziliense em 2012 ressaltou que:

[...] o THC é visto como um componente psicotomimético, ou seja, produz sintomas semelhantes aos observados na psicose. O THC em doses elevadas produz esses sintomas, mas o mesmo não ocorre com o canabidiol. Por isso, ele é considerado não psicotomimético, disse⁵. (CORREIO BRAZILIENSE, 2012, p. 1)

Os olhares negativos construídos em torno da *maconha* como uma “droga” recaem fortemente no *THC*, seja na associação do composto a primeira, seja como um componente isolado. Nos artigos científicos, é comum o realce no *THC* como o responsável pelos efeitos negativos – e, nessa linha, perigosos – enquanto o *Canabidiol* não causaria tais efeitos, por isso, deveria ser mais pesquisado e seu uso mais difundido. Santos *et al.* (2015), por exemplo, discutem a associação entre *fitocannabinoides* e a epilepsia, enfatizando que o *canabidiol* não tem a psicoatividade do *THC*. A comparação entre os dois componentes é enfatizada constantemente, mesmo se considerarmos que existem tantas outras substâncias presentes na *Cannabis*, causando efeitos parecidos ou totalmente diferentes. Ao olhar e considerar a composição química da *Cannabis*, apesar de esses dois elementos

⁴ No original: “Cannabidiol seems to be the most promising cannabinoid in schizophrenia treatment. The first evidence of the antipsychotic effects of cannabidiol came from a case study” (ALMEIDA; SOUZA, 2018, p. 729).

⁵ Para ter acesso à entrevista completa, acessar: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2012/12/24/interna_ciencia_saude,340878/substancia-presente-na-maconha-pode-amenizar-sintomas-da-esquizofrenia.shtml. Acesso em: 2 jan. 2022.

serem majoritários, o *Canabidiol* acaba se construindo como um “mocinho”, enquanto o *THC* é descrito, na maioria das vezes, como um vilão (OLIVEIRA F., 2016). Eduardo Vargas (2006) argumenta que não são as drogas que definem os crimes, nem mesmo os medicamentos que definem a medicina: as drogas supõem os crimes, assim como os medicamentos supõem a medicina. Desse modo, deveríamos qualificar os modos de vida e de morte que substâncias, assim como medicamentos e drogas, agenciam. Supor lugares de bom/ruim, mocinho/vilão, ao invés de contribuir, só obscurece as diversas questões que permeiam o debate sobre os usos de *Cannabis/maconha*.

4 A “rede regulatória”

Os procedimentos regulatórios no Brasil são acompanhados por instâncias reguladoras que determinam como os profissionais e a sociedade em geral devem lidar com substâncias diversas. No caso da *Cannabis/maconha*, isso se torna ainda mais complexo, visto o lugar ambíguo ocupado por esse actante como “droga” e “medicamento”. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) se caracteriza como uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com prazo de duração indeterminado e devendo atuar em todo território nacional. Sua finalidade é a de promover a proteção da saúde, a partir do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e de serviços que devem ser submetidos à vigilância sanitária, bem como ambientes, processos, insumos, tecnologias, controle de portos, aeroportos e fronteiras. Desse modo, é responsabilidade da agência o controle regulatório sobre substâncias farmacêuticas e similares.

A categoria de *risco* parece vinculada ao próprio papel da Anvisa como um agente e instituição sanitária. Essa categoria operatória, no que diz respeito ao campo de pesquisa, assumiu diferentes sentidos a partir de cada contexto, modificando-se e adquirindo novas roupagens. Para Rosana Castro (2012), os riscos infligem em vias e em possibilidades de ocorrência que são diversificadas e que acabam remetendo a situações de relações com pessoas, objetos e/ou práticas, de maneiras diferentes e abrangentes. Nesse ponto, a atuação da Anvisa perpassa a categoria de *risco* e é afetada por ela. Para aferir *riscos* e basear suas decisões (BRASIL, 1999), a Anvisa segue protocolos de discussão e tomadas de decisão. Desse modo, sua atuação está em garantir que os produtos sejam *eficazes* e *seguros* (CASTRO, 2012).

Em 2014, Anny Fischer e sua família entraram com um pedido de importação do óleo de *Cannabis* rico em *canabidiol* na Anvisa. A Anvisa mantém diferentes listas de substâncias sujeitas a controle especial, que seriam aquelas que agem no sistema nervoso central e que estão descritas na Portaria n. 344/98, passando por atualizações periódicas. O *Canabidiol*, apesar de não estar descrito em nenhuma das listas de substâncias sujeitas a controle especial da agência, era proibido por ser derivado da *Cannabis*, que se encontrava, na época, na lista F1 (substâncias proibidas), ou seja, era proibido por uma associação a essa substância. A primeira reunião pública para discutir o uso medicinal de *canabidiol* aconteceu em maio de 2014 e abordou a reclassificação do composto, após inúmeros pedidos de importação chegarem à agência⁶. Tratando especificamente da reclassificação e

⁶ Sobre os pedidos de importação de produtos à base de Canabidiol que chegaram à Anvisa, ver Motta (2019).

regulamentação do *Canabidiol*, Oliveira M. (2016) chama atenção para duas características: ao passo que se reconhece a existência do *Canabidiol* e do seu potencial terapêutico, este último passa a ser analisado sob condições específicas, constantemente atrelado ao apelo das famílias e de pacientes, principalmente crianças, que tinham sintomas de difícil controle com medicações convencionais. Oliveira M. (2016) enfatiza que, se considerar o uso ilegal, havia a possibilidade do uso da substância no tratamento de diferentes enfermidades, mas que, ao ser regulamentado, também se ergueriam barreiras e restrições em torno não só do uso, mas do acesso e de suas dosagens. Assim, a autora mostra que a todo momento as substâncias derivadas da *Cannabis*, como o *Canabidiol*, evidenciavam os limites incertos e complexos entre legalidade e ilegalidade.

Essa primeira reunião sobre o *Canabidiol* teve participação dos diretores da Anvisa, outros trabalhadores vinculados à instituição e também representantes ativistas. As decisões são tomadas pela Diretoria Colegiada (DICOL), que tem como objetivo tomar decisões seguras e ágeis, considerando também o parecer da área técnica da agência, mesmo que nem sempre a concordância entre eles exista. O relator desse processo⁷ foi o diretor Renato Alencar Porto que, em sua fala, mostrou a avaliação técnica feita pela agência, enfatizando que, até a data da reunião, não existiam produtos que fossem inteiramente de *Canabidiol*, tendo a presença e resquícios de outros *canabinoides*, entre eles, o *THC*. O diretor ressaltou ainda que não existia nenhum pedido de autorização ou de registro de qualquer medicamento que tivesse como base tal substância. Afirmando seu voto contrário à reclassificação, Renato Porto enfatizou as relações do composto com os outros *canabinoides* presentes na *Cannabis*. Para ele, deveríamos reconhecer sim os estudos que mostravam que o composto não causava efeitos psicoativos, mas que também deveria ser levado em consideração que nenhum produto importado – geralmente dos Estados Unidos, onde eram vendidos como suplementos alimentares – era 100% *canabidiol*. O argumento central de sua oposição à reclassificação era a possível presença de *THC*, composto responsável pelos efeitos psicoativos da *Cannabis*, que poderia ocasionar *riscos* e até dependência. Para o relator, antes de uma aprovação e reclassificação pela agência, deveriam ser feitos mais estudos que pudessem comprovar a *eficácia* e *segurança* do uso medicinal de *Canabidiol*, principalmente relacionado a epilepsias de difícil controle.

Na reunião de maio de 2014, a Diretoria Colegiada optou por não reclassificar o *Canabidiol*, com base na ideia de uma *eficácia* inócua do composto, além de sua vinculação com outros compostos, principalmente com o *THC*, visto que existiam até então poucos estudos que pudessem atestar a *segurança* de um uso prolongado dessas substâncias. A fala não só de Renato Porto, mas de outros diretores, como Dirceu Barbano, foi no sentido de evidenciar que o que estava sendo discutido era a reclassificação de um dos compostos da *Cannabis* e não da *maconha* em si. Além disso, os argumentos giraram em torno de não existir comprovação científica suficiente que sustentasse os efeitos terapêuticos do *Canabidiol* ou de qualquer outro composto vinculado à *Cannabis*. Oliveira F. (2016), em sua análise da reclassificação, argumenta que houve um esforço por parte da Anvisa no sentido de mostrar que o *Canabidiol* não era nem psicotrópico, nem entorpecente, distanciando-o, assim, da *maconha* usada de forma “recreativa” e também do *THC*.

⁷ Processo de número 25351.736195/2013-55.

Esse esforço se materializa ainda nas práticas e nos discursos de ativistas, visto que muitos enfatizavam a importância de “separar” o *Canabidiol* da *maconha* em si, mencionando inclusive apenas o “*canabidiol*” ou “*CBD*”. Vale lembrar que em 2014 estávamos prestes a vivenciar uma eleição presidencial e estadual no território brasileiro e, por essa razão, muito foi falado da pressão política que uma decisão favorável à reclassificação de um composto da *Cannabis* poderia causar. Jaime César Oliveira, outro diretor, pediu vistas do processo. “Pedir vistas” fazia com que o processo ao invés de ser dado como concluído, voltasse posteriormente à discussão. A decisão pela não reclassificação pegou ativistas de surpresa, visto que as declarações anteriores dadas por membros da Anvisa eram positivas. Norberto Fischer, pai de Anny, diz que Jaime foi um tipo de “salvador”, pois, se não tivesse pedido vistas, a retomada da discussão teria sido mais difícil.

Tudo até então indicava que seria positivo. Eu fiquei surpreso. Foram dois votos e o do Barbado foi pra negar. E, depois, do relator do processo, um rapaz mais novo, que não me lembro, foi aí que o Jaime interrompeu e pediu vistas. Foi o que salvou. Porque, se fosse negado ali, a dificuldade que a gente teria depois de conseguir reclassificar seria infinitamente maior. Então, nosso salvador à época, foi o Jaime. (FISCHER, 2016 *apud* OLIVEIRA M., 2016, p. 184)

A discussão só foi retomada de fato na Reunião Ordinária Pública da Diretoria Colegiada de 14 de janeiro de 2015. O diretor-presidente na época era Jaime Cesar Oliveira que iniciou a pauta dizendo que as vistas sobre o processo anterior foram feitas a partir das dúvidas levantadas sobre a suposta inocuidade ou inutilidade da reclassificação do *Canabidiol*, do grau de evidências a respeito de sua *eficácia* farmacológica e de sua adequação proposta pela área técnica para a reclassificação para a lista C1 (substâncias sujeitas a controle especial). Jaime informa que as providências foram tomadas pela área técnica, pautando-se em artigos científicos de áreas especializadas. Nessa reunião, mais uma vez o *Canabidiol* foi associado aos *riscos* de associações com outros *canabinoides* que poderiam estar nos produtos importados, sobretudo o *THC*. O principal argumento da área técnica era de que o *Canabidiol* não causava os efeitos “comuns” da *maconha* e do *THC*, pois não produzia dependência ou mudanças de comportamento.

Na reunião de janeiro de 2015, a reclassificação do *Canabidiol* da lista F1 (substâncias proibidas) para a lista C1 (substâncias sujeitas a controle especial) foi aprovada por unanimidade, resultando em uma resolução específica para tratar de sua importação. Os diretores basearam seus votos no relatório produzido pela área técnica da Anvisa, que reuniu evidências e testes com o *canabidiol* que demonstravam seu potencial terapêutico, apesar de não comprovarem sua *eficácia* e *segurança* a longo prazo. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 17/2015 definiu critérios e procedimentos para a importação em caráter excepcional de produtos com base de *canabidiol* em associação a outros *canabinoides* para uso medicinal quando a concentração máxima de *THC* fosse de conhecimento da Anvisa. Para muitos dos ativistas em torno da causa, esse foi um passo importante, visto que tirava o estigma de “proibição” do *canabidiol*. Durante a reunião, Katiele Fischer enfatiza que “[...] o fato de estar na lista de proibidos passa uma sensação de que é algo ruim, que não é legal” (1ª Reunião da Dicol, 2015). Foi possível constatar ainda a contínua dissociação do que foi decidido com outras discussões relacionadas ao uso de *Cannabis/maconha*. Tal ponto fica ilustrado na fala do diretor Jaime Oliveira, após a reunião:

É um dia muito importante é [...] porque a gente coloca dentro dos trilhos de uma discussão técnica e científica um assunto que muitas vezes vem contaminado por outras questões dentro da sociedade. É um dia importante também porque ficou claramente esclarecido durante a reunião que esse assunto, ele não pode ser extrapolado para outras discussões que existem em relação ao uso da Cannabis. (Oliveira, 1ª Reunião da Dicol, 2015)

4.1 “A Anvisa vai poder fiscalizar com mais precisão, com mais técnica, com mais ciência”

Durante os anos, outras pequenas medidas e mudanças foram ocorrendo no que diz respeito às demandas regulatórias com as substâncias derivadas de *Cannabis* e também em estudos científicos. Para os fins deste artigo, focalizarei duas reuniões que aconteceram em 2019 e as mudanças significativas que surgiram a partir disso. A 23ª Reunião da Diretoria Colegiada foi realizada em 15 de outubro de 2019. Nela, discutiam-se duas propostas de resolução, sendo: 1) Sobre requisitos técnicos e administrativos para o cultivo de *Cannabis* para fins medicinais e científicos; 2) Registro e monitoramento de medicamentos à base de *Cannabis*, bem como seus derivados e análogos sintéticos. As duas resultaram em duas Consultas Públicas. A primeira Consulta Pública n. 654/2019 referia-se ao registro e monitoramento de medicamentos à base de *Cannabis*, a segunda de n. 655/2019 mensurava as opiniões acerca da proposta de requisitos técnicos e administrativos do cultivo para fins medicinais e científicos. Ambas foram feitas pelo FormSUS, um serviço do DATASUS que possibilita a criação de formulários para atividades de interesse público. As consultas ficaram disponíveis por 60 dias, e os Relatórios de Análise de Participação Social foram apresentados e discutidos durante a reunião.

A maior parte das opiniões públicas expressadas nas consultas foram favoráveis às propostas de resoluções⁸, ressaltando como pontos positivos: desenvolvimento de novos medicamentos; ampliação de pesquisas com as substâncias derivadas de *Cannabis*; crescimento econômico; aumento da qualidade e quantidade de produtos disponíveis; entre outros. Como pontos negativos, foram colocados: não contemplava o processo de cultivo por pessoas físicas; favorecimento da criminalidade; *riscos* à saúde pública; entre outros. Apesar de a maior parte das manifestações ser favorável, tanto dos diretores da Anvisa como de ativistas durante a reunião e dos respondentes das Consultas Públicas, foram pedidas vistas dos dois processos⁹.

Foi só na 29ª Reunião da Diretoria Colegiada, realizada em 3 de dezembro de 2019, que as propostas de resolução voltaram a ser debatidas e ocorreu a votação. No fim, a Diretoria optou por não regulamentar a resolução sobre cultivo para fins medicinais e científicos, aprovando apenas aquela de registro e monitoramento de produtos de *Cannabis*, originando a Resolução¹⁰ da Diretoria Colegiada n. 327/2019. Vale salientar que a nomenclatura do texto final enquadra as substâncias como *produtos de Cannabis* e não

⁸ Para uma análise detalhada das reuniões e consultas da Anvisa, ver Caetano (2021).

⁹ O pedido de vista da proposta de cultivo foi feito pelo diretor Antonio Barra Torres, atualmente diretor-presidente da agência e o pedido de vista sobre registro e monitoramento foi feito pelo diretor Fernando Mendes Garcia Neto.

¹⁰ Tive acesso ao Processo número 25351.421833/2017-76 que deu origem à RDC 327/2019 via Lei de Acesso à Informação pelo portal da Anvisa.

como medicamentos. Apesar de seguirem diretrizes e resoluções sobre medicamentos, tais produtos não são considerados medicamentos de fato pela agência, o que impacta diretamente em sua circulação, produção e comercialização. As pessoas jurídicas que conseguirem Autorização Sanitária (AS) devem cumprir diversos pontos para chegar ao pedido de registro de seu produto como medicamento de fato. De acordo com a RDC 327/2019, o prazo de autorização é de cinco anos e, até o vencimento, a empresa solicitante deve garantir a *qualidade* e a *segurança* dos produtos de *Cannabis* para consolidá-los como medicamentos de acordo com os parâmetros da agência. Além disso, nos rótulos desses produtos devem constar três frases: “Produto à base de *Cannabis*”; “Este produto não possui eficácia e segurança avaliada pela Anvisa”; “Este produto deve ser usado somente conforme orientação médica”. O artigo 74º da RDC 327 prevê que os produtos de *Cannabis* que não se adequarem à categoria de medicamentos no prazo estipulado pela Anvisa terão sua Autorização Sanitária cancelada. Eles devem, desse modo, seguir estratégias de pesquisa para conseguir comprovar a *eficácia* e a *segurança* dos produtos e suas composições. Para William Dib, relator das duas propostas de resolução e diretor-presidente na época,

O importante hoje é poder comemorar que as pessoas vão ter acesso. A classe médica vai ter acesso, vai poder receitar. O doente vai poder comprar e a Anvisa vai poder fiscalizar com mais precisão, com mais técnica, com mais ciência. [...] O controle sanitário é fundamental porque nós estamos numa fase experimental do produto, nós precisamos acompanhar todos os efeitos, todos os efeitos adversos, tudo que acontece de bom e de ruim. (Dib, 29ª Reunião da Dicol, 2019)

O estatuto não medicamentoso dos produtos de *Cannabis* levanta questões relevantes sobre como se configura um medicamento dentro de um contexto regulatório. Pensando nos inúmeros enquadramentos possíveis dados a substâncias pela Anvisa atualmente (medicamento off-label, medicamento específico, medicamento genérico, entre outros), vemos como a *Cannabis* e sua ambiguidade, como uma “droga” e um “medicamento”, acabam fugindo dessa denominação, acarretando um enquadramento e a resolução específica para seu tratamento regulatório, demonstrando que a circulação desse actante é cercada por instabilidades e mutabilidades. A tensão entre os usos das substâncias esteve presente em todos os momentos da regulamentação, de diferentes maneiras. Configurações do que seriam usos legítimos e ilegítimos veiculam também novas estratégias de lidar com os compostos derivados da *Cannabis*. Há ainda a todo tempo ênfases nas categorias de *eficácia*, *segurança* e *riscos*, essenciais para entender as disputas em jogo. Estas foram constantemente desestabilizadas, assumindo sentidos transitórios vinculados a posição de cada actante dentro da rede, acirrando a todo momento as controvérsias que as cercam.

5 Entre Tempos e Esperanças

Ednalva Maciel Neves (2008) argumenta que a distinção realizada entre *risco conceitual* e *risco segundo o senso comum* envolve um investimento em valores diferenciados, dados principalmente pelo papel da ciência. Essa diferenciação incorpora propriedades e controvérsias do próprio campo e fazer científico. Pensando no uso terapêutico de

Cannabis, o papel da Anvisa como instituição responsável pela vigilância sanitária, dos cientistas responsáveis pelo desenvolvimento de pesquisas científicas com os compostos e dos pacientes que buscavam o uso dessas substâncias parecia considerar e se engajar a partir de categorias de *risco* distintas. Essas disparidades, seguindo o argumento de Neves, em nosso caso, estaria na relação entre o senso comum e as instituições científicas e regulatórias, mostrando como estas estão associadas à posição do agente social diante do questionamento de quem pode discorrer com propriedade sobre os *riscos* na saúde e doença. Para a autora, “[...] o discurso e a *performance* retórica são aspectos reveladores da autoridade e competência do agente” (NEVES, 2008, p. 74).

Isso parece relacionar-se com a própria concepção de *tempo*, distinta para cada um dos actantes nessas controvérsias. De forma mais clara, procedimentos científicos tendem a ser mais burocratizados, assim como procedimentos regulatórios, fazendo com que sejam mais lentos ou tenham um tempo maior para serem concluídos. Considerando que o uso terapêutico de substâncias derivadas da *Cannabis* costuma ser associado a doenças graves e debilitantes, que já não respondem a terapias convencionais, muitos dos argumentos se orientam a partir da ideia de que a vida dos pacientes é fortemente afetada por essas doenças, que impactam em suas qualidades de vida e podem ser fatais. As fronteiras entre a vida e a morte tornam-se abertas à discussão e negociação (ROSE, 2013). “A vida não espera” tornou-se um lema dos ativismos após a divulgação do filme “Ilegal”, estampando faixas e camisetas em Marchas da Maconha, um evento que reúne ativistas em torno da *maconha* em vários lugares do Brasil e do mundo.

Tendo em mente os procedimentos em torno do acesso às substâncias derivadas da *Cannabis*, todos os envolvidos seguem lógicas, burocracias e procedimentos legais que demandam esperas daqueles que estão querendo obter o “medicamento”. As próprias noções de *eficácia* e *segurança* desses compostos estão associadas a questões de tempo, visto que estudos científicos também seguem burocracias e etapas distintas. A indicação terapêutica feita pela Anvisa atualmente é de que esses *produtos de Cannabis* sejam receitados quando já não existirem alternativas terapêuticas a serem consideradas. O uso tem sido atrelado a doenças como epilepsias de difícil controle, doença de Parkinson, Alzheimer, Esclerose Múltipla e outras. Há urgência na busca e no acesso a essas substâncias, que se materializa na *esperança* e na própria frase “a vida não espera”. São tempos distintos que se configuram como obstáculos durante o percurso de acesso. Esse ponto fica evidente na fala de Norberto Fischer durante a 23ª Reunião da Dicol da Anvisa:

Eu não sei se os diretores da Anvisa conhecem o Gustavo Guedes ou o Vitor Hugo. Eles faleceram, porque eles não tiveram tempo sequer de tentar usar o canabidiol. O processo foi lento. Um morreu quatro dias após receber o CBD e o outro faleceu no dia que saiu a autorização, depois de três meses de tentativas. (Fischer, 23ª Reunião da Dicol, 2019)

Em seu trabalho sobre o ativismo da *maconha* medicinal, Romário Nelvo (2019) discorre sobre a trajetória de Gal, uma mulher negra de 70 anos, de origem nordestina, pobre e moradora de uma habitação popular na cidade do Rio de Janeiro. Nessa etnografia, o autor trabalha com a ideia de tempo circular e agente, buscando compreender “[...] os entrelaçamentos temporais com as experiências de produções de ‘Estado’ [...]” (NELVO, 2019, p. 40), evidenciando como a análise do tempo é essencial para compreender o

ativismo em meio a processos de judicialização¹¹ e vida cotidiana. Para Nelvo (2019), o tempo tem uma agência potente que se insere como parte da própria luta. Gal cuida cotidianamente de seu filho que sofre com um tipo de epilepsia refratária a medicamentos convencionais. Para garantir o acesso ao óleo de *Canabidiol*, Gal “entrou na justiça”, ou seja, recorreu à judicialização de medicamentos. Nelvo (2019) acompanha Gal em suas peregrinações entre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e o Fórum, entre respostas vazias e negativas, tentando conseguir o dinheiro para poder efetivar a importação. O autor evidencia que, durante seu trabalho de campo, entrevistou seis mães que recorreram ao processo de judicialização, excetuando Gal, todas sem sucesso. Essas mães eram pobres, residiam em bairros de periferia ou em favelas e viviam com rendas que não permitiam que acessassem terapias, seja em farmácias, seja via importação. Algo importante deixado à mostra pelo autor é que, em seu trabalho de campo, ele observou uma forte presença de famílias pobres e moradoras de favelas e periferias, ressaltando que a literatura sobre *maconha* medicinal (MOTTA, 2019; OLIVEIRA F., 2016; OLIVEIRA M., 2016; POLICARPO, 2019; POLICARPO; VERÍSSIMO; FIGUEIREDO, 2017; AZIZE; SILVA, 2015) praticamente não relata suas experiências.

Em meu próprio trabalho de campo, baseado em documentos oficiais, artigos científicos, matérias de jornais e vídeos disponíveis em plataformas digitais, acabei me deparando com um ativismo demarcado por um recorte social e racial. Steven Epstein (1995) em seu trabalho sobre o movimento ativista em torno do HIV/AIDS nos Estados Unidos, evidencia que este foi construído baseado fortemente nas ações do movimento *gay*. Tais grupos eram formados, em sua maioria, por homens brancos, de classe média, com capacidade de arrecadação de fundos e influência política, sendo médicos, educadores, cientistas e intelectuais. De acordo com o autor, esse “capital cultural” garantia que esses ativistas conseguissem contestar os *experts* da área biomédica, facilitando também a comunicação entre esses especialistas e os “leigos”. Nesse sentido, diferente do contexto exposto por Epstein, argumento que o *ativismo canábico* é marcado pela presença de mulheres, principalmente de uma maternidade política ativa. Mas, assim como no contexto explorado pelo autor, as pessoas que estão “à frente da luta”, aquelas que aparecem quando procuramos notícias sobre os derivados de *Cannabis* para uso medicinal, são majoritariamente brancas e de classe média (OLIVEIRA F., 2016; OLIVEIRA M., 2016; POLICARPO, 2019; AZIZE; SILVA, 2015). Vale destacar que em nenhum momento estou questionando a importância e a legitimidade das lutas dessas famílias, mas sim problematizando antropologicamente quais são as implicações sociais e políticas entremeadas nesse tipo de ativismo.

Ruha Benjamin (2013), em uma pesquisa sobre o debate de células-tronco nos Estados Unidos, constrói uma compreensão crítica dos processos de inclusão e de exclusão que geralmente permanecem ocultos em torno desse debate. A autora mostra como as esperanças e os medos divergentes em torno das ferramentas utilizadas, tanto em experimentos científicos como em experimentos políticos, podem nos lembrar como a política da biotecnologia pode servir para evidenciar a política democrática em movimento. Alhures, argumentei que as substâncias derivadas de *Cannabis* participam

¹¹ Sobre os mercados terapêuticos e a judicialização da saúde no Brasil, ver Biehl e Petryna (2016).

ativamente em práticas e processos biomédicos, configurando-se como uma *tecnologia*. Como tecnologia, entremeada em uma política de “guerra às drogas” marcada pela violência e repressão e em uma dificuldade de acesso às pessoas que precisam acessar o “medicamento”, é marcada pela raça, o que, nos termos de Ruha Benjamin (2016), cria universos paralelos e mortes prematuras. Essas políticas de saúde pública e de ciência podem nos dar pistas para analisar a própria manutenção dessas tecnologias, bem como problematizar modos de agenciamento e relações de poder.

Nesse sentido, inspirada pela análise de Ruha Benjamin (2013), gostaria de me debruçar, por um momento, na emergência desse tipo de ativismo, considerando as localizações sociais dos ativistas e como essas posições podem desembocar em acessos às substâncias e ao próprio debate contemporaneamente. A emergência do *canabidiol* como uma tecnologia terapêutica onde a *esperança* se materializa (NOVAS, 2006), pode nos dar pistas sobre isso. Houve um esforço não só das instituições, mas dos próprios ativistas em separar o *canabidiol* da *Cannabis*, evitando usar palavras em seus discursos públicos que remetessem a qualquer similaridade ou associação entre as duas. Mas essa dissociação não estava ligada apenas ao debate sobre substâncias em si, mas a um debate maior, o do uso *medicinal* e do uso “recreativo” da substância, em lugares opostos. A emergência do *uso medicinal*, vinculado inicialmente a epilepsias de difícil controle e às crianças, tornavam a questão urgente, tudo tinha que mudar e tinha que ser rapidamente, visto que qualquer nova convulsão poderia trazer danos severos e irreversíveis. É nesse ponto que a separação do *canabidiol* da *Cannabis* se justifica, pois, seria mais fácil conseguir uma regulamentação só desse composto, do que de toda a *Cannabis*. Podemos ver isso na fala de Mariana, uma mulher branca, de cabelos loiros, formada em fonoaudiologia e policial civil, durante uma audiência pública no Senado Federal:

As minhas questões morais, profissionais, no combate à droga ou pensamento de liberação vêm ao encontro ao meu sentimento de mãe e eu pergunto a qualquer um de vocês. O que vocês fariam por um filho? Trafiquei. Trafiquei, comprei remédio antes de sair a minha liminar porque eu quero dar ao meu filho sim a oportunidade de ele ser feliz, de ter dignidade e, principalmente, de viver. [...] Essa é a nossa urgência de um projeto de lei que libere o uso medicinal. O CBD, o canabidiol é um dos componentes. [...] E nós precisamos de urgência porque nosso tempo é curto. [...] Pena daqueles que utilizam de uma planta por gozos e propostas que, a meu ver, não seriam tão nobres. (MARIANA, 2014 *apud* OLIVEIRA F., 2016, p. 48)

Nikolas Rose (2013), num livro em que discorre sobre a política da própria vida, argumenta que as pressuposições biológicas, explícita ou implicitamente, têm inspirado muitos projetos de cidadania em termos biológicos. Para o autor, a cidadania biológica contemporânea age dentro do campo da *esperança*, em meio a fluxos de informação, formas de intervenção e consumo, tornando o ativismo e a responsabilidade virtualmente obrigatórios. Rose (2013) argumenta que é a *esperança* que postula futuros alcançáveis e desejáveis, o que exige ação desses cidadãos biológicos envolvidos na trama. O *ativismo canábico*, nesse sentido, se configura como uma *economia política da esperança*, o que significa, nos termos de Carlos Novas (2006), assumir uma postura ativa em relação ao mundo, estruturando suas vidas em torno da *esperança* em buscar novas formas de viver com qualidade de vida. Desse modo, os procedimentos científicos e regulatórios

passam a ser vinculados com futuros potenciais, possibilitando o acesso a terapias, como as vinculadas à *Cannabis*.

Segundo Ruha Benjamin (2013), os benefícios da cidadania biológica não estão igualmente disponíveis para todos os estratos sociais, o que acaba intensificando desigualdades. A autora discute localizações, não em um sentido geográfico, mas em como nossas posições sociais podem nos dar vantagens, seja a um parque na cidade, inovações científicas ou terapias diversas. Para ela, nossas chances de vida não são simplesmente “pessoais”, mas estão interligadas. Nesse sentido, a própria emergência de um *ativismo canábico* em torno do uso medicinal deve ser localizada dentro de um sistema mais amplo de poder, desigualdade e bem-estar coletivo.

Considerando as relações entre nossas posições sociais e as posições que assumimos no debate sobre o uso terapêutico de substâncias derivadas de *Cannabis*, podemos atentar para como essa tecnologia se configura dentro de uma lógica de poder, beneficiando populações específicas e sendo posta à sua disposição (BENJAMIN, 2013). As mudanças regulatórias feitas a partir de 2014 foram importantes passos para facilitar o acesso a tais substâncias, mas, ainda assim, não parece ser suficiente. Enquanto Katiele, antes mesmo da primeira mudança regulatória, já conseguia ter acesso, seja importando, seja pedindo para que amigos que viajassem aos EUA trouxessem na mala (OLIVEIRA, F., 2016), Gal continua suas perambulações até a Defensoria mesmo após todas essas mudanças regulatórias, como argumenta Nelvo (2019; 2020), em meio a pedidos negados, roupas para lavar, comida para fazer. Apesar de já termos um *canabidiol* disponível para compra em farmácias brasileiras, este ainda custa caro, e a importação continua sendo uma importante via de acesso. A Prati-Donaduzzi, empresa farmacêutica brasileira, comercializa o *canabidiol* atualmente em três concentrações, sendo de 20 mg/ml, 50 mg/ml e 200 mg/ml, todos em solução oral de 30 ml. O primeiro tem custado em torno de R\$ 280,00 o frasco, o segundo R\$ 690,00 e o terceiro R\$ 4.780,00. Dependendo do tratamento, pode ser necessário mais de um frasco por mês. Em fevereiro de 2021, foi discutida a incorporação do frasco de 200 mg/ml pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde (CONITEC), tendo um parecer desfavorável, visto que, apesar de seguir diretrizes semelhantes, o produto não é considerado um *medicamento* de fato pela Anvisa. Segundo Ruha Benjamin (2013), enquanto a cidadania biológica presume um indivíduo autônomo trabalhando em seu corpo numa esfera privada, é importante olhar para como os privilégios socioeconômicos informam também a estrutura consumidora.

6 Consideração Finais

Os eventos e fenômenos relacionados ao uso terapêutico ocorridos a partir de 2014 trouxeram mudanças significativas no processo de regulamentação e de acesso às substâncias derivadas de *Cannabis*. De um lado, temos ativistas de diferentes lugares do País se engajando e trocando experiências sobre seus adoecimentos e experimentações. Do outro, temos substâncias vistas a partir de diversos olhares e assumindo *performances* diferentes, pesquisadores investigando diferentes compostos e ainda instituições

regulatórias tomando decisões. A categoria de *risco* emerge vinculada a um sentido transitório, se caracterizando a partir de lugares específicos e variando de acordo com a posição de cada ator. As categorias de *eficácia*, *segurança*, *qualidade de vida* e *comprovação científica* assumem significados distintos, se vinculando à questão de quem pode ou não permitir o uso desses compostos de forma terapêutica. Diferentes actantes, como as próprias instituições, o *canabidiol* e o *THC*, a *maconha* e a *Cannabis*, também assumem posições transitórias dentro dessas controvérsias.

No enquadramento de uma substância controversa como a *Cannabis* como um “medicamento”, os procedimentos científicos contribuem para as tomadas de decisões regulatórias. Mas quem define o que é evidência científica suficiente? As políticas de ciência e tecnologia podem nos dar pistas importantes para pensar modos de agenciamento e relações de poder em práticas científicas e regulatórias. Em todos os procedimentos científicos e regulatórios descritos até aqui, vimos a participação de pacientes e de ativistas que participam ativamente das discussões e buscam medidas para solucionar seus interesses. O campo científico é permeado por movimentos políticos e sociais que constroem formas de engajamento com o mundo, ao passo que a própria ciência impacta em como esses grupos agem (EPSTEIN, 1995). A regulamentação sanitária de substâncias derivadas de *Cannabis* foi marcada por um processo simultâneo de farmacêuticalização, branqueamento, familiarização e elitização da causa e das substâncias, constituindo novos objetos-técnicos vinculados à ideia de um uso estritamente *medicinal* como o único uso legítimo.

Há uma grande lacuna em como as políticas de saúde e o acesso a terapêuticas são pensados e de como eles funcionam na prática, facilitando o acesso para alguns, dificultando ou não existindo para outros. Desse modo, é primordial salientar a importância de pensar em políticas de saúde e ciência para pessoas e contextos sociais específicos, garantindo que todos os diferentes futuros alçados em meio à *esperança* de uma melhor qualidade de vida possam ser acessados.

Referências

- ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. [S.l.]: Pólen Produção Editorial Ltda., 2019.
- ALMEIDA, Valéria de; SOUZA, Daniel Martins de. Cannabinoids and glial cells: possible mechanism to understand schizophrenia. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, [s.l.], v. 268, n. 7, p. 727-737, 2018.
- AZIZE, Rogerio Lopes; SILVA, Martinho Braga Batista. Penalização e politização das drogas No documentário “Ilegal: a vida não espera”. In: 39º ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS GT 37: SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA DA MORAL, 2015. **Anais [...]**. [S.l.], 2015. Disponível em: http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=9793&Itemid=461. Acesso em: 8 jan. 2022.
- BENJAMIN, Ruha. Innovating inequity: If race is a technology, postracialism is the Genius Bar. **Ethnic and Racial Studies**, [s.l.], v. 39, n. 13, p. 2.227-2.234, 2016.
- BENJAMIN, Ruha. Introduction: To the Moon. In: BENJAMIN, Ruha. **People’s Science: bodies and rights on the stem cell frontier**. Stanford: Stanford University Press, 2013. p. 1-26.

BENJAMIN, Ruha. Locating Biological Citizenship. In: BENJAMIN, Ruha. **People's Science: bodies and rights on the stem cell frontier**. Stanford: Stanford University Press, 2013. p. 27-54.

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 23, n. 1, p. 173-192, 2016.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de janeiro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 de dezembro de 1998.

BRASIL. Resolução RDC n. 17, de 6 de maio de 2015. Define os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de Canabidiol em associação com outros canabinoides, por pessoa física, para uso próprio, mediante a prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 86, seção 1, 8 maio de 2015.

BRASIL. Consulta Pública n. 654, de 13 de junho de 2019. Proposta de Consulta Pública que dispõe sobre o procedimento específico para registro e monitoramento de medicamentos à base de Cannabis spp., seus derivados e análogos sintéticos. **Diário Oficial da República Federativa**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 114, seção 1, p. 82, 14 de junho de 2019.

BRASIL. Consulta Pública n. 655, de 13 de junho de 2019. Proposta de Requisitos técnicos e administrativos para o cultivo da planta Cannabis spp. para fins medicinais e científicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 114, seção 1, p. 83, 14 de junho de 2019.

BRASIL. Resolução RDC n. 327, de 9 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os procedimentos a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de Cannabis para fins medicinais, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 239, seção 1, p. 194, 11 de dezembro de 2019.

BRUCKI, Sonia *et al.* Cannabinoids in neurology – Brazilian Academy of Neurology. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s.l.], v. 73, n. 4, p. 371-374, 2015.

CAETANO, Hellen Monique dos Santos. **Com mais técnica, com mais ciência**: controvérsias em torno dos procedimentos regulatórios e científicos com cannabis no Brasil. 2021. 163f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.

CALLON, Michel. Entrevista com Michel Callon: dos estudos de laboratório aos estudos de coletivos heterogêneos, passando pelos gerenciamentos econômicos. **Sociologias**, [s.l.], p. 302-321, 2008.

CARLINI, Elisaldo. Pesquisas com a maconha no Brasil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [s.l.], n. 32, p. 53-54, 2010.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, [s.l.], v. 6, n. 6, p. 115-128, 2002.

CASTRO, Rosana. **No fiel da balança**: uma etnografia da regulamentação sanitária de medicamentos para emagrecer. 2012. 247f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

- CASTRO, Rosana; ALMEIDA, Rafael Antunes. Testemunho, evidência e risco: reflexões sobre o caso da fosfoetanolamina sintética. **Anuário Antropológico**, [s.l.], v. 1, p. 37-60, 2017.
- CORREIO BRAZILIENZE, 2012. Disponível em: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2012/12/24/interna_ciencia_saude,340878/substancia-presente-na-maconha-pode-amenizar-sintomas-da-esquizofrenia.shtml. Acesso em: 2 jan. 2022.
- EPSTEIN, Steven. The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. **Science, Technology, & Human Values**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 408-437, 1995.
- FIORE, Mauricio. Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, v. 26, p. 28, 2002. **Anais [...]**. [S.l.]. 2002.
- FISCHER, Benedikt *et al.* Introducing the evidence-based population health tool of the Lower-Risk Cannabis Use Guidelines to Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [s.l.], v. 41, n. 6, p. 550-555, 2019.
- FONSECA, Claudia. Os emaranhados fios de pertencimento. **Revista Mundaú**, [s.l.], n. 6, p. 18-36, 2019.
- FROSSARD, Vera Cecília; DIAS, Maria Clara Marques. O impacto da internet na interação entre pacientes: novos cenários em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 20, p. 349-361, 2016.
- LATOURE, Bruno. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Unesp, 2000.
- LATOURE, Bruno. **Reagregando o Social**: uma introdução à teoria do Ator-Rede Salvador. Bauru: Edufba, Edusc, 2012.
- M'CHAREK, Amade. Beyond fact or fiction: On the materiality of race in practice. **Cultural Anthropology**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 420-442, 2013.
- MOL, Annemarie; LAW, John. Notas sobre el Materialismo. **Política y Sociedad**, [s.l.], n. 14, p. 47-58, 1993.
- MOTTA, Yuri José de Paula. **O paciente dedo verde**: uma etnografia sobre o cultivo e consumo de cannabis para fins terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro. 2019. 115f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.
- NELVO, Romário Vieira. Das dores que vazam, que produzem o cotidiano: o trabalho do tempo no ativismo da maconha medicinal. **Revista Mundaú**, [s.l.], n. 6, p. 37-59, 2019.
- NELVO, Romário. **Cotidianos, Família e o Trabalho do Tempo**: Dobras políticas no ativismo da maconha medicinal no Rio de Janeiro. 2020. 375f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Museu Nacional-PPGAS, UFRJ, Rio de Janeiro, 2020.
- NEVES, Ednalva Maciel. **Antropologia e ciência**: uma etnografia do fazer científico na era do risco. [S.l.]: EDUFMA, 2008.
- NOVAS, Carlos. The political economy of hope: Patients' organizations, science and biovalue. **BioSocieties**, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 289-305, 2006.
- OLIVEIRA, Fabiana Santos Rodrigues de. **Maconheirinhos**: cuidado, solidariedade, e ativismo de pacientes e seus familiares, em torno do óleo de maconha rico em canabidiol (CBD). 2016. 205f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.
- OLIVEIRA, Monique Batista. **O medicamento proibido**: como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil. 2016. 313f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Campinas, São Paulo, 2016.

POLICARPO, Frederico; VERÍSSIMO, Marcos; FIGUEIREDO, Emílio. A fumaça do bom direito: demandas pelo acesso legal à maconha na cidade do Rio de Janeiro. **Platô: Drogas e Políticas**, [s.l.], v. 1, p. 7-38, 2017.

POLICARPO, Frederico. Compaixão canábica. **Revista Ingesta**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 41-52, 2019.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013. v. 400.

SAAD, Luísa. Medicina Legal: o discurso médico e a criminalização da maconha. **Revista de História (UFBA)**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 59-70, 2010.

SANTOS, Rafael dos *et al.* Phytocannabinoids and epilepsy. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, [s.l.], v. 40, n. 2, p. 135-143, 2015.

VARGAS, Eduardo Viana. Que guerra é essa? A propósito da partilha moral entre drogas e fármacos. **Conjuntura Política**, [s.l.], n. 22, p. 1-4, 2000.

VARGAS, Eduardo Viana. Uso de drogas: a alter-ação como evento. **Revista de Antropologia**, [s.l.], v. 49, n. 2, p. 581-623, 2006.

VENTURINI, Tommaso *et al.* Designing controversies and their publics. **Design Issues**, [s.l.], v. 31, n. 3, p. 74-87, 2015.

Hellen Caetano

Doutoranda em Antropologia Social pelo PPGAS/UFRN. Bacharela em Ciências Sociais e mestra em Antropologia Social pela Universidade Federal de Alagoas. Integrante do grupo de pesquisa Mandacaru – Núcleo de Pesquisa em Gênero, Saúde e Direitos Humanos e do Grupo Corpo, Gênero, Sexualidade (GCS/UFRN). Faz parte da equipe de Edição Geral da Revista Equatorial (PPGAS/UFRN) e da equipe de Editoração da Revista Mundaú (PPGAS/UFAL).

Endereço profissional: Campus Universitário UFRN, Departamento de Antropologia – DAN, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Av. Senador Salgado Filho, n. 3.000, Lagoa Nova, Natal, RN. CEP: 59078-970.

E-mail: hellenmcaetano@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5510-3651>

Como referenciar este artigo:

CAETANO, Hellen. Entre Eficácias e Riscos: controvérsias em torno da *Cannabis* no Brasil. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85623, p. 112-133, janeiro de 2023.

Misturas e Cortes entre Drogas, Medicamentos e Corpos na Feitura “Eu”

Wander Wilson¹

¹Pesquisadora Independente, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Durante minha pesquisa de doutorado, realizei etnografia em dois ambulatorios, vinculados a universidades da cidade de São Paulo, voltados para o atendimento à dependência de drogas. Nesses espaços, foi comum encontrar alguns discursos que apontavam para um Eu unitário do ponto de vista de profissionais da saúde. R., que frequentava um dos ambulatorios para cuidar de sua dependência de álcool, dizia que quando parava de beber ele não era ele mesmo, era outra pessoa, existia uma mutação do Eu pela variação relacional das misturas entre corpos. A partir desse primeiro problema, o artigo tenta traçar um percurso conectando as formas de distribuição da “unidade do eu”, pensando uma perspectiva relacional entre práticas, discursos, medicamentos, drogas, manuais, pesquisas, política. Reflete-se sobre a separação entre drogas e medicamentos nesta produção, assim como cortes, separações e distribuição de escolhas e responsabilidades em um entrelaçamento com a história entendida como evolução linear da espécie.

Palavras-chave: Escolha. Responsabilidade. Drogas. Eu. Neoliberalismo.

Mix and Cuts Between Drugs, Medications and Bodies in the “I” Making

Abstract

During my doctorate research, I led out ethnography in two outpatient clinics, linked to universities in the city of São Paulo, dedicated to the care of drug addicts. In these spaces, it was common to find some speeches that advocated a unitary Eu from the point of view of health professionals. R. who frequented two outpatient clinics to take care of his alcohol dependency, said that when he stopped drinking he was not the same, he was another person, there was a mutation of I due to the relational variation of the mix between bodies. Starting from this first problem, the article attempts to trace a path connecting the forms of distribution of the “unity of the I”, considering a political and relational perspective between practices, speeches, medicines, drugs, manuals, research. It reflects on the separation between drugs and medicine in this production, as well as cuts, separations, distribution of choices and responsibilities, in an intertwining with history understood as linear evolution of the species.

Keywords: Choice. Responsibility. Drugs. I. Neoliberalism.

Recebido em: 31/01/2022

Aceito em: 7/06/2022



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/>

1 Introdução

“Dividir o que dizem indivisível, a química fina do infinito”.

(DON L, 2018)

R. era um homem que exercia a profissão de dentista e bebia todos os dias. Devido a esse uso de álcool, realizava tratamento em um ambulatório de uma universidade público-estatal localizado na cidade de São Paulo e vinculado ao departamento de psiquiatria da instituição. Dizia ter um sentimento de fracasso por não ter obtido um desenvolvimento acadêmico, não frequentar mais congressos e não ser “reconhecido”. Bebia para realizar seu trabalho como dentista. Segundo ele, uma dose de destilado fazia ele “firmar a mão”. Estava com sérios problemas econômicos. Era agressivo e arrumava brigas e entreveros com a família. Eventualmente chegava embriagado ao serviço de saúde. Quando conseguiu ficar um mês abstinente de álcool, disse para a psicóloga que o atendia: “Este R. aqui não sou Eu, Eu sou aquele lá detrás que bebia, esse daqui Eu não sei quem é”.

Conheci R. durante o período em que estive em campo na realização de minha pesquisa de doutorado (WILSON, 2019), defendida em setembro de 2019. Foi essa fala, dita à profissional que realizava sua consulta de terapia individual, de estilo psicanalítico, que me fez pensar sobre a relação das misturas entre drogas e sujeitos e as relações com o conceito de “Eu” produzido no contato entre usuários de drogas e serviços de saúde.

Esse problema do Eu duplo vivido por R. em relação ao uso e à abstinência de álcool repercutiu nos caminhos da pesquisa, criando um daqueles momentos etnográficos em que “a atenção foi petrificada”, dos quais “nunca pude – ou nunca quis – me livrar” (STRATHERN, 2014, p. 351). Esses momentos de “deslumbramento” não param de retornar ao pensamento que atravessa uma pesquisa. Ainda que uma etnografia tenha sido produzida na relação com outro povoamento, as comparações com os acontecimentos que petrificaram a atenção podem aparecer em novas pesquisas. No caso da construção de minha tese de doutorado, este problema foi arrastado até o segundo ambulatório pesquisado, também localizado em uma universidade público-estatal da cidade de São Paulo e vinculado a seu departamento de psiquiatria. Esse tipo de espaço, vinculado ao ambiente universitário, é chamado de ambulatório didático por misturar uma “função-escola” – relativa a estágios de estudantes ou recém-formados, produção de pesquisas, formação de residentes de psiquiatria ou de outras profissões do campo da saúde – e

uma “função-saúde”, que é o tratamento propriamente dito. Ambos estão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo atenção à saúde mental de forma gratuita.

O ambulatório em que R. realizava seu tratamento foi o primeiro dos espaços em que cheguei para o trabalho de campo, durante o segundo semestre de 2015. Um ano depois, iniciaria o campo no segundo ambulatório, mantendo um tempo de pesquisa com a duração de um ano em ambos os espaços, que serão nomeados neste artigo, respectivamente, de A1 e A2.

A1 está instalado em um hospital psiquiátrico, cravado no coração de um enorme complexo hospitalar, mantendo relações que passam por maior burocracia em sua circulação e atividade. O ambulatório funciona apenas nas terças-feiras, iniciando as atividades no começo da manhã com reuniões da equipe multidisciplinar, enquanto os pacientes ficam em tratamento a partir do fim da manhã, quando começam terapias individuais e grupos terapêuticos. No período da tarde ocorrem as consultas psiquiátricas e o dia se encerra com as reuniões científicas. A instituição possui uma premissa teórico-terapêutica mais unitária: a Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC). A abstinência total da droga da qual se é dependente aparece como o resultado terapêutico mais desejável, embora não apareça como uma exigência por si só no campo discursivo. Ela é requerida por uma “segurança diagnóstica” capaz de classificar o momento atual de um tratamento de saúde mental.

Por sua vez, A2 não estava¹ incrustado em meio a um complexo hospitalar, mas também se vinculava a um hospital universitário. O bairro em que estava localizado é povoado de pequenos ambulatórios, cada um em uma casa com aparência relativamente comum, espalhados e descentralizados. Possui dois pilares. O primeiro, a compreensão psicodinâmica, que entende a dependência como parte da vida do sujeito, o que exclui a droga como um problema em si, agregando o saber de uma área *psi* que não seja médica. O segundo pilar, a redução de danos, compreende o uso de drogas como prática que pode causar danos a si mesmo, mas que pode ser manejado por meio de uma ética de cuidado, incluindo ou não a abstinência como meta. É um serviço de porta semiaberta, que funcionava de segunda a sexta, abrindo pela manhã e encerrando as atividades à noite.

No primeiro dia que fui para A1, olhando a cidade de dentro de um ônibus, a questão do deslocamento e da geografia do complexo hospitalar foi a primeira coisa a se impor ao pensamento. Havia uma contiguidade espacial entre o complexo, o movimento da cidade e os fluxos de pessoas dos bairros, experiência que, mesmo de forma diferente, repetiu-se em A2. Assim, a primeira pergunta escrita em meu caderno de campo foi: “o que entra e o que sai?”.

Eu estava em ambulatórios de tratamento para saúde mental em meio aberto, um tipo de espaço que se contrapõe aos “antigos” manicômios fechados, em que se era expulso do ambiente familiar e sem previsão de retorno (FOUCAULT, 2012). Em meio aberto, a circulação se amplia, os pacientes não ficam o dia todo no serviço. O tratamento passava a ser produzido no espaço das instituições, mas tinha um reflexo externo à delimitação institucional: “O tratamento é realizado quando vocês saem daqui”, “o tratamento

¹ Pouco tempo após o término da pesquisa, o departamento de psiquiatria da universidade em que A2 estava localizado integrou todos os ambulatórios da psiquiatria – referentes às diversas especialidades desta área de saber – em um hospital psiquiátrico centralizado, tal como em A1.

começa da porta para fora”, frases encontradas em ambos os ambulatórios. Este aspecto inclui que estas instituições estão situadas na Rede Atenção Psicossocial (RAPS), rede de atenção localizada nas políticas públicas do SUS que separa cada equipamento em sua função e densidade tecnológica. Ambos estão alocados como serviços terciários, o que implica que estão designados para casos de maior “complexidade”. A rede pressupõe encaminhamentos, conversas com outros equipamentos, deslocamentos de profissionais.

Nos espaços em que a etnografia foi realizada é relativamente difícil encontrar um paciente que, devido ao seu problema com o uso de drogas, esteja buscando cuidados pela primeira vez. Os usuários circulam e trazem consigo perspectivas, conceitos, tratamentos, medicações, diagnósticos produzidos em relação com outros espaços. Um exemplo é o conceito de adicção como doença, que inclui um caráter degradado (CANONICO DE SOUZA; CARACHO; SANTOS, 2018), trazido por usuários que passaram ou passam por instituições de metodologia dos 12 passos como Narcóticos Anônimos ou Comunidades Terapêuticas². O conceito circula com pouca restrição ou contraposição, rearticulando-se à perspectiva do serviço. Encaminhamentos também são realizados para Comunidades Terapêuticas e questões políticas de gênero poderiam ser acrescentadas como parte desta ação fora (IPEA, 2017). Frederico Policarpo (2016) já havia notado em sua pesquisa sobre CAPS/AD que os discursos se misturavam no encontro de usuários e trabalhadores da saúde, estabelecendo uma linguagem compartilhada.

Em ambulatórios-didáticos, a psiquiatria funciona a partir de residentes que ficam por um curto período e abrem espaço para novos profissionais. O Trabalho é em sua maioria voluntário. Conjugam-se cursos de capacitação, estagiários de graduação ou profissionais recém-formados. Tudo isso coloca que outras perspectivas terapêuticas também adentram aos serviços. Assim, por exemplo, mesmo que a formação em AI passasse majoritariamente pela perspectiva da TCC era possível encontrar profissionais afeitos a psicanálise ou uma psicóloga de abordagem histórico-cultural.

Quando se fala de drogas as relações ainda se estendem para outros âmbitos. Nas triagens, na grande maioria dos casos o diagnóstico de dependência já chega realizado, mesmo que pelo próprio usuário. As drogas fazem parte de uma política proibicionista, instaurada por meio de tratados internacionais, tendo na Lei Harrison de narcóticos, em 1914 nos Estados Unidos da América, uma de suas primeiras legislações (RODRIGUES, 2004). Tudo isso coloca a prisão, a polícia e o sistema penal fazendo parte da realidade do usuário de drogas, aparecendo nas narrativas que circulam pelos ambulatórios, distribuídas de maneira assimétrica pelo racismo e pela seletividade penal da instituição carcerária (KARAM, 2004; CHRISTIE, 1999; WILSON, 2019).

Durante minha pesquisa, a tentativa foi de produzir uma etnografia que se desse no âmbito da circulação e não na confecção de uma interioridade de cada ambulatório, embora a descrição e as diferenças de cada espaço também tenham sido realizadas. Há divergências, posicionamentos, formas de produzir realidades, de descrever as interações com drogas e se conectar a uma política da proibição – recusando ou defendendo uma legalização –, de classificar as próprias drogas, de pensar como o uso acontece em uma

² Iniciativas desenvolvidas por organizações não governamentais no formato de uma residência temporária onde pessoas com uso problemático de drogas permanecem por certo tempo, normalmente por cerca de seis meses. Também são consideradas como instituições de longa permanência e possuem, em sua maioria, influência e/ou organização religiosa.

vida. Existem mesmo realidades diferentes sendo conjugadas em um mesmo espaço, ainda que por um instante. Entretanto, estas diferenças são passíveis de serem readministradas, reencadeadas, reconectadas.

Tratou-se de retomar as inquietações de Néstor Perlongher (1984; 1989) sobre as territorialidades móveis, nômades, observando a dificuldade de produzir sua pesquisa com michês pensando em fechar a análise em uma fronteira ou em um lugar, rompendo a com a própria noção de identidade. No campo dos estudos antropológicos sobre drogas, essas questões que envolvem a localidade também aparecem. Em *A dependência química e seus cuidados*, Jardel Fischer Loeck (2014) pergunta: “[...] como pesquisar algo que está em muitos ou em nenhum lugar?”, estabelecendo a problemática de trabalhar com esta circulação no âmbito de uma rede. Nesse sentido, o movimento da tese de Rogério Azize (2010), que busca pesquisar a difusão de uma noção de pessoa cerebral, também conecta um campo heterogêneo envolvendo espacialidades diferentes para pensar esse acontecimento, deixando a possibilidade de compreender esta forma de produção do indivíduo como algo que transborda uma interioridade institucional.

É preciso ainda destacar os trabalhos de Michel Foucault (2012), que, em *O Poder Psiquiátrico*, retoma sua pesquisa em *História da Loucura* para deslocar sua forma de análise. Um desses deslocamentos está justamente em sair do conceito de instituição para analisar as “[...] disposições de poder, intermediações, os pontos de apoio, as diferenças de potencial [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 20). Por essa perspectiva, o indivíduo é um efeito³, produzido nessas redes e tecnologias de poder, que, no período histórico a que se refere, perpassa a formação do que chama sociedade disciplinar.

Repensando as questões entre o aberto e o fechado, algo que apareceu durante a pesquisa como um fechamento está na própria produção de um sujeito em uma forma-indivíduo capaz de escolher e arcar com as responsabilidades de suas escolhas. Este artigo retoma esse ponto. Nesse sentido, falarei pouco sobre um funcionamento ambulatorial específico ou sobre a dependência, tentando me deter em momentos em que a questão do “Eu” apareceu de forma diferenciada entre equipe de saúde e usuários de drogas, principalmente a partir de uma perspectiva comum na psiquiatria: “a unidade do eu” e o “exame psíquico”, relacionando pesquisas, palestras, medicações, regulamentações.

Por fim, é importante salientar que, após o período de campo, comecei a trabalhar em A2 na formação de estagiários e como coordenador de grupos de acolhimento, espaço terapêutico em que os usuários de drogas falam sobre suas questões vinculadas ao uso, variando na relação entre grupo e coordenadores. Passei a trabalhar no campo da saúde mental, o que já dura seis anos.

³ Ao colocar a produção de uma forma-indivíduo nestes termos, Foucault tenta escapar de pensar a loucura pela sua representação no pensamento. Trata-se de sair também de um conceito de ideologia. Perseguindo este caminho, a produção da pesquisa, ao mesmo tempo que foi (é) tocada pelo campo da antropologia da pessoa, aberto por Marcel Mauss (2003), também se afasta dele na medida em que Louis Dumont (1993), estabelece a questão do individualismo como uma ideologia. Como situa Maluf (2013) em sua proposta para uma antropologia do sujeito, ao mesmo tempo que Dumont produz uma desnaturalização, abrindo novas possibilidades para se pensar a pessoa, “[...] permanece amarrado ao paradigma teórico que o sustentou, o paradigma das representações coletivas e categorias do pensamento [...]” (MALUF, 2013, p. 144).

2 O Eu e o Mundo

O problema vivido por R. trazia a seguinte pergunta: Se *levarmos a sério*⁴ sua fala, o que acontece com o conceito de Eu? Nesse caso, aparecem dois eus, por meio de dois corpos que se referem ao mesmo ponto e pelos quais diferentes relações se ligam. Um R.-corpo-álcool que dá forma a um eu que reconhece como verdadeiro, e um R.-corpo-outras relações não alcoólicas, que ele não reconhece e não consegue dar forma, mas cuja existência ele nota. Esse tipo de mistura também aparece em Biehl (2008), sinalizando em sua pesquisa que Catarina, ao tomar a medicação Akineton, troca seu nome e o funde com o do remédio. Catarina não estava mais ali e sim Catkine. Bonet (2014) coloca uma pergunta próxima à deste artigo: “quantos “eus” estão presentes em um encontro de cuidado entre um profissional e um usuário, ou quantos sujeitos estão agenciados em um itinerário de cuidados?”. Articulando Deleuze (1980), pelo conceito de agenciamento, coloca então uma indeterminação: os enunciados mobilizam populações, um nome próprio é algo que se passaria pelo menos entre dois termos.

Em A1, no momento em que R. proferiu a existência destas diferenças entre os “Eus”, um psiquiatra qualificou sua fala como uma espécie de “máscara”, algo que se colocava sobre seu Eu, validando aquele que ele dizia não ser ele como mais real do que o anterior, misturado ao álcool

Esse tipo de concepção que aparece na fala de um psiquiatra de A1, pode ser encontrada com algumas variações também em A2. Uma psicóloga uma vez me disse, fazendo referência a um paciente que frequentava o seu grupo “ele só fez sexo até hoje usando a substância, como é fazer sexo *mesmo* ele não sabe”. Uma série de expressões variam este tipo de enunciado: “No fim das contas não dá pra fugir, como fujo de algo que está dentro de mim?”, ou então, “o importante é ser o que se é”.

A psiquiatria ocupa o centro dos serviços de saúde, pois, ela é a fiadora dos diagnósticos descritos no Código Internacional de Doenças (CID), que estava em sua décima edição (CID-10), e no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), produzido pela Associação de Psiquiatria dos Estados Unidos (APA), em sua quinta versão (DSM-V). Esses diagnósticos permitem tanto a existência material desses espaços quanto um vínculo de tratamento com uma área científica da qual se parte e adiciona saberes complementares, linguagem incorporada por outras áreas.

A forma em que a psiquiatria trabalha o conceito de Eu pode ser vista por meio do exame psíquico, procedimento correlato ao exame físico das outras áreas da medicina. Pude acompanhar uma aula para estudantes de medicina em que a prática foi ensinada pelo coordenador de A2. Este procedimento avalia alguns tópicos específicos da pessoa, entre eles: atitude, memória, humor, pensamento, apresentação, linguagem, orientação e consciência.

⁴ “Levar a sério” é uma expressão que vem repercutindo há certo tempo na antropologia, no sentido de que é preciso levar a sério o que os povos dizem, traduzindo categorias, pensamentos, práticas destes povos como realidade. Pensar como um mundo se produz enquanto real. Neste sentido, “não há um mundo pronto para ser visto, um mundo antes da visão, ou antes, da divisão entre o ‘visível’ e o ‘invisível’ que institui o horizonte de um pensamento” (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p. 218). Um mundo é sempre um mundo para quem; um ponto de vista objetivo. Este “quem” não é um sujeito individual, mas sempre um povo.

Um dos tópicos é de suma importância: a unidade do Eu. Este item está contido na avaliação de orientação, que está dividida em dois outros itens: avaliação alopsíquica e autopsíquica. A alopsíquica corresponde à orientação tempo-espacial fora do psiquismo, relativo muito mais à geografia. A autopsíquica divide-se em três novos itens. O primeiro é a identidade do EU, correlato a: “Responda a esta pergunta: quem é você? Eu sou fulano, tenho 33 anos... ontem Eu era Eu, hoje sou eu, amanhã serei Eu, sou uma pessoa só”. O segundo é a atividade do Eu: “Eu vim até aqui, não existe força incontrollável que me mova”. E o terceiro e último é a posição Eu-mundo: “Eu sou Eu, vocês são vocês. Não existe correlações cósmicas, energéticas, entre Eu e você. É preciso separar o Eu das coisas”. Esta concepção deste Eu unitário e constante no tempo, separado do mundo, com uma história de vida linear repercute nos ambulatorios mais do que apenas na concepção psiquiátrica.

Uma diferença na forma de considerar o que entra ou não na produção do Eu, relativa a esta unidade, aparece também no caso de F., que chega a um Pronto-Socorro de Psiquiatria devido a uma crise e, ali, ao relatar frequentar muitas festas e usar muitas drogas diferentes, foi então encaminhado para tratamento ambulatorial em A2. Ele nunca foi diagnosticado como dependente, seu uso de drogas não era repetitivo e ele permaneceu no serviço para tratar de seu transtorno bipolar, mesmo que o ambulatório fosse designado para transtornos relativos à dependência. A residente que o atendeu no pronto-socorro também trabalhava no ambulatório e, para justificar seu encaminhamento, alegou, tempos depois, que era um caso de antecipação dos problemas com drogas no futuro, agindo antes do problema acontecer, preventivamente. Antecipa-se e projeta-se o futuro, compara-se com outros casos que já estão no serviço e se iguala, em uma possibilidade material e abstrata, para que se estabeleça um pensamento clínico baseado em uma linearidade do tempo.

O transtorno bipolar pode apresentar uma ciclagem de humor para o que categorizam como mania, que pode ser definida como: “Um período distinto de humor anormal e persistentemente, elevado, expansivo ou irritável, e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia [...]” (APA, 2014, p. 124). No caso de F., ele começava projetos e empreendimentos e não os concluía, dormia pouco e ficava muito agitado. Os problemas financeiros chamavam mais a atenção. F. obteve seu diagnóstico confirmado após várias consultas. Quando tomei contato com as discussões sobre o seu caso, ele já estava no ambulatório. O fato de possuir esse problema de ordem psiquiátrica disparou duas reações: uma preocupação e um alívio. A preocupação vinha do fato de que não queria entrar em mania novamente. Também não sabia como lidar com situações cotidianas agora que tinha o diagnóstico, ficava na dúvida se quando arrumasse um namorado deveria ou não contar que tinha o transtorno, ou em qual momento da relação deveria contar. Por outro lado, sentia alívio, pois agora tinha um nome para uma série de comportamentos que lhe causaram problema ao longo de uma vida compreendida como estes fragmentos de história que se dispõem em uma linearidade. Isso lhe dava uma funcionalidade. Agora ele poderia repensar suas dívidas, seus gastos imprudentes e o restante do seu comportamento desadaptativo.

Sobre possuir um transtorno, F. fez uma pergunta aos seus médicos: “que parte sou Eu e que parte é o transtorno?”. Depois de iniciar o tratamento medicamentoso com

divalproato de sódio, responsável por estabilizar seu humor, passou a não se reconhecer em todos os momentos de seu passado. Um dia foi a uma festa de música eletrônica que ia regularmente, gostava da música, mas passou a se sentir deslocado. Parecia não ser a festa que costumava ir. Algo nele parecia não ser mais o mesmo de antes. Alguns gostos se mantinham como por exemplo frequentar exposições de arte. Por isso, ele dizia que algo era uma ação do transtorno e algo era dele. Eu e transtorno aparecem como existências distintas. Aqui, a mistura com uma substância produz o Eu devido à estabilização do humor, enquanto o período anterior ao consumo mostra uma ação fora do Eu, ação do transtorno.

Quando sua fala foi discutida em reunião o coordenador do ambulatório disse que o transtorno era ele, mas, no caso da mania, era um “ele um pouco a mais”. Aqui o transtorno vira uma característica do Eu, e retomamos a perspectiva da interioridade do sujeito. Altera-se apenas a gradação da intensidade. O transtorno é um diagnóstico a respeito dele, revela-se nas suas ações. Nesse caso, eram os gastos exacerbados e as muitas festas. Mas era ele quem fazia tudo isso. Não há uma separação. Estar em mania, é um estado do seu próprio humor, qualificado como mais excessivo e mais enérgico. Tudo isso é também ele, está dentro dele.

É preciso que se refaça a história com um Eu contínuo para que se reencontre a patologia nas diferentes intensidades desse Eu, observando seu comportamento no período de mania como um comportamento disfuncional, categoria importante no campo psiquiátrico, mas que também é reproduzida por profissionais de outras áreas da saúde no interior dos dois ambulatórios. Ao perguntar ao coordenador de A1 o que era funcionalidade, ele deu uma resposta que caminha nesse sentido: “Em psiquiatria, um comportamento é patológico quando foge do normal, da média, quando compromete a adaptabilidade ou causa um risco para si e para os outros. Isso está muito ligado ao ambiente familiar, ao interpessoal, ao profissional e ao contexto social”. Quando estamos falando de transtorno estamos sempre falando de uma *má adaptação* em relação ao mundo, separado da unidade do Eu.

No entanto, a disfuncionalidade também se dá em relação a uma normalidade cerebral. No caso da dependência de drogas: “Entendemos que as drogas alteram o funcional do cérebro”, disseram-me em A1. Lá, logo na minha primeira semana, assisti a uma reunião científica sobre neurobiologia da dependência, ministrada por um dos médicos fixos do ambulatório. No início da aula o tema foi descrito como “bem atual”, realocando o problema da dependência como uma doença do cérebro. Encontram-se aí os modelos das patologias crônicas, aquelas que se mantêm no tempo.

Durante a aula, distinguiram-se duas categorias: as de reforço positivo e negativo. A primeira ocorre quando se usa para ficar bem, a segunda para não ficar mal. Daí decorre uma mudança cerebral na trajetória do uso de uma substância. O uso de uma droga teria início pela motivação do prazer, passando este a ser de reforço negativo pelo desenvolvimento de uma tolerância, o que cria abstinência na privação. Esta mudança ocorre principalmente no sistema de recompensa, formado por mais de uma região cerebral. Sua expressão máxima é localizada em uma molécula de nome dopamina, que atua principalmente em uma área denominada de Núcleo accumbens.

Em A2, um psiquiatra sempre comentava esta questão citando, além dos textos, os vídeos e aulas de Nora Volkow, referência fundamental para a psiquiatria em ambos os ambulatórios, diretora do Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) nos Estados Unidos, disponíveis no YouTube. Em uma destas aulas⁵ a psiquiatra explicou que quando se tem prazer ativa-se o sistema dopaminérgico. De um ponto de vista evolutivo-biológico, esse sistema, que envolve os reforços, foi importante para a sobrevivência da espécie. A todo momento nosso cérebro está produzindo recompensas de comportamentos, reforçando-os. No caso das drogas, a diferença é que produzem reforço com mais intensidade que outras vias “naturais”. Com o uso repetido de uma droga o cérebro passa por uma mudança física no sistema homeostático. Há uma certa regulação da disponibilidade da dopamina, mantendo uma normalidade da motivação. Uma vez que repetidamente se utiliza certa droga o cérebro habitua-se com o procedimento e, para voltar aos níveis “normais” de acesso à dopamina, necessita daquele estímulo. A regulação da dopamina passa a ser mais baixa sem o uso.

Aqui, por vias cerebrais conecta-se uma disfuncionalidade em relação ao mundo externo, como o gasto de dinheiro de F. e o comportamento briguento de R. em meio à família, mas também uma disfuncionalidade de um mundo interno, referida ao funcionamento do cérebro. No entanto, esta concepção aparece também conjugada com outras formas de linguagem da interioridade, oriundas do campo PSI, uma “interioridade neurológica” (AZIZE, 2010, p. 116), combinando um termo advindo de uma tradição da antiga psicologia e da psicanálise. Segundo essa perspectiva, a relação entre cérebro e mente se dá de forma bilíngue, são duas linguagens que se interligam: uma psicologia, principalmente psicanalítica e uma neurobiológica.

Articular as linguagens não significa que elas não possam ser encadeadas com hierarquias, assimetrias, descompassos. Em A1, a TCC coloca palavras em zona de vizinhança com os circuitos cerebrais, dividindo o próprio termo recompensa. Ela ganha centralidade por organizar o movimento do que se entende por tratamento, tanto de forma individual quanto como deslocamento no espaço do ambulatório. Parte-se de uma “espiral do comportamento dividida nas fases: pré-contemplação, contemplação e ação. Um trajeto que sai de uma não-intenção de parar de usar drogas, adquirir consciência dos prejuízos e uma modificação ativa para alcançar a abstinência (um cálculo). Depois é preciso manter este comportamento e a recaída está sempre no fim da espiral. Retorna-se para o começo, mas é preciso aprender com a queda. Cada fase possui um grupo terapêutico específico que tem por objetivo produzir o movimento para a próxima etapa.

A TCC produz um campo técnico de intervenção. Em A1, os termos da psicanálise aparecem mais no fluxo individual de cada profissional, dependendo da residência de profissionais multidisciplinares, ou no grupo de família por meio de uma Assistente Social. Uma das supervisoras tinha formação em psicanálise, mas ela aplicava técnicas vindas da TCC. Em A2 ainda acompanhei uma discussão de WhatsApp da liga de farmacodependência⁶ comparando estas duas abordagens. Uma aluna de medicina comentou que uma colega de curso havia falado que a psicanálise não tinha evidência

⁵ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ElSw-kC5yN8>. Acesso em: 23 nov. 2021.

⁶ Trata-se de um espaço de formação para estudantes de graduação de medicina que também atendem pacientes em três pessoas, com uma supervisão mais próxima. A liga recebe também estudantes de outras universidades.

científica. Os supervisores afirmaram que o problema era a forma na qual eram realizadas as pesquisas, comparando-as com a TCC, pela qual as intervenções normalmente têm começo, meio e fim mais delimitados.

Essa segmentação temporal coloca a possibilidade de fazer um “Ensaio Clínico Randomizado, Duplo-cego e Controlado”⁷, pesquisa que seleciona a participação de pessoas por critérios clínicos variáveis, sorteando dois grupos para efeito de comparação. Comumente usada para comparar medicações, um grupo é chamado de controle e o outro não. No caso de terapêuticas não medicamentosas a comparação é entre duas formas diferentes. Um grupo é o controle, o outro é aquele pelo qual se quer estudar a eficácia do tratamento. O objetivo é isolar o placebo, comparar e definir uma porcentagem de eficácia. Os estudos são, em sua maioria, atrelados à nomenclatura do DSM.

A constituição da disfuncionalidade se dá, em grande medida, partindo da produção individual em direção ao que se considera exterioridade, podendo ou não ser cerebral. Nesse sentido, a medicação de F. estabiliza seu humor, agindo sobre uma disfuncionalidade interna e permitindo ajustar, também, o seu comportamento desadaptativo com o mundo externo, partindo e agindo sempre no/do Eu categorizado enquanto unidade separada das coisas e em oposição com o mundo. A TCC, como aparecia em A1, vinculava-se mais à produção de um comportamento esperado, delimitado e avaliado. Envolve uma mistura que passa pelo circuito de recompensa cerebral, a dopamina. Fazendo uma analogia, é como se cada fase fosse pensada como um impulso nervoso no espaço das sinapses. A2 chegou a ter estagiárias que vinham da TCC e também uma pesquisa que incorporava a técnica. No fim da conversa de WhatsApp um supervisor falou que a ciência não conseguia explicar tudo, com um espaço de tempo de alguns segundos e um complemento: “ainda”. O indefinido do futuro que projeta uma utopia de explicação completa, um anseio (ou desejo) de colocar a psicanálise neste caminho. O caminho do progresso.

Essa conversa ocorrida no WhatsApp se conecta com uma palestra assistida no hospital de A1, intitulada “Da antipsiquiatria à Psiquiatria Baseada em Evidências”. O Palestrante era um médico importante do departamento de psiquiatria onde A2 está instalado. A apresentação era narrada a partir da trajetória pessoal do médico, que vivenciou a contracultura e se interessava pela antipsiquiatria⁸ devido ao gosto de uma

⁷ Ver também: Pignarre (1999), Marras (2008) e Castro (2019).

⁸ Antipsiquiatria foi um termo cunhado por David Cooper (1985), na Inglaterra, para pensar tentativas de produção de cuidado críticas a centralidade hospitalar e a autoridade médica. Ganhou sentido difuso que agrupou práticas, teorias e lutas sociais críticas a psiquiatria ou parte dela. Comumente o conceito aglutina psiquiatras como Ronald Laing, Thomas Szasz e Franco Basaglia. No Brasil fez parte da produção da somaterapia, por Roberto Freire, fundindo a perspectiva de Cooper, Capoeira, Reich, Gestalt e anarquismo (DA MATA, 2009). A perspectiva também passa por dentro da formação da luta antimanicomial brasileira, cujo Manifesto de Bauru, produzido em 1987 no II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde é um dos marcos. O caminho que leva ao enquadramento jurídico, com a Reforma Psiquiátrica na Lei n. 10.216 de 2001, passa por uma influência da Psiquiatria Democrática, da experiência de descentralização na cidade de Trieste, Itália, e da presença de Franco Basaglia. Basaglia nunca perdeu de vista a produção de um cuidado antipsiquiátrico, no sentido de ser pautado fora do campo das especialidades (AMARANTE, 1998; 2008). Pode-se acrescentar movimentos como o Coletivo Pacientes Socialistas (SPK), ativo entre 1970 e 1971 em Heidelberg, e as lutas da Gay Lib, nos EUA, que, derivado da revolta de Stone Wall bloqueiam o congresso da Associação Americana de Psiquiatria em 1971 devido ao diagnóstico de homossexualidade estar presente em seus manuais, decretando-a como inimiga (LEWIS, 2016). Cabe ainda destacar a presença do pensamento antropológico de Gregory Bateson, fundamental entre os psiquiatras ingleses por meio do conceito de duplo-vínculo (BATESON, 1956). O antropólogo chega a participar do congresso *Dialética da Liberação*, organizado por David Cooper, para debater o tema. O Registro pode ser visto em Cooper (1970). Grande parte dessas articulações passava por vincular a antipsiquiatria ao anticapitalismo de formas variadas, o que também está presente no Manifesto de Bauru.

namorada da época. A narrativa demonstrava a passagem de um momento em que surgiram críticas à psiquiatria, desde seu interior, mas também de perspectivas históricas e sociológicas, até a chegada de uma cientificidade na área, primeiro com a introdução da epidemiologia psiquiátrica por pessoas como Michael Sheperd, na Inglaterra, que foi seu professor. Estudando na Inglaterra aprendeu o critério de uma verdade científica com a expressão “*show me the data*”, referente aos dados estatísticos como critério estabelecido no jogo das verdades. Depois, a psiquiatria passaria por uma integração: a “Medicina Baseada em Evidências”, fundada por Archie Cochrane e desenvolvida por pessoas como David Sackett, que também foi seu professor no Canadá. Esse campo das evidências “fundou” a metodologia do Duplo-cego, acrescentando práticas como a revisão sistemática e a meta-análise, para integrar e rever resultados de várias pesquisas, selecionando as melhores evidências disponíveis (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021).

A narrativa era a de que a psiquiatria, no período manicomial, ainda não era suficientemente científica, por isso valia-se de uma assistência precária. Ao mesmo tempo elaborava-se a sua história apenas como sucessão de fatos da própria ciência. O contexto histórico era aquilo que produzia sua crítica, enquanto a sua evolução era produzida pelo trabalho da área pela área. Uma desconexão entre ciência, política e história.

Ao falar sobre os nomes que compunham a antipsiquiatria, dois merecem destaque para a análise deste artigo. Michel Foucault, foi descrito como alguém que via “a prisão e outras instituições de confinamento não como avanço dos sentimentos morais e humanitários, mas como uma mudança de estratégia de poder, disciplinamento e domesticação dos corpos”. Na sequência foi feita uma ressalva de que Foucault teve uma tentativa de suicídio, que era homossexual, o que, naquela época era muito menos aceito. Era uma pessoa em sofrimento mental grave e isso pode ter influenciado o seu trabalho. Cabe destacar que o fato de Foucault ter formação em psicologia e ter trabalhado como psicólogo em um hospital psiquiátrico nunca foi mencionado. O mesmo tipo de discurso ocorre com David Cooper, descrito como uma pessoa que “dava aulas bebendo cerveja e tinha uma dependência grave”, presenciadas pelo palestrante que chegou a cursar uma destas na Inglaterra.

Deixa-se uma margem de compreensão para que pessoas em sofrimento mental não tratadas tenham também um problema da ordem da razão. Ao mesmo tempo que se separa a psiquiatria da história, universaliza-se no tempo moléculas, conceitos de transtorno, formas diagnósticas que se entrelaçam nos sujeitos e nas formas de se compreender essa partícula do “Eu”. Foucault poderia ser entrelaçado possivelmente a uma depressão com as argumentações que envolvem as moléculas de serotonina, Cooper é entrelaçado com o álcool, a dependência, a dopamina. Essas misturas entre droga e medicamentos e outras moléculas se estende para a história. Feitura do Eu no presente que se estende e se espalha pelo tempo. Também estabelece uma forma possível de se olhar as pessoas com sofrimento mental e distribui o que é mais ou menos legítimo quando assunto é o cuidado neste campo.

Durante a explicitação de um contexto histórico, a “ditadura militar” (civil-militar) no Brasil foi mencionada. Neste momento, uma placa na entrada do Hospital ligava a história, a instituição de onde o palestrante vinha e a que o recebia, uma placa que homenageava Pacheco e Silva. Este psiquiatra recebeu medalha de Ordem Nacional

do Mérito de Costa e Silva, em 1968, e participou da fundação do ARENA. Sua defesa da ditadura diante de uma “guerra de nervos” vivenciada no Brasil (TARELOW, 2018) passava por uma argumentação psiquiátrica, pautada no que na época era a Teoria da Degeneração, bem distribuída pela profissão ao redor do planeta, iniciada com o francês Benedict-Augustin Morel.

Esse corpo teórico via a ação psiquiátrica no campo das hereditariedades, distribuindo as anomalias na genealogia familiar, e sua reprodução por meio da descendência. Assim,

A embriaguez, por exemplo, vai provocar na descendência qualquer outra forma de desvio de comportamento, seja o alcoolismo, claro, seja uma doença como a tuberculose, seja uma doença mental ou mesmo um comportamento delinquente. (FOUCAULT, 2011, p. 309)

A ação psiquiátrica passa a ocorrer como uma defesa social, ciência de Estado, operando pelo conceito de “perigo”, tanto vinculado à potencialidade de um comportamento perigoso, quanto de degeneração da raça na história natural de evolução da espécie. Forma-se o que Foucault (2011) chama de racismo do anormal.

É por essa perspectiva que Pacheco e Silva defende a ditadura civil-militar, os valores da civilização e aqueles, ditos cristãos; define o comunismo como aquilo que ataca, ameaça e confunde estes valores, afirmando inclusive que as drogas eram uma estratégia desta prática política. Afirma ainda uma superioridade da “raça paulista” derivada dos bandeirantes que tudo criam e chega a propor que os casamentos sejam regulamentados pela psiquiatria, dando voz ao que chama de “a moderna medicina eugênica alemã” (TARELOW, 2018; COSTA, 1976; PETUCO, 2016).

No silêncio da História, a placa de homenagem não deixava de falar e colocar a forma como essas narrativas se formam, e como calam um vínculo político formativo da própria prática. No departamento de psiquiatria de A2, Pacheco e Silva é, por vezes, chamado de “nosso patrono”, em A1, faz parte do nome do Hospital que abriga o ambulatório. É tratado como aquele que começou a perspectiva biológica em psiquiatria, abriu caminhos para a modernidade. Se o conceito de raça desaparece, a história contada como evolução dos “sentimentos morais e humanitários” mantém ainda uma ação biológica que ocorre vinculada aos moldes da evolução em um registro da espécie humana, com os valores da civilização e o pano de fundo da colonização. Estabilizar um laboratório é também estabilizar uma política (MARRAS, 2008).

Ao fim, a apresentação mencionava que: “A psiquiatria foi desafiada de forma excepcional e até hoje antipsiquiatria permanece uma influência sobre aqueles que são críticos a uma das especialidades médicas mais fascinantes”. Conta-se a história de uma batalha e a vitória da ciência. Proclama-se algo como “os bárbaros ainda estão aí”.

Não são todos os psiquiatras que articulam esta narrativa completa atrelada ao método. Entretanto, constrói-se uma ambivalência entre a forma de produção científica que alimenta um discurso e a terapêutica. Nas diferenças entre as práticas, pode-se dizer que quanto mais centrada na biologia, mais se aproxima destes silêncios da história, quanto mais se abre para uma conexão com a diferença de outros saberes, mais potencialmente se afasta. Isso não implica necessariamente desindividualização. A própria psicanálise foi trazida ao Brasil por psiquiatras vinculados a teoria da degeneração.

Pacheco e Silva também era psicanalista. A relação entre práticas PSI e a ditadura civil-militar é mais ampla, ultrapassando um corpo teórico (COIMBRA, 1995). Apesar das diferenças possíveis, esta é uma história que não deixa de ser contada na comunidade internacional da Psiquiatria. O obituário de Michael Shepard define-o como alguém que venceu a estreiteza das explicações históricas e literárias, estendendo o modelo biomédico a questões sociais (RUSSEL, 1996). Não deixa de se produzir algo próximo ao que Foucault chama de “matriz de transformação” (FOUCAULT, 2007, p. 110).

A Psiquiatria baseada em evidências coloca a ciência como um campo de informação, neutro, higienizado na história, e a ação do profissional derivada de Escolhas que devem ser tomadas baseadas nas melhores evidências disponíveis, intermediadas pela prática clínica, pautadas na responsabilidade individual. Escolha e responsabilidade, um par de conceitos que reaparece também na ação terapêutica diante dos “pacientes”.

3 Escolha e Responsabilidade

A unidade do Eu passa também por uma linearização do tempo, produção do cotidiano. No caso da dependência existe sempre um problema anterior constituído pelas comorbidades psiquiátricas (outros transtornos) ou pelos desarranjos e traumas psicossociais que podem ser encontrados em ambos os ambulatórios. Uma psicóloga do A2 referenciou em uma sessão que: “É preciso ver o que vem antes da droga, quais são as comorbidades, e daí ver uma medicação. Se a pessoa não quiser tomar medicação também é possível, mas aí tem que se implicar ainda mais no tratamento”. Do outro lado, no A1, o uso de cocaína por H. aparece como resultado de uma busca individual por conquistar uma habilidade social que não possui. H. é muito tímido, começou a trabalhar muito cedo, e não consegue se relacionar com outras pessoas quando não está sob efeito da cocaína. Especula-se uma fobia social.

Uma história, narrada comumente por um psicólogo, que ganha um estatuto de exemplo, sempre repetida: “Fulano me disse que quando bebia uma cerveja, de repente se via bebendo vinte, falei para ele que não é isso que ocorre, mas ele para e abre uma lata, bebe uma cerveja, abre outra lata e bebe outra cerveja, abre outra lata e bebe outra cerveja, e assim vai até a vigésima lata”. Ocorre aqui a operacionalidade de uma máquina de tradução e conversão, no estabelecimento de um fundamento: o tempo cronológico.

Produz-se uma linearidade para se produzir um contínuo do Eu, ligado a um nome próprio. Por isso, uma das atividades que pode se encontrar em um serviço de saúde mental é exatamente chamada de “linha do tempo”. Ela trata exatamente da produção de um *quando*. Alocam-se em datas os acontecimentos da vida de uma pessoa, exatamente para poder observar este encadeamento. Outra variação desta atividade é produzi-la em função da sua história dentro da instituição, que mostra o dia em que você chegou e o que foi acontecendo durante este período, a linearidade do tratamento e as correlativas transformações do sujeito.

Annemarie Mol (2008), em “*The Logic of care: health and the problem of patient choice*”, situa a lógica da escolha a partir de duas construções dessa ficção que normalmente chamamos de ocidente: o mercado e o contrato. De um lado, trata-se do paciente como

consumidor, capaz de fazer escolhas racionais entre um produto e outro. De outro, como cidadão, aquele “[...] que controla seu corpo, que o domestica, ou dele escapa. Cidadãos possuem a habilidade de fazer suas próprias escolhas no silêncio de seus corpos” (MOL, 2008, p. 35). Em ambos os casos, é sobre a conceituação do indivíduo livre e autônomo que se vincula a espécie humana e sua capacidade de pensar mediante um uso específico da razão como cálculo, fruto da produção de uma modernidade liberal.

Nos ambulatórios podemos notar uma série de palavras que de fato compartilham uma zona de vizinhança, tanto com a esfera econômica quanto com o campo da cidadania jurídico-política. Os pacientes demandam enquanto os ambulatórios ofertam, e toda relação entre um profissional e um paciente, em um comum acordo terapêutico onde cada um se responsabiliza por sua parte, é chamada contrato. Quando se trata desse tempo linear, ele é também recurso de uma lógica dessa escolha-mercado, visto que ele é algo em que se investe. Como os recursos terapêuticos são finitos (o número de psicólogos, terapeutas ocupacionais, vagas de leitos em enfermaria, etc.) deve-se fazer escolhas mediante critérios como: o tempo em que o paciente está em tratamento, a avaliação de caso por caso, e a responsabilização por cada escolha mediante a um uso calculado dessa razão descorporificada. Ambos os ambulatórios mobilizavam a expressão “investir tempo no paciente”, um questionamento se vale a pena ou não investir mais tempo em determinado caso, ampliar um tempo gasto institucionalmente, ofertando mais espaços terapêuticos como acréscimo em grupos, terapias individuais, etc.

Mol (2008) também sinaliza que a lógica da escolha apresenta um tempo linear: se escolhe em vista de fatos que são valorados e analisados consoante suas consequências possíveis e, assim, responsabiliza-se por cada decisão estendida em uma linearidade cronológica do caminho de uso da razão. Partindo da análise de Mol, pode-se notar esta lógica na definição de transtorno de uso de substâncias, presente no DSM-V (APA, 2014), por exemplo, em uma parte nomeada como “baixo controle”, referente a: 1) consumir a substância em maior quantidade ou por mais tempo do que o pretendido inicialmente; 2) desejar e diminuir ou regular o uso com tentativas frustradas; 3) gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos; 4) em casos graves, praticamente todas as atividades diárias do sujeito giram em torno da substância. Esses critérios enfatizam o controle como uma lógica do planejamento do uso, em que pode se escolher ou não usar, gastar ou não uma certa quantidade de tempo.

No entanto, mesmo quando parece não se escolher, visto que se consome uma substância por mais tempo do que se gostaria, muitas vezes, os ambulatórios enfatizam e retraduzem os acontecimentos a uma escolha, como por exemplo no caso de escolher abrir uma lata de cerveja na sequência cronológica das próximas que virão, ou ainda como neste diálogo retirado da conversa entre uma psicóloga e um paciente de A2:

Ch.: Já Eu, faço porque amo [usar cocaína]. Mas Eu não consigo usar 2, 3 horinhas. Tem que ser 2, 3 dias.

Psicóloga: E o quanto a gente se respeita? Cada um aqui se respeita? Cada um tem o livre arbítrio, o poder da escolha, a escolha de cada um se apropriar da substância e fazer isso. Mesmo quando, às vezes, parece que ela cai do céu.

A escolha também pode aparecer como oposta ao conceito de hábito, também nomeado como um comportamento “automático”: “Em algum momento pode ter sido uma escolha, talvez hoje o hábito já não seja mais escolha, seja mais automático. Com outros hábitos conseguimos parar. Por que não conseguimos largar desses?”.

Em ambos os casos a escolha chega depois da vida vivida, não parte do usuário, mas é ação sobre uma história trabalhada para se linearizar em uma vida individualizada. Uma vida começa na família e termina na morte biológica, entre esses termos pouca coisa é capaz de passar. Este conceito aponta para um uso da razão refletida que não se deixa dominar por uma vontade ou desejo, uma razão que avalia, mede e compara acima da corporalidade (MOL, 2008; AZIZE, 2010). A lógica da escolha o coloca em sua autonomia, o que corta ou diminui em importância quase insignificantes ações externas sobre uma pessoa.

A palavra “escolha” também pode passar ao uso dos pacientes ao longo do tratamento, visto que em nenhum momento vi essa palavra ser usada no instante em que aparecia pela primeira vez neste nestes espaços. Aqui, também chega depois, mas na forma de um aprendizado. Ac., por exemplo, que se tratou por muitos anos em A2, no fim do campo passou a dizer que agora podia fazer escolhas. Escolha de não usar as drogas, escolhas relacionadas ao trabalho (que fazia fora de sua função, por não estar habilitado a ser um assistente social no hospital público que trabalhava devido aos problemas psiquiátricos), escolhas de com quem se relacionar amorosamente. Isso vinha acompanhado de pensar mais nas consequências e se responsabilizar pelos seus atos. Por algumas vezes ele resolveu beber, visto que não associava o uso da cocaína à bebida. Chegou a faltar no trabalho três dias por conta da ressaca que teve. Entretanto, frisava que fizera uma escolha e, portanto, se responsabilizava por ela.

Uma aula assistida em A2 sobre Transtorno de personalidade borderline deixa o limite do funcionamento do par escolha-responsabilidade mais claro. Para se ensinar a estudantes de medicina sobre o que seria este transtorno foi exibido o documentário *Amy*, dirigido por Asif Kapadia e lançado no ano de 2015. Nesta aula, após muitos comentários sobre o horror do abuso midiático sobre a cantora Amy Winehouse, o transtorno começa a ser delimitado a partir de uma fala que se inicia pensando “além” das pressões ditas como “sociais” e “culturais”: “tem que levar em conta que ela também sabia o que era uma gravadora, ela disse que faria os shows que faltou, tem que ver as escolhas e a responsabilidade dela”. A partir desse momento, pode-se começar a pensar na saúde mental de Amy, como Eu unitário que deve se responsabilizar por suas escolhas, e os problemas derivados destas escolhas e responsabilizações podem ser avaliadas no âmbito do transtorno ensinado. A partir daqui se avalia e se diagnostica um transtorno.

Em um ambulatório cuida-se de um indivíduo, de um sujeito específico, para isso cortam-se mundos e exterioridades. Saem de cena: ação da gravadora, flashes de câmera, jornais, luzes, exigência de produtividade e mercado de trabalho, capitalismo, relações de gênero que apontassem para alguma incidência sobre Amy. Converter a vida em um transtorno é cortar conexões e unificar o sofrimento sob um nome. Além disso, vale ressaltar a própria aula, que avalia e diagnostica uma vida que nunca conheceram. O documentário também foi editado para que coubesse no tempo da aula, deixando os pontos mais relevantes. Cortar e editar aparecem como ações de produção diagnóstica.

A placa de entrada de A2, exibia a seguinte mensagem: “não é a abstinência o contrário da dependência e sim a liberdade” Uma coordenadora dos grupos de acolhimento ao mencionar a frase da placa fazia uma pequena alteração e dizia: “liberdade de escolha”. O conceito de liberdade é pensado como o exercício de uma escolha remetendo perpetuamente ao indivíduo, separando de um conceito de social que é lido como sinônimo de Estado, como o programa de renda Bolsa Família. Indivíduo e sociedade, reaparecem como distribuição de rede de assistência de saúde para rede de assistência social. No fim, trata-se de uma repetição do Estado, que, é feito junto ao indivíduo, à saúde e ao fora ao qual se remete a biologia, assim como toda capacidade de resolução de um problema que não fora da ordem da saúde.

Deslocando as análises do indivíduo liberal para o tempo de hoje, é preciso colocar em jogo a produção do neoliberalismo. A distribuição de escolhas e responsabilidades na individualização a partir da produção da “unidade do eu” se alia a uma racionalidade neoliberal (FOUCAULT, 2008a) vinculada à produção de matriz estadunidense. Por meio dessa racionalidade, aglutinava-se a um campo econômico uma gama de aspectos que não estavam a ele relacionados anteriormente. Tratava-se primeiro de reintroduzir o trabalho em uma teoria econômica, tarefa primeiramente feita por Theodore Schultz (1973). O capital passa a ser inerente ao sujeito, uma máquina que não pode ser separada do próprio trabalhador. Este capital começa com um aparato inato que é o próprio corpo biológico, mas também, com o investimento da família em seus filhos, seja no tempo gasto nas relações familiares e cuidados com a criança, mas, também, nas atividades educacionais extracurriculares e curriculares. Nesta literatura, tudo passa a ser quantificável pela renda. Gary Becker (1991), por exemplo, afirma existir entre uma mãe e um bebê uma “renda psíquica”. Tomando um exemplo de campo para pensar essa lógica familiar, pode-se retomar um acontecimento em A1. Ali, um paciente chegou não pelo seu uso repetitivo, mas porque quando bebia passava um tempo tendo pânico e fobia social. A família, muito rica, quando questionou os profissionais, disse-lhes havia feito um grande investimento em seu filho ao longo de sua vida e queriam ver os resultados desse investimento.

A produção de uma racionalidade neoliberal estabelece certo tipo de razão que passa fundamentalmente pela “[...] escolha racional e custo-benefício, excluindo explicitamente todos os demais valores e interesses” (HAMANN, 2012, p. 101). Não se trata de pensar o movimento de uma teoria que faça o mundo, mas um entrelaçamento nas relações, que produz no discurso psicológico os próprios conceitos de escolha e responsabilidade em uma subjetividade formada a partir de um “empreendedor de si mesmo”, uma generalização da forma-empresa. A unidade do Eu, essa forma específica de uma linearidade individualizada, conecta ao mesmo tempo um sujeito de direito e um sujeito de interesses econômicos (DARDOT; LAVAL, 2016; SAFATLE, 2020). Um sujeito sem rupturas que é capaz de fazer boas ou más escolhas, permeadas por riscos que estão embutidos no cálculo e devem ser observadas a partir das informações disponíveis⁹. A incorporação do cálculo econômico não é oposta ao Estado, mas incorporada em sua gestão, passando por pesquisas e estatísticas (WILKE; AUGUSTO, 2019; SAFATLE, 2020; CASTRO, 2019; FOUCAULT, 2012).

⁹ Para um caminho teórico dos conceitos de escolha e responsabilidade em meio à formação do pensamento neoliberal, ver Franco *et al.* (2020).

Essa forma da escolha refletida, também apareceu em uma definição de redução de danos, escutada em campo. A redução de danos não compete com a abstinência porque a abstinência pode aparecer como demanda do sujeito que busca tratamento. Cada um determina suas metas, portanto, se responsabiliza por elas. Entre parar e não parar de usar drogas, existe uma modulação possível baseada em um indivíduo que escolhe (ROSA, 2012). O exemplo dado em um grupo de estudos sobre o tema foi o de que se pode ensinar uma criança a escolher a hora de comer a maçã e a hora de comer a coxinha. Uma pessoa pode comer uma fritura em momentos específicos da vida sem que isso lhe cause grandes danos. Ensinando a relação com a comida para a criança, se ensina também, sobre as drogas, visto que se trata mais de ensinar uma forma de racionalidade, calcada na escolha e no cálculo e na responsabilidade de se comer a fritura, do que uma referência a uma situação específica. O cálculo se dá baseado nas informações que se tem sobre o alimento que se vai consumir, a fruta ou a fritura. Também aparece aqui um certo tipo de concepção de sociedade como produto da soma dos indivíduos, visto que a educação de cada um, escolhendo e se responsabilizando por cada escolha sua, autônoma, produz certa disseminação social desta concepção de redução de danos.

A ação terapêutica nestes termos, corrobora certa maquinaria capaz de transformar causas que se passam fora da singularidade corpórea em responsabilidade individual. Um exemplo seria um trabalhador precarizado, sem direitos garantidos, que está sempre pensando no próximo trabalho, que é a característica da organização produtiva de nosso tempo (DARDOT; LAVAL, 2016; FRANCO, 2021), que recebe um diagnóstico de ansiedade. Os próprios trabalhadores da saúde muitas vezes são essas pessoas. Nos ambulatórios, enquanto médicos são residentes e em alguns casos existe uma residência multiprofissional, soma-se trabalhadores voluntários que estão ali por razões variadas, mas que trabalham em mais de um lugar, fazem deslocamentos complexos, se alimentam mal, se esfacelam e esburacam junto ao trabalho. Existe uma assimetria colocada desde quem atende. Instabilidade, garantia do trabalho e geração de renda, endividamento (MORAES, 2020; LAZZARATO, 2017) que produzem uma constante antecipação do futuro, podendo se dizer, em termos clínicos, que é uma forma de trabalho “ansio gênica”. Estes eram também problemas de R.

Podemos retomar o fictício transtorno borderline de Amy Winehouse, que verte as causas externas do peso das cobranças e da produção midiática sobre sua pessoa, assim como a relação com sua gravadora. É no mesmo sentido que uma fala ecoou em um grupo de acolhimento: “Não me considero doente. Se Eu for doente é porque nasci de uma sociedade também doente”. A resposta da coordenadora foi a de que ele estava atribuindo culpa ao outro, não se responsabilizando pelas suas ações.

4 O Eu, suas Relações e suas Feituras

Este artigo foi se fazendo de forma a partirmos da duplicidade vivida por R. e cada vez mais ser enfatizado um movimento dos ambulatórios em que se coloca o Eu como uma unidade oposta ao mundo, sem misturas entre coisas, e, ao mesmo tempo, linear em sua temporalidade individual. É por meio dessa unidade que é possível pensar

alguém que escolhe e se responsabiliza, ação de uma razão igualmente linearizada que individualiza e corta as exterioridades que incidem sobre uma singularidade corpórea, atrelada a uma racionalidade neoliberal.

O que tanto R. quanto F. colocam é uma produção do Eu que se enuncia sem separar as misturas, expondo uma forma relacional de se produzir o que chamamos de Eu. Enfatizou-se mais fortemente a mistura com as substâncias, mesmo quando se tem muito sofrimento envolvido, para pensar a partir destas relações (o que não corta outras existentes) em conjunto com a prática do tratamento exercida nos ambulatórios. Pode-se pensar o Eu como feito, cotidianamente, como um efeito. Não se faz de maneira autônoma, mas por relações que ultrapassam a individualização.

Essa forma-indivíduo também repercute na história, criando universais, repondo a nomenclatura dos transtornos, misturando-se a sujeitos, como no caso de Foucault e David Cooper, atrelados a esquemas cerebrais, que envolveram pesquisas com medicações fora do tempo em que viveram. Ao mesmo tempo, distribui-se uma capacidade de razão. Tudo isso é interligado a própria metodologia da Psiquiatria Baseada em Evidências.

Essa afirmação de um saber ahistórico, pautado nos avanços dos sentimentos morais, e que atuam na defesa de cada instituição do presente, já havia sido sinalizada por Jane Russo e Marta Hening (1999) a partir da publicação do DSMIII, em 1979, centrado na perspectiva biológica. Ambas afirmam que esta publicação passa a colocar a psiquiatria como “ateórica” e a partir dessa posição esvaziava os debates políticos da época. Também lembram que Transtorno é a tradução para português de “disorder”, desordem como oposição a ordem, palavra que entrelaça ciência e política em seus fundamentos (SHAPIN, 1998; MARRAS, 2008). Um processo de banalização do diagnóstico psiquiátrico que, se contribui para atenuar o que era o estigma referente a “loucura”, “favorece ao mesmo tempo e na mesma proporção uma penetração intensa da psiquiatria e de sua lógica no dia a dia das pessoas” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 475).

Butler (2003), em *Problemas de Gênero*, questiona a anterioridade do corpo em relação ao que seria sua interpretação, problematizando a realidade biológica como anterior ao que estabelecemos nos marcos da cultura. A filósofa trabalha essas questões para revisitar os paradigmas estabelecidos na fundação biológica do sexo e sua distribuição binária, refletindo também as fronteiras entre “interno” e “externo”:

“Interno” e “externo” só fazem sentido em referência a uma fronteira mediadora que luta pela estabilidade. E essa estabilidade, essa coerência, é determinada em grande parte pelas ordens culturais que sancionam o sujeito e impõem sua diferenciação do abjeto. Conseqüentemente, constituem uma distinção binária que estabiliza e consolida o sujeito coerente. (BUTLER, 2003, p. 192)

Estabilizar é também palavra corrente nos ambulatórios: dosagens de medicação e diagnósticos estabilizam. Podemos estender essa noção compartilhada de estabilidade para a oposição Eu-mundo, feita estabelecendo os limites entre o que se define como interior e exterior, para produzir e distribuir escolhas e responsabilidades.

A própria separação entre drogas e medicamentos, entre as substâncias usadas pelos pacientes e as prescritas pelos médicos produzem definições e fronteiras sobre o corpo em relação ao Eu. As medicações tornam-se parte desta feitura, na medida em

que estabilizam um Eu original que se mantém no tempo, enquanto as demais drogas agiriam tanto em uma fuga quanto em certa anestesia. Estas duas categorias remetem a uma série de outras divisões. Os medicamentos estão vinculados ao controle, à medicina, à regulamentação pela Anvisa, a produção da indústria farmacêutica, a dosagem estável a partir da produção de comprimidos e das unidades de medida de substâncias padronizadas, a tratados internacionais etc. As demais drogas estão vinculadas em alguns casos a ilegalidade e a proibição de seu uso, como a cocaína e a maconha, mas, de todo modo, mesmo que habitem um campo da legalidade, como o álcool e o tabaco, estão vinculadas a uma perspectiva de abuso e doses não calculadas por uma prescrição. Fica estabelecida uma relação entre interioridade e exterioridade mediada pela ação de um profissional de saúde, as regulamentações e suas prescrições.

Vargas (2001) chama esta separação de partilha moral, operacionalizadas em função de um critério médico, conectando-se para mais ou para menos com valores da sobriedade, distribuído também entre drogas diferentes. O café, por exemplo, mesmo que possa agravar um problema de ansiedade, não costuma entrar em enunciados como “fuga de si mesmo”. Distribui-se as drogas a partir da função médica entre o que faz e o que não faz uma “unidade do eu”, produção de um real dentro de si.

Mol (2008) questiona o que significa escolher quando se está separado de um processo de produção, rede, relação, em que seu cuidado está entrelaçado. São produções de pesquisas, relações econômicas com a indústria farmacêutica, as conexões de mercado entre esta indústria e os congressos de Psiquiatria (AZIZE, 2010), a distribuição de medicamentos para testes, as medicações presentes no SUS e aquelas somente para quem pode pagar, a distribuição dos efeitos colaterais.

Rosana Castro situa laboratórios internacionais e relações transnacionais de incentivo de pesquisas de medicamentos onde “[...] o Brasil vem sendo considerado pela indústria como um local com evidente potencial para a condução de estudos clínicos, mediante sua caracterização de um país cuja população é miscigenada e carente de acesso apropriado a tecnologias de saúde” (CASTRO, 2019, p. 2). Deriva-se deste contexto uma noção de raça e a capitalização de um sofrimento que incide majoritariamente sobre pessoas negras e dependentes do SUS. Esses atores articulam e operam o que chama de “economias políticas da saúde e da doença” (CASTRO, 2019, p. 17), vinculadas ao Estado neoliberal e o conceito de evidência. Conexão com um racismo que opera na especulação destes corpos, com a própria produção de problemas de saúde, miséria, sofrimento, vinculados a um deslizamento para a morte.

Parece ser esse campo de uma economia política que não para de acoessar a todo tempo, a cada instante, entre produção de pesquisa, medicações, responsabilizações e individualizações, o dia-a-dia dos ambulatórios, colocando, no limite, uma ambivalência do trabalho com saúde mental, algo que está ali sempre emaranhando. Saúde como economia-política.

C., homem negro, morava no quarto dos fundos de uma casa, junto com sua mãe que era cuidadora de uma idosa. De tempos em tempos morava na rua, consumia crack e álcool durante este período, ansiolítico no retorno. Ele fazia seu tratamento em A1. Chegou a aparecer roxo e escoriado por ter apanhado da polícia, outra vez com o queixo furado que vazava bebida. Em um grupo de motivação ele colocou a situação nestes

termos: “a vida é um jogo, ou você está dentro do jogo, ou você toma porrada”. Durante o período de campo, morreu dormindo em casa. Em A2, E. homem negro, foi preso como cúmplice de um incêndio em uma casa, fato que ocorreu quando não estava presente. Passou anos se recusando a pagar multas na justiça e tendo problemas derivados disso. E. viveu entre muitos equipamentos de saúde até se fixar em A2. Morreu de tuberculose em um albergue na cidade de São Paulo. Um jovem e outro de mais idade, viveram sofrimentos produzidos e distribuídos constantemente no tempo, mesmo que ora fossem atenuados. “A vida escorrega para uma forma de morte que pode ser considerada como ‘devido a causas naturais’” (POVINELLI, 2008, p. 511).

Castro (2019) apresenta questões próximas passando entre o conceito de *necropolítica* (MBEMBE, 2021) e de *biopolítica* (FOUCAULT, 2005; 2007; 2008a) um *fazer-viver* e *deixar-morrer* que não abandona uma forma de *fazer-morrer*; um “racismo de Estado” que liga a história como história da espécie em relação com as tecnologias coloniais. O paroxismo do genocídio nazista como primo do genocídio colonial (FOUCAULT, 2007, p. 307). A placa em homenagem ao patrono Pacheco e Silva não deixa de rememorar a moderna medicina eugênica alemã conectada com a figura do bandeirantismo paulista.

Não se trata de estabelecer uma não agência de uma pessoa, mas colocar em questão uma ênfase na distribuição de escolhas e responsabilidades. Castel (1987), pensando a expansão da psiquiatria e a difusão de práticas PSI, e Mckinon (2021), tempos depois, olhando para a formação de uma psicologia evolucionista que naturaliza a escolha na história da espécie vinculada ao neoliberalismo, curiosamente sugerem um mesmo termo de operação. A insistência na escolha, sua naturalização como princípio de liberdade, funciona, mesmo que paradoxalmente, porque não deixa atuar pela – e também ressaltar, colocar e distribuir o que é – não escolha.

A ação dos ambulatórios, em alguma medida, passa por uma separação de misturas entre drogas, história, política, articulando definições cerebrais. Nem sempre uma ação perante um diagnóstico, da forma mais correta clinicamente, implica em agir sobre um sofrimento. Em A2, um menino jovem havia chegado no ambulatório por beber e ouvir uma voz. Ficou um tempo na instituição mesmo sendo constatado que ele não tinha problemas com álcool. Outros serviços de saúde mental não o aceitavam, por fazer uso de drogas. Ele ouvia sempre a voz de uma mulher, que conversava com ele e oscilava entre zombá-lo e falas mais tranquilas. Ele era apaixonado por essa voz. Chegou ao serviço porque a voz da mulher lhe disse que ele precisava se tratar, e que, se o fizesse, iria se apresentar para ele. Chegou ao ambulatório então procurando a mulher. Quando iniciou a medicação com antipsicóticos a voz desapareceu. Ele virou outra pessoa. Mais abatido, mais quieto, quase mudo. A residente que o medicou chegou a me dizer que se “sentia mal” de ter receitado a medicação que interrompeu a voz, evento decisivo para o paciente ter se calado.

Retirar a voz desta mulher da vida dele era retirar também uma relação que poderia se chamar social. Apenas ele ouvia a voz, e de seu ponto de vista, as relações que decorrem desta existência audível são reais. É na realidade de uma vida que se trabalha. Remover esta voz era desmanchar um território existencial formado.

O que o campo, em suas relações, mostra não é que se tenha um Eu anterior a ser descoberto, mas que, efetivamente, só se se produz o que se chama de interioridade,

cerebral ou psíquica, com aquilo que está fora. A oposição entre Eu e mundo, assim como a unidade permanente do Eu, ganham realidade por meio de uma separação que só consegue se estabilizar porque não se opõe ao mundo, mas porque nele está entrelaçado. Vozes, drogas, profissionais, familiares, história, contratos, economia, cérebros, dopaminas, medicações, o que está perto e o que está longe; tem muita mistura para fazer um Eu. São movimentos povoados nos territórios existenciais de uma pessoa, que, em alguns momentos, podem sofrer abalos, se desmanchar ou romper, mesmo que também algo possa permanecer. Um Eu feito com e no mundo, entrelaçado a relações de poder, junto aos ambulatórios, atendimentos, produção de saber, colonização, Estado, racismo, ordem e desordem. Estabilizar uma saúde mental é estabilizar uma política.

Por fim, cabe lembrar, que minha tese foi defendida em 2019, e, desde então nunca parei de trabalhar com grupos de acolhimento e redução de danos no campo da saúde mental. Revisitar alguns momentos de campo é também constituir este texto passando por pelo menos dois termos: o antropólogo e a pessoa que trabalha no campo da saúde. Um trabalho que não deixa de me lembrar que sou estrangeiro, quando, por exemplo, existe uma exigência quantitativa para atendimentos que qualificam um serviço de saúde e meu trabalho não conta como número por ser uma profissão fora da área. Quantidade, estatística, produção, economia, Estado. Neste sentido, é um psiquiatra na função de coordenador que mantém e convida a existência de um trabalho estatisticamente inválido dentro do ambulatório. Esta questão poderia apontar possíveis diferenças e caminhos para outras análises.

Anos depois, de alguma forma, as angústias, os problemas compartilhados entre meus colegas e a experiência vivida com as pessoas que usam drogas e buscam cuidados que empurraram o antropólogo. Uma pergunta em um atendimento marcou esta angústia: “eu fico pensando, a vida é isso?” Em quantas relações ela poderia ser deslocada? Entre o meu próprio emaranhamento, memórias do campo, medicações, drogas, conversas, um pensamento não deixou de inquietar: talvez fosse necessário rearticular questões a partir do que na saúde mental, produz, relaciona-se ou aparece como uma forma de silêncio, como uma voz que desaparece e faz parar de falar. Olhar as redes e práticas no campo da saúde mental não pelas falas ou pela escuta, mas do ponto de vista do silêncio. Lima Barreto (2010), internado por alcoolismo, dizia que o horror do manicômio não era seu barulho, mas o silêncio, daí a sua comparação com um cemitério de vivos. Esta é uma sinalização de um caminho que acontece no tempo do processo, trata-se de situar um fora da escrita que também a move. Este artigo passa também por este movimento, ao mesmo tempo fora e presente, partindo das feitura do Eu, da distribuição entre escolhas e responsabilidades e do entrelaçamento e separação entre drogas e medicações. Um começo e um meio para, retomando o filósofo que é ao mesmo tempo parte do método deste artigo e presença patológica no campo, ouvir o ronco surdo das batalhas daqueles considerados bárbaros.

Referências

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- AMY. Direção: Asif Kapadia. Produção de James Gay-Rees, George Pank e Paul Bell. Inglaterra: Universal Music, 2015.
- APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZIZE, Rogério. **A nova ordem cerebral**. 2010. 297p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BATESON, Gregory. Toward a Theory of Schizophrenia. **Behavioral Science**, [s.l.], v. 1, n. 4, p. 251-254, 1956.
- BECKER, Gary. **A Treatise on the Family**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1991.
- BIEHL, João. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 413-449, 2008.
- BONET, Octavio. Itinerâncias e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Revista Sociologia & Antropologia**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 327-350, 2014.
- BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CANONICO DE SOUZA, Leticia; CARACHO, Matheus; SANTOS, Maria de Paula dos. Tempo e Subjetivação em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, Maria de Paula dos (org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 61-76.
- CASTEL, Robert. **Gestão dos riscos: da antipsiquiatria a pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CASTRO, Rosana. Economias políticas da doença e da saúde: população, raça e letalidade na experimentação farmacêutica. **Ayé: Revista de Antropologia**, Ceará, v. 1, n. 1, p. 1-26, 2019.
- CHRISTIE, Nils. Elementos para uma geografia penal. **Revista de Sociologia e Política**, [s.l.], n. 13, p. 51-57, 1999.
- COIMBRA, Cecília. **Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas *psi* no Brasil do “milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.
- COOPER, David. **Dialética de la Liberación**. Aramburu: Cuernavaca, 1970.
- COOPER, David. **Psiquiatria y antipsiquiatria**. Barcelona: Paidós, 1985.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.
- DA MATA, João. **SOMA – uma terapia anarquista**. Rio de Janeiro: Achiamé, 2009.
- DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. Valência: Pré-Textos, 1980.
- DON L. **Camisa 10 (part. Cacife Clandestino e Don L)**. Composição: Diomedes Chinaski/Don L./Felp22. Release em junho de 2018. Disponível em: <https://genius.com/Diomedes-chinaski-camisa-10-lyrics>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- DUMONT, Louis. **O individualismo – uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

- FARIA, Lina; OLIVEIRA-LIMA, José Antônio de, ALMEIDA-FILHO, Naomar. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **Revista História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 59-78, 2021.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007. v. 1.
- FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- FRANCO, Fábio Luís. Fazer precarizar: neoliberalismo autoritário e necrogovernamentalidade. **Caderno CRH**, Salvador, v. 34, p. 1-15, 2021.
- FRANCO, Fábio *et al.* O sujeito e a ordem do mercado: gênese do mercado. *In*: SAFATLE, Vladimir; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 47-76.
- HAMANN, Trent. Neoliberalismo, governamentalidade e ética. **Revista Ecológica**, São Paulo, n. 3, p. 100-133, 2012.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota Técnica – Perfil das Comunidades Terapêuticas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2017.
- KARAM, Maria Lúcia de. Pela abolição do sistema penal. *In*: PASSETTI, Edson (org.). **Curso Livre de Abolicionismo Penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004. p. 69-107.
- LAZZARATO, Mauricio. **O governo do homem endividado**. São Paulo: n-1 Edições, 2017.
- LEWIS, Abram J. “Wer are certain of our own insanity”: antipsychiatry and gay liberation movement. **Journal of History of Sexuality**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 83-113, 2016.
- LIMA BARRETO, A. H. **Diário do Hospício: o cemitério dos vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.
- LOECK, Jardel Fischer. **A dependência química e seus cuidados: antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS**. 2014. 285p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- MALUF, Sônia Weidner. Por uma antropologia do sujeito: da Pessoa aos modos de subjetivação. **Revista Campos**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 131-158, 2013.
- MARRAS, Stelio. Do natural ao social: as substâncias em meio estável. *In*: LABATE, Beatriz *et al.* **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
- MBEMBE, Achille. **Políticas da Inimizade**. São Paulo: n-1 Edições, 2021.
- MCKINON, Susan. **Genética neoliberal – uma crítica antropológica da psicologia evolucionista**. São Paulo: UBU, 2021.
- MOL, Annemarie. **The logic of care: health and problem of patient choice**. Inglaterra: Taylor & Francis, 2008.
- MORAES, Alana. **Experimentações Baldias e Paixões de Retomada: vida e luta na cidade acampamento**. 2020. 440p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

- PERLONGHER, Nestor. **Antropologia das sociedades complexas: identidade e territorialidade**, ou, como estava vestida Margaret Mead. Transcrição de palestra de 1984. IFCH Unicamp. 1984. Disponível em: http://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/22/rbcs22_08.pdf. Acesso em: 3 out. 2022.
- PERLONGHER, Nestor. **Territórios Marginais – Papéis avulsos**. Rio de Janeiro: Ciec UFRJ, 1989.
- PETUCO, Dênis. **Pomo da discórdia: a constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil**. 2016. 460p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.
- PIGNARRE, Philippe. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Editora 34, 1999.
- POLICARPO, Frederico. Local onde os múltiplos discursos sobre drogas se encontram: fazendo pesquisa num centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS/AD). In: LABATE, Beatriz *et al.* (org.). **Drogas, Políticas Públicas e Consumidores**. Campinas: Mercado de Letras, 2016. p. 287-314.
- POVINELLI, Elizabeth. A. The child in the broom closet: states of killing and letting die. **South Atlantic Quarterly**, [s.l.], v. 107, n. 3, p. 509-530, 2008.
- RODRIGUES, Thiago. **Política e drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC, 2004.
- ROSA, Pablo. **Drogas e Biopolítica: uma genealogia da redução de danos**. 2012. 373p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2012.
- RUSSEL, Gerald. Obituary. **Psychiatric Bulletin**, Cambridge, v. 20, p. 632-637, 1996.
- RUSO, Jane; HENING, Marta. O sujeito da “psiquiatria biológica” e a concepção moderna de pessoa. **Revista Antropolítica**, Niterói, v. 1, n. 6, p. 39-55, 1999.
- RUSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa. Classificando as pessoas e suas perturbações. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.
- SAFATLE, Vladimir. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, Vladimir; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 17-46.
- SCHULTZ, Theodore. **O Capital Humano: investimentos em educação e pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- SHAPIN, Steven. **Scientific Revolution**. Chicago: University of Chicago Press, 1998.
- STRATHERN, Marilyn. **O efeito etnográfico**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.
- TARELOW, Gustavo Querodia. **Antonio Carlos Pacheco e Silva: psiquiatria e política em uma trajetória singular (1898-1988)**. 2018. 383p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- VARGAS, Eduardo Viana. **Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”**. 2001. 623p. Tese (Doutorado em Sociologia E Política) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Metafísicas Canibais**. São Paulo: Cosac Naify; n-1 Edições, 2015.
- WILKE; Helena; AUGUSTO, Acacio. Racionalidade neoliberal e governança: embates entre *democracia securitária* e anarquia. In: RAGO, Margareth; PELEGRINI, Maurício (org.). **Neoliberalismo, Feminismos e Contracondutas – perspectivas foucaultianas**. São Paulo: Intermeios, 2019. p. 225-245.

WILSON, Wander. **a repetição da construção da interioridade do sujeito em ambulatórios didáticos**: uma etnografia por meio da circulação entre hábitos, adições, dependências e prazeres com drogas e/ou substâncias. 2019. 303p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais com área de concentração em Antropologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

Wander Wilson

Doutor em Ciências Sociais (área de concentração em Antropologia) pela PUC-SP. Trabalha como acolhedor e redutor de danos no Programa de Orientação e Atendimento ao Dependente (PROAD – UNIFESP), onde também atua na formação de estagiários e ministra semestralmente o curso livre Antropologia Histórica das Drogas.

Endereço profissional: PROAD, Rua Maj. Maragliano, n. 241, Vila Mariana, São Paulo, SP. CEP: 04017-03.

E-mail: wanderwi@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0402-4320>

Como referenciar este artigo:

WILSON, Wander. Misturas e Cortes entre Drogas, Medicamentos e Corpos na Feitura “Eu”. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85668, p. 134-158, janeiro de 2023.

A Fluidez do Aprimoramento Cognitivo Farmacológico e a Coprodução de Modos de Subjetividade na Contemporaneidade: uma pesquisa antropológica a partir dos nootrópicos

Bruno Pereira de Castro¹

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

Resumo

Em incursão etnográfica pela internet, seguindo as pistas da divulgação científica e comercial de substâncias nootrópicas nas redes sociais (Facebook, Instagram, YouTube), discute-se o estatuto de tais substâncias, as quais compreendem ampla gama de produtos que escapam à regulação sanitária oficial, e a resignificação do aprimoramento cognitivo farmacológico que elas promovem. Consideradas seguras e isentas de efeitos colaterais por seus propagadores, elas são indicadas e vendidas para potencializarem o aprimoramento cognitivo e a maximização da produtividade humana. Cria-se um *humano otimizado*. A interação entre o público leigo, interessado nas substâncias nootrópicas anunciadas e seus supostos efeitos, e os especialistas que as recomendam enseja novas biossocialidades, consagrando a lógica capitalista das tecnologias biomédicas e seus efeitos políticos e socioeconômicos em contextos de acirrada concorrência profissional e acadêmica.

Palavras-chave: Aprimoramento Biomédico. Nootrópicos. Medicamentos. Internet.

The Fluidity of Pharmacological Cognitive Enhancement and the Co-Production of Subjectivity Modes in Contemporary Times: anthropological research from nootropics

Abstract

In an ethnographic incursion on the internet, following the clues of the scientific and commercial dissemination of nootropic substances on social networks (Facebook, Instagram, YouTube), the status of such substances is discussed – which comprise a wide range of products that escape from official health regulation – as well as the pharmacological cognitive enhancement’ resignification that they promote. Considered safe and free from side effects by their supporters, such substances are indicated and sold to enhance cognitive enhancement and maximize human productivity. An optimized human is forged. The interaction between the lay public, interested in the advertised nootropic substances and their supposed effects, and the specialists who recommend them gives rise to new biosocialities, enshrining the biomedical technologies’ capitalist logic and their political and socioeconomic effects in contexts of fierce professional and academic competition.

Keywords: Biomedical Enhancement. Nootropics. Medicines. Internet.

Recebido em: 1º/02/2022

Aceito em: 30/05/2022



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/>

1 Introdução

Desde a segunda década do século XXI, diversas reportagens publicadas em jornais e revistas de grande circulação nacional e internacional têm trazido a discussão sobre a crescente utilização de substâncias com o objetivo de otimizar o desempenho humano em tarefas específicas, associadas a situações de estudo ou trabalho. Denominados como *smart drugs*, *nootrópicos*, *aprimoradores cerebrais*, *aprimoradores cognitivos*, *viagra do cérebro*, *brain drugs*, *rebite universitário*, *droga i nteligente* ou *drogas para turbinar o cérebro*, diversos produtos têm captado o interesse público brasileiro e internacional (CASTRO; BRANDÃO, 2020; COVENEY; WILLIAMS; GABE, 2019). O uso de substâncias como recurso ao chamado *aprimoramento cognitivo farmacológico* tem se disseminado internacionalmente nas sociedades ocidentais contemporâneas. Entre medicamentos *tarja preta*¹ (CASTRO, 2018), suplementos alimentares *nutracêuticos*² (ZEISEL, 1999) e substâncias sem qualquer estatuto regulatório nas principais agências de controle sanitário internacionais, proliferam opções de *pílulas ideais*, que são propagadas, comercializadas e experimentadas por potenciais usuários em face da promessa de otimização de processos mentais cognitivos, como funções executivas, estado de alerta, concentração, memória e motivação. Tais consumos residem na expectativa de se obter maior eficiência e melhor desempenho em tarefas profissionais e acadêmicas (CASTRO, 2020).

Quando abordamos o uso de substâncias para *aprimoramento cognitivo – cognitive enhancement*, de maneira geral, nos referimos a diversos compostos, desde medicamentos anfetamínicos até concentrados de cafeína, inclusive substâncias tornadas ilícitas em vários países ao longo do século XX, como cocaína ou metanfetamina (BELL; LUCKE; HALL, 2012; COVENEY; WILLIAMS; GABE, 2019; RASMUSSEN, 2008; SATTLER *et al.*, 2013). Pesquisadores que se debruçam sobre o fenômeno e as substâncias envolvidas tentam agrupar determinadas moléculas ou um conjunto delas, geralmente baseados em suas características farmacológicas ou em seu caráter regulatório. Dessa forma, o termo *Pharmaceutical Enhancement Drugs* tem sido aplicado na tentativa de designar fármacos psicotrópicos, popularmente conhecidos como *tarja preta*, para descrever seus usos por

¹ Medicamentos classificados como entorpecentes ou psicotrópicos pela legislação brasileira devido ao seu potencial para causar dependência física ou psíquica, de acordo com a convenção internacional sobre drogas psicotrópicas da Organização das Nações Unidas (ONU), ocorrida em 1961. Ficaram popularmente conhecidos por efeito da faixa horizontal de cor preta presente nos rótulos de suas embalagens de comercialização, característica exigida pela Portaria n. 344, de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), que, a partir de 1999, se tornou Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

² Compostos obtidos de uma matriz alimentar, para os quais são atribuídos efeitos fisiológicos e/ou metabólicos. Comercializados como suplementos alimentares, foram popularizados com apelo farmacológico para manutenção da boa saúde.

indivíduos que não apresentam qualquer déficit cognitivo, mas que desejam otimizar concentração, memória e motivação (COVENEY; WILLIAMS; GABE, 2019). Em geral, quando utilizados para essa finalidade de otimização cognitiva, tais medicamentos têm sido difundidos e divulgados como *smart drugs* por publicações midiáticas nacionais e internacionais. Em paralelo, os termos *nootrópico* e *cognitive enhancer* têm sido utilizados, tanto na divulgação científica como em publicações comerciais, para designar uma gama mais ampla de substâncias, desde medicamentos sujeitos a controle especial, passando por compostos comercializados como suplementos alimentares, até moléculas que não possuem qualquer registro regulatório nos principais órgãos de controle sanitário internacionais, como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Food and Drug Administration (FDA) ou European Medicines Agency (EMA) (CASTRO; BRANDÃO, 2020; PARTRIDGE *et al.*, 2011; RAGAN; BARD; SINGH, 2013).

No contexto brasileiro e, principalmente internacional, o termo *nootrópico* tem sido cada vez mais utilizado como uma categoria *guarda-chuva*, com a finalidade de aplicação para as múltiplas possibilidades de otimização de capacidades cognitivas como memória, atenção e estado de alerta. Esse termo faz referência a uma classe de substâncias pesquisadas, desenvolvidas e sugeridas entre as décadas de 1960 e 1970, em contraponto aos fármacos psicotrópicos, mas que não foram incorporadas consensualmente nos principais manuais de farmacologia. O conceito original de “fármacos nootrópicos” foi sugerido em analogia à palavra “psicotrópico”, pelo romeno Corneliu E. Giurgea, então chefe do Departamento de Neurofarmacologia da multinacional farmacêutica belga Union Chimique Belgue (UCB)³. Entre as características originalmente definidas para o perfil de um nootrópico, ressaltaram-se, principalmente, a ausência de efeitos farmacológicos comuns a outros psicotrópicos, assim como a baixa incidência de efeitos colaterais e a toxicidade extremamente baixa (GIURGEA, 1973; 1982). Apesar de o conceito original tentar diferenciar os nootrópicos dos psicotrópicos conhecidos até então, sua recente resignificação tem sido incorporada ao senso comum como sinônimo de *aprimorador cognitivo*. Ou seja, os sentidos adotados pelos usuários e pela mídia estão mais relacionados à descrição geral de substâncias para otimização cognitiva, não necessariamente diferenciadas de fármacos psicotrópicos. Como exemplo, o metilfenidato e o modafinil são medicamentos classificados como psicotrópicos pela legislação brasileira, mas são constantemente divulgados como nootrópicos quando usados para aprimoramento cognitivo farmacológico (CASTRO, 2018; 2020; MAIA, 2017). Esses exemplos demonstram um dos aspectos da fluidez dos nootrópicos na atualidade, ao conformar numa mesma categoria, desde psicotrópicos até suplementos alimentares ou substâncias sem registro (HARDON; SANABRIA, 2017). Diversos pesquisadores brasileiros têm abordado o tema do aprimoramento cognitivo, principalmente a partir da Ritalina, nome comercial do medicamento metilfenidato, para investigar publicações midiáticas, contextos de uso e espaços virtuais de interação entre usuários, por exemplo (BARROS; ORTEGA, 2011; CAVALCANTI, 2018; COELHO; LEAL, 2015; ITABORAHY, 2009; MAIA, 2017; ORTEGA *et al.*, 2010).

³ A classe dos nootrópicos foi originalmente sugerida a partir do piracetam, desenvolvido para ser concorrente dos benzodiazepínicos que haviam sido lançados com sucesso no mercado. Sem eficácia sedativa, o laboratório responsável direcionou o medicamento para o tratamento de déficits cognitivos e sugeriu uma nova classe de fármacos que *atuaria sobre a mente* com menos efeitos colaterais que os psicotrópicos.

O tema do aprimoramento individual pela via farmacológica tem sido discutido por diversos pesquisadores como fenômeno subjacente aos processos de medicalização e farmacologização nas sociedades contemporâneas, onde cada vez mais condições, capacidades e potencialidades humanas são transformadas em oportunidades de otimização por meio de intervenções farmacológicas (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011). A análise desse processo não pode prescindir de alguns de seus fatores constituintes: a centralidade do medicamento como ferramenta terapêutica na contemporaneidade; a transformação do medicamento em objeto de consumo nas sociedades ocidentais contemporâneas; o extravasamento das fronteiras na utilização de terapêuticas farmacológicas, para além do tratamento de doenças ou da recuperação da saúde; a vida social dos medicamentos e a constante reconfiguração de seus usos; os agenciamentos deles derivados, ensejando novas relações, corpos e *performances*; os meios digitais como importante espaço social para divulgação, disseminação e compartilhamento de conhecimentos acerca dessas substâncias. Junta-se a essas dimensões a convergência entre fármacos, suplementos alimentares, compostos *nutracêuticos* e outras substâncias, para constituir recursos tecnológicos, na maioria das vezes apresentados sob a forma farmacêutica de cápsulas, drágeas e comprimidos, configurados em dispositivos sociotécnicos aplicados à manipulação química de estados corporais. É a partir desse quadro que o uso de medicamentos e outras substâncias, em formas farmacêuticas diversas, reconfiguram sua materialidade em torno de racionalidades que extrapolam os limites que os conformam como recurso terapêutico para o tratamento de doenças ou mesmo para a prevenção, recuperação e manutenção da saúde (AZIZE, 2012; COHEN *et al.*, 2001; COLLIN, 2016; GEEST; WHYTE; HARDON, 1996; HARDON; SANABRIA, 2017; LOPES; RODRIGUES, 2015).

Ao tratar do aprimoramento cognitivo farmacológico, é importante considerar que o desenvolvimento da biomedicina e do complexo industrial médico-farmacêutico durante o século XX possibilitou um extravasamento da terapêutica farmacológica para além do tratamento e da prevenção de doenças, constituindo-se as práticas de aprimoramento um exemplo evidente. Nesse contexto, o medicamento agrega determinadas racionalidades sociais encaradas a partir da cultura do consumo, sendo considerado mais um objeto que se propaga no mercado para atuar como um recurso disponível ao objetivo de otimização de *performances* cognitivas (LOPES; RODRIGUES, 2015). Como objetos de consumo, os fármacos ou substâncias nootrópicas podem ser enquadrados em diversos estatutos regulatórios, como medicamento, suplemento alimentar ou substâncias sem registro sanitário. No entanto, os argumentos que pretendem justificar sua eficácia ou mecanismos de ação biológicos são fundamentados em termos neurocientíficos que extrapolam qualquer consideração sobre categorias farmacológicas bem estabelecidas (CASTRO, 2018). Tal consideração aponta os fármacos – ou substâncias com apelo farmacológico – como mercadorias singulares que, independentemente de sua real eficácia, carregam em sua concretude e materialidade poderes singulares, apoiados pelos conhecimentos médico, científico e tecnológico incorporados em sua produção (GEEST; WHYTE, 1989; HARDON; SANABRIA, 2017). É sobre a eficácia simbólica desses poderes singulares que deve ser observada a disseminação dos nootrópicos, uma vez que, ao engendrar expectativas, forças culturais e sociais influenciam o agenciamento de suas materialidades (CASTRO, 2018). Tais moléculas são apresentadas como objetos sociotécnicos cuja eficácia tem sido

constituída além da compreensão farmacológica, como evento relacional e contextual, influenciado por processos de socialização que envolvem, por exemplo, marketing e racionalidades de uso, em dinâmicas de constante ressignificação dessas substâncias (HARDON; SANABRIA, 2017).

Uma outra interessante via analítica do desenvolvimento da biomedicina sugere observá-la como campo importante da economia. A saúde, já revestida de importância econômica, é mercantilizada pela biomedicina, representada pelo consumo de medicamentos e serviços médicos, primordialmente durante a segunda metade do século XX. É possível afirmar que o financiamento público e privado para promoção e divulgação da saúde e da doença gerou lucros suficientes para manter as maiores corporações farmacêuticas do planeta (FOUCAULT, 2011). Em meados do século XX – após a Segunda Guerra – o próprio conceito de saúde ampliou seus horizontes para muito além da ausência de doenças e enfermidades, ao se orientar para um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que seria a perspectiva definidora para os países signatários dessa convenção (WHO, 1948). Sem a pretensão de alongar a discussão sobre essa conceituação, ressalta-se o caráter subjetivo e ampliado do conceito, assim como a delimitação ao alcance de sua concepção biomédica, além da não consideração de fatores histórico-sociais para sua generalização em diferentes contextos ao redor do mundo, o que leva à naturalização de um modelo de sociedade ideal para o qual o conceito possa ser aplicado – a sociedade capitalista. Portanto, é possível apontar o fortalecimento de uma noção individualizante e utópica do conceito de saúde que, dada a própria mercantilização de produtos e serviços relacionados, reitera a responsabilização individual com relação às questões de saúde (CRAWFORD, 2019; SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019). Ademais, a própria noção de prevenção em saúde recai sobre a responsabilização e a culpabilização dos indivíduos, a qual requer uma participação ativa para realização de boas escolhas e manutenção da boa saúde.

As duas últimas décadas do século passado testemunharam o desenvolvimento de tecnologias biomédicas em campos específicos, que modificaram a genética e as técnicas biomoleculares para compreensão dos processos fisiológicos, de auxílio diagnóstico e intervenções terapêuticas, além da tecnologia computacional que possibilitou o processamento mais rápido dessas informações. Esses são alguns exemplos de diversas áreas de produção e de divulgação do conhecimento biomédico. Segue-se a isso a reconfiguração dos contextos macroestruturais políticos, econômicos e socioculturais sob influência das grandes mudanças tecnocientíficas da biomedicina. A esse quadro complexo e multidirecional, Clarke *et al.* (2010) denominam (bio)medicalização, numa reformulação analítica dos processos estudados sob o prisma da medicalização da sociedade. Nesse sentido, reafirmam o foco dos saberes biomédicos para a saúde, o risco e a vigilância, a responsabilização individual, assim como a possibilidade para a transformação de corpos e identidades e a criação de novos modos de subjetividade, presentes nas experiências vividas de saúde e doença. Ademais, como antes sinalizado, o acesso a determinados recursos de tecnologia biomédica também tem possibilitado a disseminação de intervenções que vão além da recuperação do corpo doente ou da manutenção da saúde, em procedimentos configurados como aprimoramento biomédico, ou seja, com o uso de tecnologias biomédicas para melhorar determinada capacidade ou característica funcional

do corpo, não mais para tratar uma doença (CASTRO, 2020; CLARKE *et al.*, 2010). Nesse sentido, abarca a viabilidade contingente do uso de tecnologias para intervenções no corpo, inclusive com o propósito de otimização ou aprimoramento, vislumbradas como possibilidades para modificação e customização de corpos e identidades, ou de maneira mais direcionada ao aprimoramento cognitivo, fabricando novos modos de subjetividade aplicados a situações particulares de desempenho profissional e/ou acadêmico (CONRAD, 2007; COVENEY; GABE; WILLIAMS, 2011; ROSE, 2007). Ao seguir o fundamento teórico-conceitual fornecido pela análise foucaultiana do biopoder e da biopolítica, o conceito de (bio)medicalização reforça a importância dos processos de socialização em torno desses saberes e tecnologias, bem como ressalta os processos de formação e transformação dos sujeitos a partir de outros sujeitos, objetos, substâncias, espaços, lugares, entre outros, no sentido da constituição dinâmica de práticas individuais, em constante renovação e retroalimentação a partir de outras práticas, em modos de subjetivação característicos, reproduzíveis pela circulação de informações entre os indivíduos (ROSE, 2010).

2 A Fluidez das Substâncias Nootrópicas

O uso de substâncias com o propósito de alterar estados mentais, inclusive para aprimoramento ou otimização cognitiva, não é um fenômeno novo ou recente (RASMUSSEN, 2008). No entanto, ao longo da última década, tem havido um crescente interesse em tecnologias farmacológicas voltadas para esse fim (COVENEY; GABE; WILLIAMS, 2011; COVENEY; WILLIAMS; GABE, 2019). Se em 2015 estimou-se que as vendas internacionais de suplementos para cognição excederam US\$ 1 bilhão, calcula-se que esse mercado supere US\$ 4 bilhões até 2025 (CHINTHAPALLI, 2015; NEWSWIRE, 2019).

Se observarmos a cafeína como uma das substâncias estimulantes mais conhecidas para manutenção do estado de alerta, retornamos ao início do século XIX, quando ela foi nomeada e isolada quimicamente pela primeira vez, a partir do interesse por seus efeitos farmacológicos. Antes disso, o uso do café remete a tempos imemoriais, sobre os quais se tem poucas evidências além de registros históricos que referem o uso da bebida a mosteiros árabes de meados do século XV. Uma das primeiras descrições europeias da bebida data da segunda metade do século XVI. Até o século seguinte, o café permanecia mencionado apenas no contexto das viagens pelas terras exóticas do Oriente. Somente em meados do século XVII, junto com o chocolate, o chá e o tabaco, o café passa a ser absorvido pelo cenário aristocrático europeu (WEINBERG; BEALER, 2001). Para falarmos de substâncias químicas isoladas, sem esgotar as aplicações terapêuticas das suas moléculas constituintes, poderíamos dizer que se trata do processo de expansão cultural do uso dos alcaloides estimulantes de origem vegetal: cafeína e nicotina. Para além das xícaras de porcelana criadas para ostentar a bebida exótica pela corte aristocrática, foi na sociedade burguesa do mesmo período que o café se torna uma bebida de interesse. O historiador alemão Wolfgang Schivelbusch (1993) mostra como o café combinou o espírito racionalista condensado pelo Renascimento, à ética protestante, no Iluminismo, para ser considerada uma droga historicamente significativa ao se popularizar e compor

o estilo de vida físico e mental da burguesia, apta a promover o desenvolvimento do capitalismo mercantil e posteriormente industrial nos séculos XVIII e XIX. Na atualidade, a cafeína continua essencial como um estimulante mental para manter o estado de alerta e a sobriedade, desde sua disseminação europeia a partir do mundo árabe, onde há registros de que o café era usado como medicamento para tratar, por exemplo, a narcolepsia – hoje tratada com psicotrópicos como metilfenidato e modafinil, bastante divulgados como *smart drugs* para aprimoramento cognitivo (CASTRO, 2020; STAHL; GRADY, 2017). Ademais, o medicamento metilfenidato, popularmente conhecido por referência ao seu nome comercial – Ritalina, uma das substâncias mais pesquisadas sob o tema do aprimoramento cognitivo na atualidade, já foi agrupado junto à cafeína na classe de tônicos para performance atlética e intelectual, em manuais de química da década de 1960 (MAIA, 2017).

De volta ao breve resgate histórico dos estimulantes cafeínicos, em paralelo à introdução do café na corte europeia, também datam do século XVII os primeiros registros históricos da bebida estimulante cafeinada genuinamente nacional, o guaraná. Os missionários jesuítas, representantes da coroa portuguesa designados para adentrar aldeias indígenas do território amazônico, visavam a produção e o beneficiamento de espécies com potencial valor comercial. Com relatos interessantes sobre o uso do guaraná como estimulante para manutenção do estado de vigília e descrições sobre sua importância na inserção econômica e comercial daquele período, diversas propriedades medicinais foram associadas à espécie vegetal *Paullinia cupana* desde então, a partir da bebida típica dos indígenas Sateré-Mawé, o seu *Waraná* (FIGUEROA, 2016).

Sem a pretensão de perseguir a trajetória histórica dessas duas espécies vegetais, a menção inicial dessas duas bebidas torna-se singular à medida que suas características estimulantes do Sistema Nervoso Central passam a ser aproveitadas e incorporadas ao marketing e aos efeitos farmacológicos de boa parte dos produtos comercializados sob a alcunha de *nootrópicos*, na atualidade. Ainda que tais características sejam conhecidas há tanto tempo – o que também significa ter perfis de segurança para o consumo bem estabelecidos ao longo de séculos, chama atenção a ressignificação de tais substâncias, com o objetivo de explicitar suas propriedades potenciais para a otimização cognitiva. Nas substâncias citadas, é possível observar a fluidez com que são reconfiguradas, como nootrópicos ou compostos passíveis de aplicação para a finalidade de aprimoramento cognitivo (HARDON; SANABRIA, 2017). Ademais, é importante ressaltar a própria fluidez do que pode ser considerado tratamento ou aprimoramento ao longo do tempo, haja vista sua natureza social e historicamente construída, porém mutável e dependente dos contextos sociais analisados (CAVALCANTI, 2018; CONRAD, 2007; MAIA, 2017).

Tendo em conta os contextos macroestruturais contemporâneos, é possível realçar os entrelaçamentos materiais e simbólicos entre ciência, substâncias, políticas econômicas e de saúde, agenciamentos subjetivos, a partir do referencial teórico aqui utilizado, fundamental para uma análise crítica do objeto estudado – os chamados nootrópicos. A observação empírica do aprimoramento cognitivo farmacológico tem sido acompanhada pela presente pesquisa mediante monitoramento sistemático das mídias sociais, recurso que tem permitido observar o fenômeno e as substâncias nele envolvidas como processos

mais amplos, relacionados à normalização de modos de subjetividade em torno da maximização da produtividade humana.

3 Procedimentos Metodológicos

A pesquisa socioantropológica que subsidia este artigo tem caráter etnográfico, de natureza documental (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009; CELLARD, 2008; HINE; PARREIRAS; LINS, 2020). O material empírico foi coletado em fontes de domínio público na internet, o que inclui páginas/sítios com endereço eletrônico, vídeos publicados no YouTube e materiais publicados em perfis públicos das redes sociais Facebook e Instagram, que se relacionam com o objeto em questão. A coleta do material ocorreu no período de setembro de 2021 a janeiro de 2022. Tomando-os como bases materiais documentais que registram e testemunham práticas e representações sociais de indivíduos e grupos em torno dos nootrópicos, é possível observar novas formas de sociabilidade e interação social a partir destas substâncias.

A profusão de dados de mídia digital e *on-line* ocorrida nas últimas décadas ampliou a escala de interações sociais em sistemas de redes cada vez mais complexos, mas também permitiu a própria visualização dessa sociabilidade enquanto parte integrante da vida cotidiana (FAVARO; GILL; HARVEY, 2019; FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2011; LUPTON, 2015). Até chegarmos à ubiquidade perceptível das tecnologias computacionais que permite estarmos conectados praticamente a qualquer hora do dia por meio de dispositivos móveis, como os conhecidos *smartphones*, assistimos ao desenvolvimento concomitante das diversas plataformas comunicacionais, então chamadas de mídias sociais, que vêm moldando e mediando as formas de se relacionar dos seres humanos. Facebook, Instagram e YouTube ilustram a facilidade de compartilhamento de informações pessoais, imagens e vídeos, e representam a crescente popularização das conhecidas redes sociais (FAVARO; GILL; HARVEY, 2019; LUPTON, 2015). Dessa forma, a internet constitui um espaço aberto para a captação de documentos passíveis de pesquisa e tratamento analítico, um campo diferenciado para a compreensão dos comportamentos de indivíduos e grupos.

Para captação do material empírico, foi utilizado o termo *nootrópicos* no mecanismo de busca das mídias sociais Facebook, Instagram e YouTube. As postagens selecionadas foram consideradas por serem representativas do tema estudado e por terem produtos associados em forma de propaganda ou publicidade. Os vídeos foram escolhidos com base no número de visualizações e por serem publicados em português, a partir de 2018. Foram selecionados perfis e páginas de dois produtos comercializados como nootrópicos, que mais apareceram nos sites encontrados, além de dois vídeos e seus respectivos comentários associados à divulgação dos nootrópicos. O material selecionado foi lido/assistido diversas vezes, categorizado e classificado para fim de análise de seu conteúdo. Identificou-se o entrelaçamento entre especialistas divulgadores de determinados produtos considerados como nootrópicos e empresas que os comercializam, via internet, engendrando novas biossocialidades (GIBBON; NOVAS, 2008; RABINOW, 1996) entre público leigo e *experts* como elementos importantes para serem contemplados neste trabalho, os quais serão discutidos a seguir.

4 “Eu quero ser um humano otimizado”

O *Hellobrain*, que possui perfil no Facebook e conta com mais de 44 mil seguidores no Instagram, é um produto brasileiro comercializado como suplemento alimentar, portanto, vendido sem a necessidade de receita médica. É apresentado sobre a forma de cápsulas e contém, dentre os princípios ativos, cafeína e extrato de *Paullinia* – guaraná. No site de propaganda e venda do produto, os supostos benefícios que alega ter incluem: melhora na concentração e no foco, facilitação da aprendizagem e melhora na produtividade. Além disso, o *Hellobrain* se coloca como vantajoso em relação a outros compostos para otimização cognitiva por ser “100 % natural” e, dessa forma, possível de ser utilizado por qualquer pessoa, sem restrições. O *slogan* principal da página diz que “quando seu cérebro vence, você vence” e, assim como o próprio nome do produto, demonstra a centralidade do órgão cérebro na concepção de pessoa na contemporaneidade (AZIZE, 2008; VIDAL; ORTEGA, 2019). Outro *slogan*, bastante curioso e que pretende assinalar o pioneirismo e a confiabilidade em seu público potencial, destaca que este é o *primeiro nootrópico do Brasil*, apesar de não haver informações sobre a data de seu lançamento.

Um aspecto importante da propaganda do *Hellobrain*, em seu *site*, é a linguagem baseada em neurofarmacologia para comunicação com o público e como ferramenta de convencimento e de cientificidade, que busca dar legitimidade aos efeitos associados ao produto. Nesse sentido, vale salientar a compreensão neuromolecular para justificar os mecanismos de ação de seus princípios ativos. A primeira frase característica desse aspecto linguístico afirma que o composto foi “Criado pela neurociência da natureza [...] com ingredientes cientificamente comprovados [para ser] um suplemento inovador de saúde cerebral clinicamente comprovado” (HELLOBRAIN, 2022).

Para facilitar a compreensão do público interessado, uma postagem na página oficial do produto no Facebook, de 27/10/2021, ressignifica o termo “nootrópico” para informar que:

Os nootrópicos atuam como mensageiros químicos, transportando, estimulando e equilibrando os sinais entre os neurônios, células nervosas e outras células do corpo. Após sua liberação, o neurotransmissor atravessa a lacuna entre as células e se liga a outro neurônio, estimulando ou inibindo de acordo com a sua característica. Parece ser incrível não é mesmo? ficou curioso para experimentar? então peça já o seu *hello*. (HELLOBRAIN, 2022)

Uma outra postagem, de 15/10/2021, afirma que:

Para combater um cérebro desfocado, medicamentos prescritos usam anfetaminas para forçar a liberação de neurotransmissores, para aumentar o foco, a atenção e o controle cognitivo. Estes medicamentos tem sérios efeitos colaterais negativos e risco de dependência. Essa cápsula tem um modo diferente e seguro de reproduzir as mesmas atitudes positivas removendo os efeitos colaterais. O resultado do trabalho é uma alternativa segura, diferentemente das bebidas com cafeína/energéticos disponíveis no mercado. (HELLOBRAIN, 2022)

O apelo à alta performance é incorporado na personificação do cérebro, que deve ter mais foco, atenção e disposição para que seu portador consiga superar as demandas

crescentes por produtividade. Além disso, o caráter metonímico dessa acepção aponta para a produção de novos modos de subjetividade baseadas na compreensão neuromolecular do cérebro, ao propor a manipulação química para obtenção de um estado de maior foco, atenção e controle cognitivo (CASTRO, 2020; ROSE, 2003).

Dessa forma, a propaganda pretende desenvolver a preferência pelo suplemento, uma vez que, por supostamente tratar-se de um nootrópico, seria sinônimo de segurança e baixo risco, com eficácia similar a dos psicotrópicos e bebidas energéticas utilizadas para otimização cognitiva. Ainda assim, é importante destacar a própria disputa em torno do conceito de nootrópicos – discutida adiante, que pode incluir substâncias e fármacos com maiores ou menores riscos de efeitos positivos ou colaterais. A estratégia de convencimento pelo uso de vocabulário neuromolecular, baseada na concepção dos neurotransmissores, remete a um dos pontos-chave para o desenvolvimento da psicofarmacologia. O nível crescente de atenção pública para o assunto, apesar de haver um corpo controverso de evidências científicas que comprovem a eficácia desses produtos, é uma questão considerável no contexto da otimização cognitiva farmacológica. Um estudo de meta-análise recente concluiu haver efeitos positivos leves a moderados na aplicação de metilfenidato e modafinil para aprimoramento cognitivo, que podem não superar os riscos de eventos adversos graves advindos de seu uso contínuo (ROBERTS *et al.*, 2020). Esses dados são importantes ao considerar que os potenciais usuários desejam uma utilização que seja ao mesmo tempo segura e eficaz. Ademais, os efeitos relatados por usuários podem estar relacionados a fatores emocionais ou efeitos sobre sentimentos de prazer e bem-estar, não necessariamente associáveis a aspectos de otimização cognitiva, como melhora de aprendizado ou memória (COVENEY; WILLIAMS; GABE, 2019). Pesquisadores do tema têm demonstrado que as diversas formas de mídia da atualidade podem desempenhar um papel importante na disseminação dessas informações, estimulando o interesse e, de certa forma, deturpando o nível de evidência relacionado a tais substâncias, inclusive com relação aos psicofármacos tidos como referência de eficácia para tal finalidade, como o metilfenidato e o modafinil (ROBERTS *et al.*, 2020; WADE; FORLINI; RACINE, 2014).

Outros dois produtos, chamados *Lotus Mind* e *Lotus Focus*, da empresa *Brain Hacker*, são encontrados facilmente em vários perfis do Instagram, a partir da inserção do termo nootrópicos no mecanismo de buscas. Na página brasileira da empresa na internet, é ressaltada a informação de uma formulação desenvolvida e importada dos Estados Unidos, bastante parecida com a do produto anteriormente analisado, que apresenta dentre os princípios ativos, a cafeína e a taurina, muito encontrada nas bebidas energéticas usadas com finalidade de garantir boa performance cognitiva (LOPES; RODRIGUES, 2015). O próprio nome da empresa faz referência ao ato de *hackear* o cérebro, ao comparar o órgão a um computador, como se fosse possível alterar o funcionamento normal do sistema de neurotransmissores, para alcançar os objetivos desejados. Tais objetivos ficam claros na frase inscrita no *botão* disponibilizado na página da internet para proceder à compra do produto: “Eu quero ser um humano otimizado” (BRAINHACKER, 2022).

A possibilidade de manipulação química de estados cerebrais se fundamenta na materialidade do cérebro como circuitos neuroquímicos aptos à otimização das funções cognitivas (CASTRO, 2020). Segundo a propaganda associada ao produto, a ingestão

regular dos nootrópicos da linha *Brain Hacker* baseia-se na premissa de que: “Ter controle sobre sua própria inteligência dá a você uma capacidade muito maior de controle sobre o seu próprio futuro” (BRAINHACKER, 2022). Em tempos de individualismo exacerbado, o êxito pessoal surge como dependente da capacidade dos sujeitos de agenciar o futuro, invisibilizando as estruturas sociais que condicionam tal êxito.

Aqui fica claro o estímulo ao consumo de substâncias para otimização cognitiva como catalisadoras de modos de subjetividade, no sentido de facilitar a adaptação dos indivíduos à demanda crescente para a maximização da produtividade, num cenário em que a responsabilidade pelo empreendedorismo de si é cada vez mais valorizada para a otimização dos resultados provenientes do investimento no *capital humano* dos próprios indivíduos (FOUCAULT, 2008).

Os dois vídeos trazidos do YouTube, a partir da busca pelo termo *nootrópicos*, são interessantes pela interação gerada pelos espectadores nos espaços para comentários. Um desses vídeos, com mais de 64 mil visualizações, foi publicado em 13/05/2018 por uma mulher chamada Roze Correa, que diz ser professora de química. No vídeo, intitulado “Substâncias que turbinam o cérebro: os nootrópicos” (CORREA, 2018), Roze apresenta as substâncias que ela denomina como:

[...] drogas da inteligência [...] que vulgarmente podem ser chamadas de viagra do cérebro [e] substâncias que podem ser utilizadas para turbinar o cérebro [pois] a pessoa pode se sentir mais focada nas atividades que passa a desenvolver. (CORREA, 2018)

Sem identificar referências para as afirmações que compartilha, a professora apresenta diversas substâncias como nootrópicas, entre as quais a cafeína e a taurina discutidas anteriormente. Roze Correa analisa brevemente a estrutura química das moléculas que cita e, ao mesmo tempo, divulga os nootrópicos como um novo termo a ser conhecido. Nesse sentido, reforça a resignificação da categoria para traduzir a possibilidade de aumentar foco, memória e concentração com o uso destas substâncias.

Entre as centenas de comentários parabenizando a professora pelo compartilhamento e apresentação da aula, alguns ressaltam a novidade do tema: “Ninguém na sociedade sabe sobre esses suplementos ou nootrópicos “[...] Gostei e admiro vocês que assim como eu descobriram essas informações maravilhosas” (Leonardo, 03/2021) (CORREA, 2018)⁴.

Outros comentários demonstram curiosidade sobre as substâncias e buscam relatos de quem usou e quais os meios para obtê-las, tal como os exemplos: “como eu peço esse remédio na farmácia” (Luis, 2020); “Quero relatos de quem usou” (Lilian, 2020); “Os nootrópicos precisam de receita médica?” (Carlos, 2021) (CORREA, 2018).

Outro vídeo do YouTube, encontrado da mesma maneira que o anterior, é apresentado pelos nutricionistas Leonardo Bruno e Rita Castro, com o título: “Substâncias que melhoram o desempenho do cérebro. Nootrópicos com a Dra. Rita Castro” (BRUNO, 2020). O vídeo, que foi publicado em 14/01/2020 e conta com mais de 52 mil visualizações,

⁴ Os relatos são reproduzidos no artigo conforme foram postados nas plataformas digitais de acesso público. Possíveis alterações nos textos originais ocorrem apenas quando são necessárias para a compreensão dos relatos publicados. Os nomes originais referenciados nos relatos foram substituídos por nomes fictícios para preservar o anonimato das pessoas que postaram os comentários. Apenas os nomes dos responsáveis pelos conteúdos foram mantidos.

inicia com um apelo da nutricionista a um estilo de vida mais saudável, e segue com a explicação de que nootrópicos são:

Substâncias que, de alguma forma, melhoram nosso desempenho cognitivo e fazem com que a gente tenha melhor foco, concentração, memória e que a gente consiga reter aquilo que a gente está [...] aprendendo [...] São substâncias que vão atuar em diversos mecanismos para melhorar todos esses aspectos cerebrais (Dra. Rita Castro, 14/01/2020). (BRUNO, 2020)

Os especialistas assumem a importância dada a um conjunto de neurotransmissores para esclarecer o funcionamento cerebral e os efeitos dessas substâncias. Dessa forma, a acetilcolina é considerada essencial para o bom funcionamento da memória, assim como a dopamina é ressaltada por ser fundamental para que se tenha mais motivação: “A pessoa que está ali, não está muito motivada para estudar aquele assunto, que considera difícil, chato, e aí ela precisa mais de dopamina para ter mais motivação para estudar aquilo (Dra. Rita Castro, 14/01/2020)” (BRUNO, 2020).

A nutricionista informa, ainda, ser importantes que se identifique “[...] o padrão de neurotransmissores que fazem com que o nosso cérebro consiga manter esse equilíbrio” (Dra. Rita Castro, 14/01/2020) (BRUNO, 2020).

Entre os comentários de agradecimento pela postagem do vídeo e pelo conteúdo compartilhado, há os que demonstram o desejo de encontrar profissionais de saúde como os apresentadores, com conhecimento especializado que não é facilmente encontrado em consultas de rotina: “Difícil é achar médicos [*sic*] como eles...padecemos por falta de conhecimento (Sílvia, 02/2021)”; “Dr. Luciano, boa noite! Qual profissional devo procurar para me ajudar? Entender melhor o que preciso tomar e como tomar (Paulo, 01/2021)”; “Onde posso achar estudos sobre essas substâncias [?] existem evidências sobre? (Cesar, 07/2021)” (BRUNO, 2020).

Há também os que buscam informações mais apuradas com vistas à gestão do próprio consumo dos nootrópicos:

Posso combinar no shot: Ginseng + Guaraná + Catuaba (em pó)? (Rafael, 07/2021).

Ginkgo biloba entra no grupo dos Nootrópicos? (Carla, 01/2020).

Quero potencializar o meu foco, a parte intelectual e motivação com o uso de alguns Nootrópicos. A minha dúvida é a seguinte, posso tomar magnésio, ginseng, ginkgo biloba, maca peruana, 5-HTP, L-Tyrosin, todos juntos ou tem algum que não posso misturar? Acabei comprando esses suplementos. Eles são bons para o meu caso? O que tu achas? Poderia passar as doses diárias recomendadas [?] (Alex, 01/2021). (BRUNO, 2020)

Como pode ser observado, diversas substâncias são categorizadas como nootrópicos pelos divulgadores, entre as quais foram descritas principalmente aquelas comercializadas como suplementos alimentares. Como essa categorização se ancora muito mais na finalidade desejada de aprimoramento cognitivo e não em alguma característica química ou farmacológica comum a essas substâncias, pode haver dúvidas, como a expressa no comentário acima. Os divulgadores aqui referidos não apresentam a origem do conceito de nootrópicos, apenas o situam como uma categoria útil para as suas descrições, o que não os permite diferenciá-la dos fármacos psicotrópicos conhecidos ou de qualquer outra

substância. Alguns divulgadores, analisados em outras publicações (CASTRO, 2018; 2020) apresentam essa diferenciação e afirmam, por exemplo, que o metilfenidato – comercializado sob a marca Ritalina – não poderia ser classificado como nootrópico, a partir da avaliação do conceito original. Essas classificações divergem entre os grupos que divulgam substâncias com a finalidade de aprimoramento cognitivo e permanecem em disputa entre seus divulgadores.

5 A Divulgação Científica dos Nootrópicos Ensejando Novas Biossocialidades

Os argumentos científicos e a linguagem baseada em neurotransmissores conferem aos nutricionistas do vídeo legitimidade suficiente para serem considerados autoridades no assunto, pelos espectadores interessados no tema. Esse ponto, juntamente com os dados anteriormente trazidos à discussão, pode ser observado a partir da acepção do conceito de indivíduo somático, para o qual a relação dos seres humanos consigo mesmos tem sido constantemente reformulada e objetificada em termos biomédicos para descrever a própria existência corporal. A biopolítica molecular no século XXI tem se desenvolvido largamente no sentido da emergência da percepção molecular característica da biomedicina contemporânea, que tem suscitado novas formas de compreensão e intervenção sobre o corpo humano (ROSE, 2007). O conceito de biossocialidade (RABINOW, 1996) originalmente abordava o desenvolvimento de relações sociais baseadas em condições biológicas fundamentadas em uma identificação genética individual e coletiva, possibilitadas pelo desenvolvimento da biologia molecular e da genômica. O alargamento do conceito (GIBBON; NOVAS, 2008) permite abarcar a configuração de redes de sociabilidade diversas, para além da constituição de categorias nosológicas identitárias, mas que podem articular interesses específicos, inclusive em direção ao autoaperfeiçoamento e à maximização da saúde que articulam conhecimentos moleculares aplicados à possibilidade de aprimoramento cognitivo.

Como ressaltado por Rabinow (1996), o desenvolvimento tecnológico de conhecimentos fundamentais para a compreensão contemporânea das ciências da vida, fortalecido pelos contextos acadêmico, médico e industrial, se refletiu na criação de formas sociais de compreensão de processos vitais que têm modificado as experiências de saúde e doença, desde o nível local, a partir da reformulação constante dos próprios sujeitos, até a movimentação da economia global em torno da biotecnologia e da propagação dos discursos de verdade baseados na ótica molecular, que têm fundamentado as ciências da vida. A dinâmica de reformulação desses discursos, sob a interrelação desses contextos diversos, refunda constantemente a distinção entre ciência básica e ciência aplicada, na mesma proporção em que se recriam os limites entre o que poderia ser considerado conhecimento técnico especializado e conhecimento leigo (GIBBON; NOVAS, 2008; RABINOW, 1996). A partir da divulgação científica realizada por grupos de especialistas interessados no entendimento desses processos de otimização cognitiva, formam-se outros grupos de pessoas leigas interessadas no aprofundamento sobre o assunto. Através da internet, buscam-se informações no desejo de encontrar intervenções farmacológicas

para a otimização individual. A partir dessas trocas de informações, há identificação de “novos peritos pastorais” (ROSE, 2007, p. 20), constituídos por divulgadores científicos que têm suscitado o aparecimento de uma expertise somática, ou seja, trata-se da disseminação e do compartilhamento de conhecimentos biomédicos, muitas vezes respaldados por especialistas que atuam de maneira a estabilizar tais discursos de verdade (ROSE, 2007). É nessa direção que se aproximam os conhecimentos leigo e especializado, entre constantes traduções/translações de informações técnicas que visam subsidiar a mobilização de dinâmicas moleculares em função de mecanismos biológicos, de maneira a vislumbrar possibilidades de atuação e intervenção específicas sobre o corpo. Enquanto impulsionam o investimento em marketing e lançamento de novos produtos, reúnem potenciais usuários dessas tecnologias farmacológicas e empresas interessadas nesses desenvolvimentos (GIBBON; NOVAS, 2008; ROSE, 2007).

Rose (2007) apontou como a mudança providenciada pela extensão e desenvolvimento da biomedicina ao longo do século XX influenciou a maneira como os indivíduos compreendem a si mesmos, ao acionar experiências corporais em relação à saúde e à doença, não apenas com relação ao agrupamento de indivíduos em torno de categorias nosológicas. É nesse sentido que o conceito de biossocialidade pode iluminar a complexidade dessas apreensões, nas redes de estabilização e reforço dos discursos de verdade provenientes da linguagem biomédica.

Ao tratar da linguagem molecular associada à compreensão dos processos mentais em termos de neurotransmissores, Rose (2007) aponta a expertise somática não somente quanto à disseminação de conhecimento biomédico, mas também relacionada ao reforço do estilo de pensamento (FLECK, 2010) que busca estabilizar discursos de verdade em torno de divulgação neurocientífica entre especialistas, popularizadores e pessoas leigas no assunto. De modo semelhante, pode-se rememorar estratégias de marketing de companhias farmacêuticas para antidepressivos lançados na década de 1990. Essa linguagem especializada deve muito à divulgação do conhecimento sobre o modo de ação de psicofármacos. A disseminação de conhecimentos sobre neurotransmissores ganhou força na década de 1990, denominada por muitos como a *Década do cérebro*, que poderia ser considerada uma autorreferência a essas propagandas farmacêuticas (HEALY, 2002).

O compartilhamento de hipóteses científicas que utilizam o vocabulário neurocientífico para popularizar a ação de psicofármacos faz parte da própria noção de pessoa na cultura ocidental moderna e diz respeito à objetificação reducionista de processos mentais e cognitivos, compreendidos a partir do cérebro e seus neurotransmissores (AZIZE, 2010; VIDAL; ORTEGA, 2019). Essa base neurocientífica, que permite formar hipóteses sobre neurotransmissores, funcionamento cerebral e psicofarmacologia, ganhou força na popularização do que passou a ser conhecido como desequilíbrio neuroquímico, para caracterizar processos mentais relacionados à depressão e à esquizofrenia, por exemplo (HEALY, 2002). Da exploração de hipóteses para a explicação dos modos de ação de psicofármacos, chega-se à formulação de hipóteses que pretenderam explicar a própria causa de questões relacionadas à saúde mental. Nesse sentido, o argumento neurocientífico passa a fazer parte do vocabulário de uso leigo para tratar de questões relacionadas ao comportamento humano (AZIZE, 2008; VIDAL; ORTEGA, 2019).

A popularização desses discursos e a estabilização dessas hipóteses entre o público leigo ganha força na representação dos especialistas que as apoiam. Formam-se peritos para atuar na disseminação dessas informações, em um movimento constante de reatualização desse estilo de pensamento (FLECK, 2010).

Ao tratar de fármacos e substâncias divulgadas por supostamente terem alguma ação sobre processos mentais, como memória, concentração, estado de alerta e motivação, os mesmos argumentos são acionados. No entanto, a despeito da falta de consenso científico sobre a eficácia de tecnologias farmacêuticas para aplicação como aprimoramento cognitivo farmacológico em indivíduos saudáveis, é crescente a popularização científica em torno do tema (CASTRO, 2018; CASTRO; BRANDÃO, 2020). Da mesma forma, proliferam peritos pastorais que atuam para traduzir os mecanismos de ação dessas substâncias entre os interessados. Ao mesmo tempo, esses experts reforçam os discursos de verdade que fundamentam aquelas hipóteses neurocientíficas dos desequilíbrios químicos, em um processo de retroalimentação e estabilização constante desses discursos.

6 Considerações Finais

Ao recuperar a centralidade da categoria de substâncias nootrópicas como potenciais estimuladoras das funções cerebrais e cognitivas, o aprimoramento cognitivo farmacológico é ressignificado para um público mais amplo e leigo, por especialistas que atuam na difusão de produtos e de suas propriedades neuroquímicas, contrastando-se com outra categoria de medicamentos, os psicofármacos/psicotrópicos, tidos como mais perigosos por conterem muitos efeitos colaterais. A divulgação científica e comercial dos nootrópicos na internet (Facebook, Instagram, YouTube) vai além da ausência de consensos científicos sobre os efeitos de tais substâncias em manuais de farmacologia, aproveitando-se de uma extensa gama de produtos, desde suplementos alimentares, *nutracêuticos*, *estimulantes naturais* (cafeína, guaraná) para vender um *humano otimizado*, ou seja, alguém capaz de superar seus próprios limites e de se reinventar como mais de si mesmo, uma máquina humana de produtividade.

Referências

- AZIZE, R. L. Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. **Revista de Antropologia da UFSCar**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 134-139, jun. 2012.
- AZIZE, R. L. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 8, n. 3, p. 563-574, nov. 2010.
- AZIZE, R. L. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-30, abr. 2008.
- BARROS, D.; ORTEGA, F. Metilfenidato e Aprimoramento Cognitivo Farmacológico: representações sociais de universitários. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 350-362, 2011.
- BELL, S. K.; LUCKE, J. C.; HALL, W. D. Lessons for Enhancement from the History of Cocaine and Amphetamine Use. **AJOB Neuroscience**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 24-29, abr. 2012.

- BRAINHACKER. **BrainHacker – O Estranho Segredo Mágico do Sucesso**. 2022. Disponível em: <https://brainhacker.com.br/>. Acesso em: 22 out. 2022.
- BRUNO, L. Substâncias que melhoram o desempenho do cérebro. Nootrópicos com a Dra. Rita Castro. **YouTube**, 14 jan. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sxQvvdCy5Jk>. Acesso em: 27 set. 2021.
- CASTRO. **Uso de medicamentos nootrópicos para aprimoramento cognitivo**: estudo socioantropológico do blog “Cérebro turbinado”. 2018. 104p. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2018.
- CASTRO, B.; BRANDÃO, E. R. Aprimoramento cognitivo e uso de substâncias: um estudo em torno da divulgação midiática brasileira sobre “smart drugs” e nootrópicos. **Teoria e Cultura**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 14, 2020.
- CASTRO, B. de. Aprimoramento cognitivo e a produção de modos de subjetividade: um estudo sobre o uso de substâncias “nootrópicas” a partir de um blog brasileiro. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. e190936, 2020.
- CAVALCANTI, L. **O preço da competição**: estudo acerca do consumo de Metilfenidato entre os alunos da UFPE. 2018. 141p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.
- CHINTHAPALLI, K. The billion dollar business of being smart. **BMJ**, [s.l.], p. h4829, 14 set. 2015.
- CLARKE, A. E. *et al.* (org.). **Biomedicalization**: technoscience, health, and illness in the U.S. Durham, NC: Duke University Press, 2010.
- CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.
- COELHO, E. B. **O consumo do medicamento ritalina® e a produção do aperfeiçoamento circunstancial**. 2016. 149p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- COELHO, E. B.; LEAL, O. F. Fabricando um corpo sem limites: a busca pelo sucesso profissional e o consumo de metilfenidato. *In*: MCCALLUM, C. A.; ROHDEN, F. (ed.). **Corpo e Saúde na mira da Antropologia**: ontologias, práticas, traduções. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 155-176.
- COHEN, D. *et al.* Medications as Social Phenomena. **Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine**, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 441-469, out. 2001.
- COLLIN, J. On social plasticity: the transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity. **Sociology of Health & Illness**, [s.l.], v. 38, n. 1, p. 73-89, jan. 2016.
- CONRAD, P. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
- CORREA, R. Substâncias que turbinam o cérebro: os nootrópicos. **YouTube**, 13 maio 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PQjWerFjStg>. Acesso em: 20 out. 2021.
- COVENEY, C.; GABE, J.; WILLIAMS, S. The sociology of cognitive enhancement: Medicalisation and beyond. **Health Sociology Review**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 381-393, dez. 2011.
- COVENEY, C.; WILLIAMS, S. J.; GABE, J. Enhancement imaginaries: exploring public understandings of pharmaceutical cognitive enhancing drugs. **Drugs: Education, Prevention and Policy**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 319-328, 4 jul. 2019.

- CRAWFORD, R. Salutarismo e medicalização da vida cotidiana. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [s.l.], v. 13, n. 1, 29 mar. 2019. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1775>. Acesso em: 2 set. 2020.
- FAVARO, L.; GILL, R.; HARVEY, L. Fazendo dados da mídia – Uma introdução à pesquisa qualitativa da mídia. In: BRAUN, V.; CLARKE, V.; GRAY, D. (org.). **Coleta de dados qualitativos**: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais. Petrópolis: Vozes, 2019. p. 149-175.
- FIGUEROA, A. L. G. Guaraná, a máquina do tempo dos Sateré-Mawé. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, [s.l.], v. 11, n. 1, p. 55-85, abr. 2016.
- FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora, 2010.
- FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos VII**: Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. v. VII.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no College de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- GEEST, S. van der; WHYTE, S. R. The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms. **Medical Anthropology Quarterly**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 345-367, dez. 1989.
- GEEST, S. van der; WHYTE, S. R.; HARDON, A. The Anthropology of Pharmaceuticals: a Biographical Approach. **Annual Review of Anthropology**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 153-178, 21 out. 1996.
- GIBBON, S.; NOVAS, C. (org.). **Biosocialities, genetics and the social sciences**: making biologies and identities. London; New York: Routledge, 2008.
- GIURGEA, C. The “nootropic” approach to the pharmacology of the integrative activity of the brain. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 108-115, 1973.
- GIURGEA, C. The nootropic concept and its prospective implications. **Drug Development Research**, [s.l.], v. 2, n. 5, p. 441-446, 1982.
- HARDON, A.; SANABRIA, E. Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals. **Annual Review of Anthropology**, [s.l.], v. 46, n. 1, p. 117-132, 23 out. 2017.
- HEALY, D. **The creation of psychopharmacology**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002.
- HELLOBRAIN. **Quem usa e recomenda Hellobrain**. 2022. Disponível em: <https://hellobrain.com.br/>. Acesso em: 22 set. 2022.
- HINE, C.; PARREIRAS, C.; LINS, B. A. A internet 3E: uma internet incorporada, corporificada e cotidiana. **Cadernos de Campo (São Paulo – 1991)**, [s.l.], v. 29, n. 2, p. e181370, 31 dez. 2020.
- ITABORAHY, C. **A ritalina no Brasil**: uma década de produção, divulgação e consumo. 2009. 126p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- LOPES, N. M.; RODRIGUES, C. F. Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança. **Sociologia, Problemas e Práticas**, [s.l.], n. 78, 23 mar. 2015. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/sociologiapp/article/view/4018>. Acesso em: 21 nov. 2020.
- LUPTON, D. **Digital sociology**. Abingdon, Oxon: Routledge; Taylor & Francis Group, 2015.

MAIA, I. **Disputas em torno da Ritalina**: uma análise sobre diferentes possibilidades de um fármaco. 2017. 137p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

NEWSWIRE, P. R. Nootropics Market Size Worth \$4.94 Billion by 2025. **Bloomberg**, 24 set. 2019. Disponível em: <https://www.bloomberg.com/press-releases/2019-09-24/nootropics-market-size-worth-4-94-billion-by-2025-cagr-12-5-grand-view-research-inc>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ORTEGA, F. *et al.* A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 14, n. 34, p. 499-512, 17 set. 2010.

PARTRIDGE, B. J. *et al.* Smart Drugs “As Common as Coffee”: Media Hype about Neuroenhancement. **PLoS ONE**, [s.l.], v. 6, n. 11, p. e28416, 30 nov. 2011.

RABINOW, P. **Artificiality and Enlightenment**: From Sociobiology to Biosociality – Essays on the anthropology of reason – Princeton studies in culture/power/history. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1996.

RAGAN, C. I.; BARD, I.; SINGH, I. What should we do about student use of cognitive enhancers? An analysis of current evidence. **Neuropharmacology**, [s.l.], v. 64, p. 588-595, jan. 2013.

RASMUSSEN, N. **On speed**: the many lives of amphetamine. New York: New York University Press, 2008.

ROBERTS, C. A. *et al.* How effective are pharmaceuticals for cognitive enhancement in healthy adults? A series of meta-analyses of cognitive performance during acute administration of modafinil, methylphenidate and D-amphetamine. **European Neuropsychopharmacology**, [s.l.], v. 38, p. 40-62, set. 2020.

ROSE, N. **Inventing our selves**: psychology, power, and personhood. Revised. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2010.

ROSE, N. Neurochemical selves. **Society**, [s.l.] v. 41, n. 1, p. 46-59, nov. 2003.

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

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J. F. *et al.* Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [s.l.], v. 1, n. 1, jul. 2009.

SATTLER, S. *et al.* Impact of contextual factors and substance characteristics on perspectives toward cognitive enhancement. **PloS One**, [s.l.], v. 8, n. 8, p. e71452, 2013.

SCHIVELBUSCH, W. **Tastes of paradise**: a social history of spices, stimulants, and intoxicants. 1st Vintage Books ed. New York: Vintage Books, 1993.

SILVA, M. J. de S. e; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. e290102, 2019.

STAHL, S. M.; GRADY, M. M. **Stahl's essential psychopharmacology**: prescriber's guide. 6th ed. Cambridge, United Kingdom; New York, NY: Cambridge University Press, 2017.

VIDAL, F.; ORTEGA, F. **Somos nosso cérebro? Neurociências, subjetividade, cultura**. São Paulo: N-1, 2019.

WADE, L.; FORLINI, C.; RACINE, E. Generating genius: how an Alzheimer's drug became considered a 'cognitive enhancer' for healthy individuals. **BMC Medical Ethics**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 37, dez. 2014.

WEINBERG, B. A.; BEALER, B. K. **The world of caffeine**: the science and culture of the world's most popular drug. New York: Routledge, 2001.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Officials Records of the World Health Organization**. [S.l.: s.n.], 1948. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=7734CB0E66A6B44DB72871DCEDEBF01E?sequence=1. Acesso em: 27 jan. 2020.

WILLIAMS, S. J.; MARTIN, P.; GABE, J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis: The pharmaceuticalisation of society? **Sociology of Health & Illness**, [s.l.], v. 33, n. 5, p. 710-725, jul. 2011.

ZEISEL, S. H. Regulation of “Nutraceuticals”. **Science**, [s.l.], v. 285, n. 5.435, p. 1.853-1.855, 17 set. 1999.

Bruno Pereira de Castro

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Doutorando em Saúde Coletiva pelo IESC/UFRJ, na área de Ciências Sociais em Humanas e Saúde.

Endereço profissional: Avenida Horácio Macedo, s/n, próximo à Prefeitura Universitária da UFRJ, Ilha do Fundão, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21941-598.

E-mail: brunodecastro@ufrj.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9230-1702>

Como referenciar este artigo:

CASTRO, Bruno Pereira de. A Fluidez do Aprimoramento Cognitivo Farmacológico e a Coprodução de Modos de Subjetividade na Contemporaneidade: uma pesquisa antropológica a partir dos nootrópicos. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85685, p. 159-177, janeiro de 2023.

Brosience: uma análise sobre o consumo de medicamentos entre fisiculturistas

Gabriel Salgado Ribeiro de Sá¹

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil

Resumo

Por meio de uma perspectiva socioantropológica, discutimos um tipo de conhecimento experimental presente na prática de consumo de medicamentos por fisiculturistas. Fruto de uma etnografia com atletas e outros praticantes de musculação, articulamos como a construção corporal caminha de modo concomitante à construção da pessoa por meio da dimensão do estilo de vida. A partir desta abordagem, discutimos como os medicamentos são protagonistas nesse contexto, como produzem sociabilidades, ajudam a conformar percepções em torno dos efeitos colaterais, criam linguagens próprias, induzem ou alteram relações de confiança, agenciam noções de risco, entre outros aspectos importantes ao diálogo entre antropologia da saúde e da ciência.

Palavras-chave: Antropologia dos Medicamentos. Fisiculturismo. Drogas. Risco.

Brosience: an analysis of drug use among bodybuilders

Abstract

Through a socio-anthropological perspective, we discuss an experimental knowledge articulated in the practice of drug consumption in bodybuilding. As a result of field research with athletes and other bodybuilders, we articulate how body construction goes hand in hand with the construction of a new person, through the lifestyle dimension. From this approach, we discuss how medicines are protagonists in this context, how they produce sociability, help to shape perceptions around side effects, create their own languages, induce or change relationships, promote notions of risk, among other important aspects to the dialogue between medical and science anthropology.

Keywords: Anthropology of Pharmaceuticals. Bodybuilding. Drugs. Risk.

Recebido em: 31/01/2022

Aceito em: 15/06/2022



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/>

1 Introdução

O fisiculturismo tem uma relação complexa com diversos tipos de medicamentos, que comportam conexões pelas possíveis eficácias atribuídas a essas substâncias no interior das redes de praticantes. O objetivo deste artigo é propor uma análise antropológica sobre os medicamentos, a partir de uma noção de eficácia social, atentos aos efeitos nas relações estabelecidas em torno das substâncias e dos tratamentos. Tal eficácia não pode ser mensurada estritamente por critérios farmacêuticos ou médicos, embora esse conhecimento seja usado pelos sujeitos pesquisados. Por sua vez, devemos englobar outros critérios, interesses e expectativas (WHYTE; HARDON, 2002) que se conjugam a certo universo de consumo e produção de subjetividades. É com essa premissa que apresentamos e problematizamos alguns dados etnográficos oriundos de pesquisa entre fisiculturistas (SALGADO, 2020), cuja principal metáfora é a de uma *Brosience*. Sociólogos e antropólogos dimensionam um conhecimento experimental em academias, feitos por “irmãos”, disseminado por meio de vários métodos, incluindo fóruns on-line, manuais de esteroides e é claro, amizades. A *Brosience* é definida como abarca discussões sobre doses apropriadas, sobre como combinar (ou ‘empilhar’) IPEDs¹, os riscos do uso de suplementos e drogas, etc., como nos mostram outras etnografias produzidas sobre o assunto (MONAGHAN, 2002; UNDERWOOD, 2017).

Mesmo havendo inúmeras controvérsias entre os atletas sobre consumir drogas no esporte, todos concordavam que a medicina por seus próprios limites ético-profissionais, não iria produzir uma pesquisa que investigasse possíveis efeitos causados por este consumo, especialmente se tratando do uso suprafisiológico². Essa problemática apresentada por um dos “gurus” do esporte se conecta à importante concepção específica do de tratamento *off-label* que habita o cotidiano dos praticantes: está relacionado a um uso não convencional de medicamento, que extrapola a recomendação médica e é feito em virtude do crescimento muscular, minimizando possíveis danos à saúde. Esse *off-label* difere do convencional, da biomedicina, que dita um uso conhecido, mas não endossado pela clínica, se reportando a um uso não regulado, em que os benefícios superariam os riscos (MORAES *et al.*, 2018). No caso do fisiculturismo o *off-label* está relacionado à ideia

¹ Abreviação em inglês de *image and performance enhancing drugs* (drogas que atuam para o aprimoramento da imagem ou desempenho).

² Esclarecendo essa prerrogativa, Hartgens e Kuiper (2004, p. 513) afirmam: “Por questões éticas, apenas doses relativamente baixas por um período de tempo limitado podem ser estudadas. No entanto, tais estudos não refletem as práticas esportivas e podem, portanto, fornecer apenas um vislumbre dos efeitos reais”. Atletas, portanto, sabem conscientemente deste aspecto, e isso é um dos argumentos pelos quais sabem que um médico comum não necessariamente vai saber tratar suas condições médicas.

do corpo-experimento (melhoramento, *enhancement*), recorrente em toda uma cultura que vislumbra o corpo como um composto biotecnológico em constante aprimoramento.

Neste projeto de corpo, há também certa linguagem que sintetiza o desejo pela experimentação farmacêutica. Verbos como *ciclar* (usar anabolizantes ciclicamente), *hormonizar* (utilizar hormônios) e frases como “o que cresce natural é planta” tanto como “ninguém tá puro” foram muito ouvidas no período de campo mencionado (SALGADO, 2020). Elas absorvem uma recorrente problemática da mudança corporal via o aprimoramento por recursos tecnológicos ou farmacológicos (ROHDEN; PUSSETTI; ROCA, 2021). Ainda mais, esse processo é condizente com uma dimensão material-semiótico, para utilizar a terminologia proposta por Haraway (2016) em que há claramente cruzamentos, relações e até mesmo fusões com os mais diversos “futurismos”. O corpo se torna o epicentro de multivariados instrumentos e técnicas, e as transformações, em absoluto, produzem legitimidade pelos olhos daquele que vê na rua ou no espelho.

Desse modo, para os interlocutores, somente o corpo associado aos últimos recursos biotecnológicos³ pode fornecer ou dar a capacidade do *supra-humano*. Investigar as potências ou possibilidades atribuídas pelos atletas às substâncias permite contribuir etnograficamente para a compreensão sobre o universo do consumo medicamentoso não-legitimado ou desviante. Tratar-se-ia de desconstruir certa noção de medicamento associada à cura e reabilitação para um uso associado a estratégias de melhoramento, seja no fisiculturismo (BUNSELL, 2013; MONAGHAN, 1999; MONAGHAN, 2002; UNDERWOOD, 2017) ou em outras práticas como as cirurgias plásticas (ROHDEN; CAVALHEIRO, 2021), as reposições hormonais e os implantes de todos os gêneros, enfim, o universo heterogêneo das biotecnologias.

O trabalho de campo teve início com a tentativa de compreender as motivações para os usos dos recursos farmacêuticos e como as pessoas tinham acesso ou não a tais. Com o passar do tempo, os problemas de imersão foram sendo substituídos para aspectos mais específicos da construção corporal e subjetiva, por exemplo, como se sentiram e quais eram as expectativas em relação a cada um dos medicamentos. Havia uma série de observações particulares a respeito dos sintomas gerados por cada medicamento, aliado ao fato de que cada pessoa apresentava respostas distintas. As conversações em torno dos medicamentos eram, portanto, um universo amplo e profundo, que exigia uma compreensão de aspectos físicos e emocionais do processo, para muito além do acesso às drogas e aos mecanismos de utilização. Era necessário compreender em profundidade como era o estilo de vida dessas pessoas, incluindo as técnicas corporais no ginásio, a nutrição de ponta, etc.

Posteriormente, pouco a pouco, nossa investigação ganhou contorno por meio das muitas e reiteradas ações de solidariedade e reciprocidade que faziam parte das transformações corporais de atletas e praticantes de musculação. Na prática, era entender como sujeitos se sensibilizavam com o progresso do outro, de forma a assistir, em multivariadas formas, com a realização destes projetos corporais. Acompanhávamos o

³ Os recursos podem ser desde a utilização de um método novo de treinamento, por exemplo, uma máquina de musculação, até uma dieta baseada mais estritamente nos “conhecimentos cerebrais” contemporâneos. Os medicamentos, contudo, são nosso enfoque pois são considerados capazes da produção de verdadeiras magias da transformação corporal pelo prisma nativo.

processo de como atletas interagem dando dicas de biomecânica nas seções de ginásio, de nutrição ou até mesmo de como compartilhavam sua experiência de efeitos com as drogas. O trabalho esteve centrado em acompanhar as conversas e debates que ocorriam em academias, confraternizações em finais de semana, bem como as abundantes trocas de informações em aplicativos de celular. Algumas entrevistas gravadas foram conduzidas com interlocutores mais próximos e foram importantes para complementar ideias sistematizadas durante a observação participante.

Um ponto teórico relevante do artigo é a noção de construção corporal como produção de subjetividades (LE BRETON, 2018; SAUTCHUK, 2007). Ao mesmo tempo em que destrinchamos um contexto específico de consumo e atores particulares neste circuito, elaboramos alguns regimes de valores que são expressos em ideias sobre medicamentos. Reforçamos a utilidade e importância em rastrear os percursos dessas substâncias em medida em que se moviam por diferentes cenários e lhe eram atribuídas singularidades ou como mercadorias para a troca. Levamos em consideração certa vida social dos produtos farmacêuticos, formas de consumo e distribuição por canais informais e, finalmente, as formas de eficácia e seus resultados nos corpos (VAN DER GEEST *et al.*, 1996; WHYTE; HARDON, 2002).

Este artigo se divide em dois momentos principais. Primeiro, descrevemos a rede de solidariedade entre os consumidores de medicamentos. Analisamos o processo de estabelecimento de confiança nas interações entre iniciantes e experientes nas academias, tanto quanto investigamos possíveis requisitos para interações sociais. Também damos uma atenção especial ao processo de empoderamento pelo corpo (e, por conseguinte, a transformação subjetiva) de um iniciante. Foi por meio das substâncias, treinamentos e nutrição específicos que um de nossos interlocutores foi inundado com sentimentos de confiança, força e autoestima. Deste modo, a transformação material-semiótica (HARAWAY, 2016) induz o nascimento de uma nova pessoa e também de uma nova “mentalidade”, para citar os termos nativos, a de um atleta.

No segundo momento, destacamos as percepções dos interlocutores em torno dos efeitos colaterais. Por meio da negociação entre risco e intensidade, percebemos que na experimentação medicamentosa existe uma exímia sociabilidade, seja na percepção de utilizar determinada droga ou em interação com profissionais de saúde. Percebemos, então, que o risco é uma dimensão de grupo e que os efeitos colaterais são sentidos individualmente em essência, mas sempre são tecidos em uma cadeia de ajuda e/ou assistência. Em outras palavras, efeitos colaterais são efeitos sociais.

2 Brosience: a reprodução do “conhecimento experimental” entre fisiculturistas

Parece que há um certo ar de privilégio nas investigações sobre o fisiculturismo, de encontrar um interlocutor interessado em explicar o funcionamento do esporte quanto aos vários desafios de se sujeitar a este estilo de vida. É um privilégio ainda maior, ouvir em primeira mão, a parte mais “sensível” e complexa de suas práticas, o consumo de medicamentos. Assim como no estudo de Kraska, Bussard e Brent (2010), o *status* de

nosso informante central se traduziu em uma matriz complexa de contatos dentro de toda a comunidade de musculação em nossa região, ao redor do Brasil, e até mesmo no exterior – que inclui atletas universitários, policiais, levantadores de peso e outros fisiculturistas profissionais. Mais do que isso, seu *status* forneceu o estabelecimento de confiança entre outros interlocutores⁴ durante a execução desta pesquisa. Produzindo, por consequência, maiores explicações sobre as etapas, estratégias e o funcionamento das redes que se estabeleciam na busca e no acesso às drogas.

Nossa primeira pista sobre o funcionamento dessas redes se deu em nosso segundo dia de trabalho de campo em uma academia de pequeno-médio porte em uma cidade de contexto urbano. Nos deparamos no vestiário com um homem musculoso, que aparentava cerca de 30 anos, fornecendo uma substância aquosa, muito parecida com leite de rosas, dentro de um frasco para um jovem com sobrepeso. A proporção entre músculos e gordura, marcadores sociais nas academias (SAUTCHUK, 2007), dava pistas para um problema de pesquisa, de como a informação sobre o consumo de medicamentos era compartilhada entre pessoas nesses lugares. Quais eram os requisitos? Como pessoas eram seduzidas por este consumo? Nosso interlocutor principal, nos explicou que devido à coloração da substância, com certeza se tratava do *stanazolol*⁵. O “vendedor” era na verdade um educador físico da própria academia, e que com certeza, complementava sua renda com a venda desses fármacos, ajudando, por consequência, os *brothers*. Questionamos então ao nosso fisiculturista-amigo como ele conseguiu obter acesso às drogas pela primeira vez na academia, cerca de cinco anos atrás:

Alfa: [...] eu comprava do dono da academia, que era um boçal. Nego que vende assim não sabe porra nenhuma o que fala.

P: E o lucro do cara devia ser pequeno, real. Eu acho que não vale o risco.

Alfa: sim, demais [risadas]. Eu não lembro quanto paguei nas diana [abreviação para dianabol, anabolizante]. Acho que foi tipo 60 conto em cada pote de comprimido.

P: E quanto você acha que o cara estava tirando com a venda?

Alfa: 10-15 conto no máximo. O cara fazia porque era brother meu... era da marca X, a substância, não era coisa ruim não [risadas] [...]. Ele quis me ajudar mesmo porque eu era cabaço e não tinha contato. Falou para não falar pra ninguém e tal.

Cabaço, virgem ou *natural* eram categorias usadas para descrever pessoas que nunca haviam usado medicamentos para construção corporal. Concebendo o gênero como uma prática social que se refere constantemente aos corpos e ao que eles fazem (CONNEL, 1995) destacamos que a masculinidade era articulada como um processo de inserção no estilo de vida – principalmente vinculada ao uso de drogas. Desse modo, o iniciante está em um processo de lapidação corporal quanto de gênero, pouco a pouco, se tornando mais forte e mais masculino. O medicamento não escapava dessa dimensão, e como o depoimento ressalta, sua capacidade material-semiótica era de elevar o status do homem.

⁴ Nossa pesquisa foi composta maioritariamente de homens cisgêneros, cuja idade variava entre os 20 e 40 anos. Contudo, por meio de nossos laços, conseguimos pelo método “bola de neve” ter contato com mulheres cisgênero que também complementaram nossos dados.

⁵ Substância utilizada para ganho de massa muscular e queima de gordura.

Outro aspecto não menos importante são os vínculos afetivos. Vendedores sentiam que estavam ajudando a participar das transformações corporais dos iniciantes, que retribuem com sentimentos de respeito e de admiração. Há uma dimensão de parceria masculina que não pode ser negligenciada, um tipo específico de interação social que antecede ao medicamento, que por sua vez, deve ser considerado o suprassumo da relação. Tal como um rito de iniciação de um jovem, pouco a pouco, o experiente guiava seu aprendiz em um universo desconhecido. Para isso, é claro, era necessário preencher requisitos: pertencer, manifestar respeito, demonstrar progresso no âmbito do treinamento físico e mental, é claro. Desse modo, ser um *brother* era mais que um título, era uma identidade conquistada e compartilhada para aqueles que se submetiam a mesma linguagem. Por fim, o jovem ganhava acesso às substâncias mágicas e seu corpo tanto quanto sua *persona* se transformavam. Seria ele agora um super-homem?

Cabe destacar ainda mais que nessas interações o resultado final era o título de *brother* e um vínculo, não necessariamente duradouro, no qual o iniciante ganhava acesso a um universo desconhecido. Nesse consumo, percebemos que essas relações não escapavam de controvérsias. O sentimento de admiração pelo “experiente” dono de academia foi ruindo com o passar dos anos, conforme o jovem tornava-se um atleta, ganhando cada vez mais conhecimento sobre o uso de medicamentos. Aqui, percebemos também, de modo mais indireto, de que existia um conhecimento legitimado ou não no consumo destas próprias substâncias: há o “ignorante” ou “boçal”, que por mais quisesse ajudar, eventualmente prova não ser uma fonte confiável de informações. Não se trata então, somente do acesso a medicamentos, mas utilizá-los sabiamente conforme o processo de construção corporal.

Devido à abertura fornecida pela interação com o nativo-amigo, despretensiosamente indagamos como era estabelecida a confiança entre iniciantes e experientes nesse consumo. Afinal, o que levaria a algum conhecido da academia a fornecer uma substância moralmente controversa? Ou de fornecer um contato de um médico que indicasse determinado produto? Pouco a pouco direcionamos nossos questionamentos para como o atleta lidava com o “curioso”, interessado nas drogas:

Alfa: Na academia tem uns caras que assim, são muito, mas muito grandes⁶, cê não tem noção. Então, tipo assim, foram pouquíssimas pessoas que já chegaram em mim, perguntando sobre isso [anabolizantes]. E eu também não dou muita trela, porque cê sabe, mano, não sou de falar, eu chego faço meu exercício e vou embora 95% das vezes. Se o cara chegar em mim, sinceramente, eu falo, mano. Esse ano mesmo, chegaram uns 2-3 comentando: “e aí, cara, se evolui constante, que que tu faz?”. E você sabe, eu nunca fiz aquele boom de ganhos, típico de blast⁷, então os caras ficam com receio, se eu tomo anabolizantes ou não. Então eu falo, uso teste, uso deca, tenho treinador[...] agora se o cara começa perguntar onde eu compro, qual minha dosagem, aí eu já falo, assim, mano, não dá... Dou um migué, isso é normal mano. Mas eu falo a verdade: uso aquilo, faço dieta, treino pra caralho, durmo bem e foda-se, entendeu?

⁶ Esses atletas “muito grandes” eram os competidores de nível subnacional-nacional.

⁷ Este termo faz referência a uma metodologia farmacológica de atletas. Segundo De Ronde e Smit (2020), essa estratégia de “blast and cruise” consiste em ciclos com múltiplas doses altas de IPEDs alternados com uma dose de manutenção mais baixa, para evitar a perda muscular entre os ciclos. Complementaríamos que também consiste de uma estratégia de minimização de danos ocasionados pelo uso de doses altas, principalmente na saúde cardiovascular.

O interlocutor gostava de se perceber como uma pessoa “quieta”, que não dava “muita moral” para desconhecidos. Utilizava fones de ouvidos para fazer seu treinamento físico com foco, evitando interações com outras pessoas. Alguns, mesmo com essa situação, se aventuraram a indagar sobre os resultados adquiridos. Ele então dizia a verdade sobre o uso, evitando fornecer doses e recomendando sempre seu treinador como fonte de informações seguras sobre o uso. Transcrito no discurso de uma maneira mais implícita, era o fato de que as duas ou três pessoas “curiosas” estavam acompanhando o desenvolvimento do corpo do atleta por um bom tempo. Como ele sabia disso? Por meio da percepção empírica da “evolução constante” do próprio corpo. Somente um olhar atento perceberia esse fato. Assim, diríamos que o atleta tinha a capacidade de discernir e discriminar, duas acepções sobre o possível uso de drogas pelo iniciante: a prejudicial e a supostamente benéfica. A primeira era atribuída aos *frangos* ou ignorantes, que não tinham um tempo adequado de treino, não praticavam dieta, e talvez, somente iriam se “arriscar” usando medicamentos sem apresentar nenhum conhecimento genuíno⁸ do funcionamento das substâncias na fisiologia humana. Desse modo, o atleta iria indicar o uso ou recomendar algum treinador, para um iniciante que se portava como um estudioso e dedicado do ponto de vista do treinamento físico. Nesse processo de filtragem, os atletas levavam em consideração que muitas vezes aqueles que perguntavam não tinham experiência alguma com o uso de medicamentos e por isso a revelação de certos tipos de informação podia ser prejudicial tanto ao fisiculturista quanto ao consumidor em potencial. Segundo essa lógica, o fisiculturista daria informação para aquele que demonstrava não ser um *frango*:

[...]

Alfa: Mas se nego perguntar muito, que se foda, e outra... os negos que perguntaram isso pra mim, é nego que não é virjão, é nego que tem uma certa bagagem [...] Teve um que perguntou pra mim e era fisioterapeuta, manja muito de RPG, muito muito, me deu até umas dicas de como curar meu encurtamento no posterior [da coxa] e tals, não é cabação. É nego que manja um pouco das coisas. Não é nego que começou hoje e semana que vem já tá querendo tomar bola, entende? São os caras mais cabeça.

P: Você está me dizendo que você recomendaria seu treinador e talvez daria uma assistência para conseguir os produtos?

Alfa: Mano, assim para ele [o fisioterapeuta] eu até passaria, mas o conhecimento que ele demonstrou para mim não foi nada relacionado a isso [anabolizantes]. Entendeu? Foi mais no ramo dele em si, e o cara foi supergente boa, me passou uns exercícios de alongamento, e ele pareceu ser um cara ser bem aberto, quando eu falei o que eu faço [hormônios] ele disse: “daora, tal... tenho interesse”. Ai eu falei da consultoria, do treinador X, superindico. Ele respondeu que queria fazer a mesma coisa, mas tinha medo... sabe? É um cara que não sabe

⁸ Considera-se aqui não só uma experimentação consciente e cientificamente informada, mas um conhecimento articulado de maneira muito mais completa e eficiente do que a própria literatura biomédica sobre o consumo de esteroides anabolizantes androgênicos. O argumento dos interlocutores é o seguinte: se a medicina, por limitações éticas, não pode efetuar estudos de longo prazo em usuários, somente os usuários de longo prazo podem saber realmente os verdadeiros danos. Desse modo, seus depoimentos corroboram que sim, essas substâncias causam danos à saúde, mas há muitos mecanismos de contenção de danos. Por exemplo, tratando-se da saúde cardiovascular, as dietas tanto quanto aeróbicas em jejum, consumo de suplementos como Omega 3 e Revasterol, etc. podem amenizar o colesterol. Isso seria possível de mensurar por meio de exames de sangue, por exemplo.

nada do assunto, mas eu passaria meus contatos de vendedores e traficantes⁹ se soubesse que ele tem alguém de confiança cuidando da saúde dele.

Reforçando dados já estabelecidos, esse depoimento demonstra que compartilhamento de informações, experiências, e até mesmo de contatos que forneciam as substâncias era um elo consistente nas relações entre atletas e iniciantes. A meritocracia que funcionava nas academias não englobava somente o progresso físico, corporal, mas também intelectual. Ter o domínio de uma capacidade reflexiva sobre o corpo e todas as potencialidades que o poderiam englobar, fornecia um traje digno de alguém capaz de ter acesso a magia deste mundo farmacológico. Mas é claro, esse conhecimento havia de ser validado pelo olhar do experiente. O universo feminino também reforçava uma lógica similar, apesar de é claro, haver algumas diferenças substanciais:

P: Muitas mulheres procuram sua ajuda para dieta, treino, protocolos de ciclo?

Sigma: A princípio não, porque acho esse assunto um tabu! As pessoas têm receio em falar sobre esse assunto. Porém as poucas que me procuram apenas trocam experiências porque já tem seus próprios orientadores.

P: Se você pudesse definir o público feminino, de usuários de ciclos comuns, como você definiria?

Sigma: Eu tenho uma amiga que adora treinar pesado, tem minha idade! Perdeu muito peso e parou. Queria muito ficar mais definida e fez dieta, dei dica de ciclo com oxi¹⁰ [oxandrolona] porque ela já usa gel¹¹ mas não adiantou! Teve medo, ela procurou um endocrinologista que eu indiquei, ele prescreveu a oxandrolona [...] ela vai tomar feliz e vamos torcer pra ela ficar bem como ela quer.

Sigma, aproximadamente 50 anos, que conhecemos em uma academia de musculação, era enfática ao descrever que o consumo de medicamentos pelo público feminino era muito mais restrito. O “tabu” apontado pela interlocutora era a consideração hegemônica no meio de que o corpo feminino era mais sensível às alterações endócrinas e, por isso, consumia-se menos e havia menos combinações sinérgicas de drogas. O consumo feminino era submetido a uma lógica de risco em relação à virilização (como exemplo, masculinização do corpo e da voz, aumento do clitóris e a voz considerada mais grave, etc.) (SALGADO, 2020). Por esse ângulo, o universo do consumo de medicamentos nas academias não era homogêneo. Se o consumo masculino estava articulado na construção em última instância de um super-homem, mulheres estavam consumindo tentando limitar toda e qualquer manifestação de masculinidade. Desse modo, a fisiculturista era por vezes caracterizada como aquela que consumia hormônios de “macho” e a ela eram atribuídos diversos adjetivos pejorativos.

Tais circunstâncias não impediam a manifestação de relações recíprocas de assistência na construção corporal e também do papel dos medicamentos como uma ordem oculta

⁹ Sobre a diferença entre vendedores e traficantes, algumas considerações merecem ser feitas. Em primeiro lugar, “vendedores” geralmente são farmacêuticos que vendem produtos legalizados. Em relação aos “traficantes”, um termo não utilizado por outros atletas, se refere aos vendedores clandestinos de medicamentos fabricados em *Labs* (*Laboratórios Underground ou clandestinos*). Esses produtos, por sua vez, são fabricados pelos apelidados *chefs*.

¹⁰ Substância derivada da testosterona. É utilizado no fisiculturismo para aumento de massa muscular, queima de gordura ou aumento de força. Muito utilizado pelo público feminino devido a percepção de menor risco em relação à virilização.

¹¹ É interessante notar que o gel a qual a fisiculturista está apontando é o de testosterona. As mulheres que têm receio de haver algum tipo de virilização, geralmente optam pelo uso de substâncias em gel, quando possível.

a ser revelada àqueles que passaram pelo crivo do esforço ou do merecimento, como foi o caso de sua amiga. Destacamos que o depoimento de Sigma remonta diversas características de alguém que estava “trabalhando duro” para a conquista do corpo dos sonhos: “[...] adora treinar pesado [...] perdeu muito peso e parou”. A estagnação dos resultados, conforme o aumento do esforço, tornou-se um motivo legítimo de fornecer a ajuda para alguém que estava apenas iniciando no uso de medicamentos. Ela precisava de algo a mais para alcançar seus verdadeiros anseios.

Em síntese, os depoimentos reforçam uma “cosmologia” da construção corporal fundadas em uma lógica recíproca e/ou compensada. Reforçando uma tradição antropológica Maussiana, em uma dialética do prestígio e da honra, o iniciante no mundo dos hormônios deveria apresentar os atributos necessários para o acesso de todo o arsenal fornecido pelo experiente. Nesse processo, fica claro, que ele tinha duas alternativas: a) Apresentar um conhecimento sobre o mundo da musculação; ou b) demonstrar um exímio esforço, dignos de um vencedor. Preenchendo estes dois requisitos, o resultado da equação era ter em suas mãos as ferramentas farmacológicas que dariam sua conquista corporal. O olhar do iniciante então se tornava de profunda gratidão perante seu treinador, amigo, ou conhecido das academias.

2.1 Visões de um Iniciante sobre a Experimentação Farmacêutica: tornando-se o super-homem

Quando as pessoas falam sobre a experiência de usar drogas, no entanto, a droga frequentemente não sobrevive com sua própria identidade intacta. Em vez disso, a droga entra na pessoa, e temos uma nova pessoa como resultado. Reforçamos, nesse ponto, que um dos componentes-chave dos medicamentos é o seu poder de transformação e, embora as transformações tenham como alvo o corpo, elas também têm efeitos sobre as mentes, situações e modos de compreensão (MARTIN, 2006; WHYTE; HARDON, 2002; JENKINS, 2010). O último entrevistado – Delta – era um aspirante a atleta profissional de fisiculturismo. O conhecemos numa academia e, sempre no horário de intervalos dos treinos, ele aparecia amigavelmente para conversar. Com cerca de 25 anos de idade, trabalhava como professor de inglês e reconhecia que não apresentava um corpo nos moldes de um competidor, mas sentia-se desafiado a tentar vivenciar a rotina. Comentava ocasionalmente nos intervalos dos exercícios suas experiências com medicamentos:

Delta: [...] Mano, acabei de usar uma deoposteron¹² aqui, é engraçado que esse povo de farmácia tem muito preconceito. Tipo a guria veio me perguntar “para que você quer injetar isso daí? É para academia?” Eu falei: “não moça é TRT¹³ mesmo, reposição hormonal”. Cara, não interessa, eu tô pagando o bagulho, se é pra aplicar é pra aplicar certo o bagulho. Mas aqui é aquela, coisa né, fui tomar o deoposteron eu já tava com tontura, tô um pouco tonto agora, mas, cara, tratamentinho de três meses para dar um up [...]

Delta usava as substâncias esporadicamente, sob a orientação de um endocrinologista, e como veremos a seguir, o seu uso medicamentoso era oriundo de um sofrimento

¹² Medicamento indicado para reposição de testosterona.

¹³ Abreviação para terapia de reposição de testosterona.

intrinsecamente ligado à sua imagem corporal. Em algumas de nossas interações reclamava sobre possíveis efeitos colaterais de medicamentos, apesar de sempre salientar a vontade de experimentar mais substâncias, como no caso em questão. Problematizava as atitudes dos funcionários das farmácias, que não queriam aplicar suas injeções semanais e que compartilhavam uma atitude suspeita em relação a ele. Sua forma de lidar com isso era dizer que precisava de *TRT*, uma mentira socialmente aceita no meio, principalmente se tratando de usuários iniciantes¹⁴. Sobre essas circunstâncias, era de praxe o meio farmacêutico legal problematizar a injeção de substâncias, mesmo com o usuário apresentando receitas médicas, como era o caso. Com uma tonalidade de acusação, estes profissionais questionavam os objetivos da testosterona que iria ser aplicada; e em tom de deboche, usuários respondiam dizendo que precisavam de uma terapia de reposição hormonal, devido a uma deficiência na produção de testosterona. A principal motivação de Delta buscar o fisiculturismo era a sua incapacidade de ter o corpo perfeito após anos de tentativas, e os hormônios tinham um importante papel nessa história:

Delta: Vou falar sobre hormônio. Tudo começou com um tempo atrás quando eu comecei a academia, eu treinei por dois anos e meio, três, natural. Treinei de qualquer jeito, sem dieta, treino errado, eu comecei a me cobrar muito. Hoje eu digo pra você, parte da minha insegurança é por causa do meu físico, por meu corpo. Eu me acho bonito, mas eu me acho magro, que tem uma barriguinha. Por exemplo, eu fui para a praia esses tempos, eu não consegui tirar a camiseta de vergonha. Tipo assim, minha ex, todo mundo falou pra eu tirar e eu não tirei. Por vergonha, porque tipo, pô, eu tava em Santa Catarina, uma das praias mais famosas, os caras tudo rasgado de sunga. Eu pensei que eu tinha que ficar no mesmo nível. [...]

Delta: [...] Por que eu pensei em competir no mens physique¹⁵? Não por amar o esporte, por querer ser um atleta, eu nem tenho saco para isso, mas eu topei porque seria um mecanismo, uma ferramenta, eu achei uma forma mais rápida de chegar em um físico mais bacana. Mano, até hoje eu não consegui. Eu sou sincero, eu já fui em uns sete nutricionistas, já fui em uns três médicos de hormônio e até hoje eu não consegui. Mas o problema não foi o nutricionista, não foi o médico, foi a consistência. Se eu tivesse continuado a treinar, a fazer dieta, eu teria obtido resultados ótimos e significativos.

A manifestação do desejo por um corpo, tão bem articulado nos moldes de uma categoria de competição do fisiculturismo, demonstram uma incrível especificidade: ombros extremamente largos, cintura fina, pouca gordura corporal e muita musculatura. Mais importante que isso, existe um tipo de sofrer também específico, articulado em medida por não atingir os objetivos, por não apresentar um corpo esperado, em um indivíduo esteticamente responsabilizado por suas condições. Como Mary Douglas (1970, p. 73) uma vez afirmou, o corpo social condiciona o modo como percebemos o corpo físico. A experiência física do corpo, modificada sempre pelas categorias sociais por meio das quais conhecemos, mantém uma visão particular da sociedade. Como resultado desta interação, o corpo em si mesmo é um meio altamente restrito de expressão. Por esse ângulo, apresentar certos marcadores, como a gordura e a falta de musculatura, pode simbolizar desleixo e até mesmo nojo ou repulsa. Nesse sentido, buscar um modelo de corpo “sarado”, utilizando fármacos como meio para tal, pode ser compreendido das

¹⁴ Usuários experientes e/ou atletas muito possivelmente vão ter o domínio técnico de se autoaplicar injeções. Isso se dá principalmente para evitar idas crônicas para as farmácias, visto que muitos deles precisam de injeções diárias.

¹⁵ Categoria de competição do fisiculturismo.

técnicas mais bem adequadas à satisfação dessa necessidade de intervenções rápidas para algum tipo de alívio (PERUSSI, 2015). Portanto, em outras palavras, não alcançar determinado imaginário corporal, pode ser elucidado como um sintoma de fracasso e incapacidade, ou um profundo sentimento de inaptação (PERUSSI, 2015). Delta, então, explicou sua última experiência, que teria sido muito diferente das outras:

Delta: O problema é que apesar de treinar sempre, eu nunca seguia a dieta cem por cento, a única vez que eu consegui foi nesses três meses que fiz com um médico bem conhecido. Me deu um resultado surpreendente, eu tava gordo, uns 27% de gordura e tetudo, abaixei de 25% para 11% em três meses, usando oxandrolona¹⁶ e testosterona em gel, injetando enzima¹⁷, eu injetava toda semana, de queima de gordura... não sei se adiantava, mas eu fazia. Assim, eu tô com pensamento diferente, eu quero mudar meu físico? Com certeza eu quero, preciso, mas ao mesmo tempo eu paro para refletir, até que ponto? Eu acredito que sou um cara com muito potencial para executar determinadas atividades da minha vida, mas eu creio que o físico e o lazer são importantes.

P: O que você sentiu nessa experiência?

Delta: Superman, cara, apesar de não ter vários ganhos significativos, eu me sinto forte, diria que imortal.

P: Como assim?

Delta: Se sente superman, se sente imbatível, eu diria que eu poderia bater em qualquer um.

A utilização dos produtos médicos demonstrava o paradoxo que Delta e outros atletas enfrentavam, o de definir o limiar de progresso necessário para a construção de si e, em outras palavras, se valeria a pena incorporar todos os elementos para se alcançar o corpo dos sonhos. A conversão físico-moral que o estilo de vida promovia era sempre posto em comparação com as sensações de intensidade, desejo e sofrimento. Os fármacos eram envolvidos não só pela ação farmacológica, mas, moralmente, pelo alívio e empoderamento. Do senso de prazer, força e ascensão, posicionava-se uma nova pessoa que, finalmente, pode e é capaz de tudo. É claro que se sentir bem estava ligado a adquirir certas qualidades estéticas. Para alcançá-las, era imprescindível se converter para o estilo de vida e, enfim, conquistar a sonhada autoestima. Todas as possibilidades farmacológicas estavam em aberto para alcançar seu objetivo. Alcançar o corpo que nunca teve era, de certo modo, a manifestação de uma peculiar esperança, na qual o aprofundamento do indivíduo no estilo de vida podia materializar as características corporais que julgava mais adequadas para si. A dor era parte central desse processo, mas, por meio dela, alcançava-se o prazer. Inspirados no lema “*no pain, no gain*”, dos músculos e da pouca gordura, escorriam-se o suor do esforço e até mesmo as lágrimas. Alcançar um imaginário específico de corpo também era uma construção que corresponde a um tipo específico de masculinidade hegemônica: possuir força, poder, e beleza que só são acessíveis para poucos.

Corroboramos outras análises, de que essas novas intervenções tecnológicas requerem um trabalho árduo de manutenção, seja do ponto de vista econômico e emocional. Os corpos são produzidos, regulamentados e claramente disciplinados, não como um tipo específico de obrigação, mas como aspirações, desejos, valores, etc. no qual acontecem

¹⁶ A oxandrolona é um esteroide sintético derivado da testosterona.

¹⁷ Um tipo de enzima não especificado pelo interlocutor que, teoricamente, promoveria a queima de gordura.

de forma aparentemente voluntária e livre. Aqui é chave, de que o corpo não é mais visto como lócus de resistência à intervenção e foco de controle, mas cada vez mais como um material flexível e suscetível de ser transformada e reconfigurada (PUSSETI; ROHDEN; ROCA, 2021; PUSSETI, 2021). Desse modo, o fisiculturismo é um esporte no qual o sujeito vê as potencialidades biotecnológicas não somente como uma promessa de um futuro melhor, mas como um elemento continuamente incorporado em um sujeito bioquimicamente alterado. Para nossos interlocutores, não há “meio termo” nessas intervenções, sendo um sustentáculo tanto para uma transformação corporal quanto subjetiva de si. Esses recursos fomentam uma transformação simbólica de corpo, que ultimamente, acarreta numa exímia transformação de pessoa. Para renascer como pessoa, era necessário manipular o corpo de multivariadas formas, e de tal forma, a autoestima, sentir-se bem, era uma conquista em absoluto. O medicamento era o suprassumo deste processo e o corpo não era só híbrido, mas um elemento em constante e indefinida transformação. O progresso era manipulável pela rotina exaustiva, mas também pela consciência e pelo desejo.

3 Efeitos Colaterais, Efeitos Sociais: negociações sobre a intensidade

Quando pensamos em efeitos colaterais supomos um efeito indesejado. Entretanto, no universo fisiculturista tais efeitos podem estar vinculados a intenções positivadas e dimensões bastante específicas. Uma parte ativa do cotidiano de muitos, fazendo-nos pensar como produzem vínculos e associações entre pessoas, seja com o intuito de construir um corpo atlético ou para minimizar outros efeitos colaterais considerados desagradáveis. Destacamos, já de imediato, que nossa pesquisa corrobora a análise de outros antropólogos, como Underwood (2017), ao descrever que as visões do fisiculturismo e as visões convencionais dos riscos do estilo de vida do fisiculturista são tão diferentes que os fisiculturistas acham essa “desconexão” até mesmo irônica e divertida. Diante desse fato, atletas não negavam que o uso de medicamentos era passível de gerar desequilíbrios neuroendócrinos, mas afirmavam constantemente que sabiam, mais do que qualquer outro profissional da saúde, lidar com essas manifestações indesejadas.

Ao mesmo tempo, ao priorizar uma intensidade na busca pela construção de um corpo almejado, não se menospreza a saúde. Equilibrar essa equação era alquimia pragmática (ALMEIDA; EUGÊNIO, 2007) em que se manifestava no íntimo do fisiculturista uma tensão entre estar no controle de si na busca pelo corpo almejado por meio da intensidade e a negociação em torno dos efeitos colaterais, que poderiam atrapalhar desde o trabalho até as relações interpessoais. Exemplos eram manifestações emocionais como raiva, tristeza e euforia; ou até mesmo diarreias devido à reação de algum medicamento. Lidar com cada situação era uma experiência única, mas sempre compartilhada entre uma rede de pessoas interessadas nos sintomas. Em síntese, o indivíduo era epicentro de uma trama de um projeto de autogestão e nunca deveria romper o equilíbrio entre estas “ilhas de intensidade” (treinamento e consumo de medicamentos) e o projeto extensivo de vida (emprego, convivência familiar). Projeto que, por sua vez, era orientado pelos ideais de

sucesso profissional, pela juventude, pela longevidade, que, para ser cumprido, exigia um investimento e um sacrifício protagonizados pelo trabalho e pelo lazer (DUARTE, 1999; ALMEIDA; EUGÊNIO, 2007). Dessa forma, Omega de cerca de 26 anos de idade, gerente bem-sucedido de uma empresa, destacava seus mecanismos para o controle de sua saúde:

Omega: os exames que eu faço de costume mesmo são os hormonais para ver se está batendo às drogas. Esse aí faço de rotineira com o cardio¹⁸ [...] quando ele pede junto com os exames do coração, sempre tudo ok [...] também tenho minha pressão alta, mas é controlada.

P: Entendi. Está certo, e o seu médico é de boa com o uso?

Omega: [risadas] Claro que não, cada consulta é um sermão. [...] Mas tipo, o dia que eu não tiver condições de fazer exames regulares, eu paro o uso! Acho importantíssimo.

Exames hormonais eram frequentemente usados para medir se havia algum risco de estar ingerindo alguma substância falsificada. Outros, como os que mensuraram o sistema cardiovascular, tinham como objetivo captar alguma alteração seja no colesterol ou no coração em si (ecocardiograma, por exemplo). Com um problema crônico de pressão alta, desde o fim da juventude, Omega fazia manutenção de sua pressão arterial com outros medicamentos e também com um aparelho de pressão que mantinha guardado em uma gaveta em sua sala de estar. O seu médico “de família” sabia do uso dessas substâncias e desaconselhava consistentemente o uso, mas, por fim, sempre fornecia os exames necessários, mesmo com algumas resistências ou restrições do próprio plano de saúde. Nessa situação, a estratégia de Omega era viver por intensidade, mas tentando algum tipo de controle, por meio dos exames periódicos. Caso parasse, o risco era não saber o que poderia haver no seu organismo. As ferramentas biomédicas e os exames para análise de biomarcadores davam um atestado de saúde e necessariamente tais eram compartilhados não só com médicos, mas entre os próprios atletas.

Essa icônica situação nos levou a indagar ao atleta se sua categoria esportiva, no geral, priorizaria cinco anos de vida de sucesso no meio por uma vida com pouca saúde no futuro. A base de tal questionamento surgiu a partir do polêmico dilema de Goldman, referencial da literatura *antidoping*. Tratava-se de apresentar uma barganha faustiana para os atletas, perguntando se eles trocariam longevidade pelo sucesso olímpico ao tomar um medicamento que não apenas garantisse a Medalha de Ouro, mas também sua morte em cinco anos (CONNOR; WOOLF; MAZANOV, 2013).

Omega: Então, atleta em geral faz esse tipo de acordo que seria com o diabo, né. Na realidade, nem atleta, eu acho que qualquer pessoa que gosta do que faz e quer ter sucesso naquilo que faz por cinco anos, tipo cinco anos como rei, a pessoa vai escolher entende? Nem só atleta eu diria, a única pessoa que não faria isso é o que não faz o que gosta. Eu digo sempre para os meus amigos que usam anabolizantes: não tem almoço grátis. Não tem por que usar se não precisa, mas se almoçar tem que pagar.

[...] e eu te digo, ah, cara, acho que qualquer fármaco uma hora vai dar algo, tipo eu tive baita problema com remédio de pressão alta. Três meses com intestino solto, mas solto mesmo, defecando 10 vezes ao dia, e os médicos não achavam o que era, nos exames estava tudo ok, aí o coach mandou trocar o remédio da pressão e melhorou. [...] Eu acho que usar fármacos no geral também pode te dar problema, de qualquer jeito, não dá pra ficar controlando tudo que te acontece, você fica em um looping de usar fármacos para combater colaterais de outros fármacos.

¹⁸ Abreviação para exercício cardiorrespiratório.

De qualquer maneira, isso não impedia o próprio atleta de perceber que seu estilo de vida promovia um tipo específico de particularidade, especialmente se tratando de medicamentos. Precisamos enfatizar o sentido da frase dita: “qualquer fármaco uma hora vai dar algo”. Ele dizia não somente em relação aos anabolizantes, mas também aos medicamentos de controle de colaterais ocasionados pelo uso destes primeiros. Podemos ponderar que os fisiculturistas concordavam com a descrição recorrente sobre a utilização dos anabolizantes, afinal, o “preço que é pago”, como pontuado pelo interlocutor, era o desequilíbrio neuroendócrino. Entretanto, ao estimular efeitos colaterais, por consequência era necessário controlá-los, e aqui adentramos na parte mais importante da cultura deste tratamento atípico: o controle da experiência de uso de fármacos.

Desse modo, era comum na trajetória medicamentosa de atletas, em algum momento ficarem presos em relações circulares por conta do uso de medicamentos. No caso anterior uma síntese da experiência foi feita a seguir: ao utilizar a testosterona, sua pressão arterial aumentou, então utilizou mais medicamentos para o controle da pressão alta e, mais efeitos surgiram. Consistentemente havia uma relação de causa e efeito¹⁹ no trabalho de ser tornar um fisiculturista, o de controlar um desequilíbrio necessário para a construção do seu próprio corpo/pessoa.

A relação entre efeitos colaterais e a socialização de atletas também é um ponto chave para este grupo, e se dá na forma com que essas pessoas têm interações com profissionais de saúde no geral. Acreditamos ser importante problematizar essa relação, porque ao longo do nosso período de campo, percebemos uma preferência em se consultar com um amigo nas academias ou com um treinador, que ocasionalmente não tinha formação na área de saúde. Para isso, trouxemos como exemplo inicial, uma situação tensa que nosso principal interlocutor, Alfa, vivenciou. Nós observamos o aparecimento de espinhas no seu ombro direito, e então perguntamos se algo tinha acontecido com ele:

Alfa: o que zoou isso aí [aparecimento de acne], eu sempre usei anastrozol, o bagulho que controla e2 [gíria para estradiol]. Estava usando o da marca X mesmo, genérico, caixa verdinha e por que incrível que pareça, eu não tava sentindo colateral algum e na realidade [a droga] não estava batendo, o sal estava zuado, tanto é que o meu treinador falou para nós não usarmos sal dela e tipo [...] não tava tendo nenhum colateral, de ginecomastia, minha articulação tava estralando um pouco, de humor de libido tudo normal, aí começou do nada umas espinhas no ombro... Nunca tinham dado. Aí eu falei, porra, deve ter sido o leite, aí tinha apareceu mais umas nos dois ombros... mandei foto da situação pro treinador numa segunda quando geralmente mando um resumo [feedback do corpo], mandei pra ele e falei assim: tô tendo essas espinhas e tal, acho que é por causa do leite, tenho um pouco de alergia, já tive isso e acho que é isso.

[...] Ele então falou assim: vou aumentar o anastrozol pra tratar essa alergia, porque como o e2 é inflamatório se baixar o e2 menos inflamação e se tem menos espinha. Ai a dose subiu lá no talo de anastrozol e não melhorava, até que chegou num ponto que tava com espinha no peito, no ombro, na lateral do braço, e nas costas um pouco.

¹⁹ Segundo Liokaftos (2017), a partir da década de 1980, inaugura-se a era *Freak* (aberração) que não popularizou apenas o uso de drogas conhecidas (como o Dianabol, Testosterona, Nandrolona e Stanozolol), mas também praticamente tornou obrigatória a utilização de substâncias no nível de alta *performance*. Foi nessa época em que se popularizou o corpo mutante, que chegava a causar o efeito de assustar o público. Nossos interlocutores foram enfáticos em argumentar que já na década de 1960, os anabolizantes já eram populares entre atletas e também difundidos em academias. Isso se dava principalmente, pelo fato de que era possível comprar fármacos de qualidade em farmácias, sem precisar de receitas (Isso se tratando dos Estados Unidos).

[...] *Aí falei treinador, a situação tá assim [...] cortei leite... Cortei tudo de lactose... Ai ele respondeu: "se tá um quadro infeccioso e não deve ser alergia, isso aí é estradiol, faz exame... O anastrozol nem tá batendo" [...]*

[...] *Aí, mano, tava numa correria danada, nem fiz exame nem porra nenhuma e também por causa meu anastro tava pra acabar, falei, porra nem vou usar anastro nem porra nenhuma, vou comprar de outra marca X que é outro laboratório e nem é genérico, é de linha mesmo e comecei a tomar... até o formato é igualzinho do outro comprimido [genérico] e comecei a tomar na dosagem recomendada pelo treinador. Começou a melhorar, e foi melhorando, melhorando. [...] Essa parada de e2 é foda, demora muito pra melhorar a pele... Mas o treinador falou: "qualquer coisa tu entra com Roacutan dosagem baixa, tratamento meio offlabel" aí eu respondi: não posso, por que tenho uma certa intolerância a Roacutan e me zoa todo, me arreventa.*

[...] *Aí ele falou, ou usa Roacutan ou vai no dermatologista... Fui pro dermatologista e ela me falou uma porrada, cê tá ligado,... falando aquelas merdas²⁰ que cê imagina... Disse que eu tinha que tomar hidrocortisona, mas nem comprei também, foda-se, é estradiol mesmo... Aí to até agora... Tem um mês... Tô 0,5mg tsd [todo santo dia] de anastrozol, que é uma dose muito alta, aí chegou até certo ponto de uma dosagem tão baixa de e2 que minha libido tá uma bosta, aí o treinador mandou eu diminuir a dosagem, mas em relação as espinhas, tá bem melhor [ênfase da voz]. Eu ainda tenho um pouco, mas agora tá praticamente manchinha vermelha só, tudo sumiu ... não tem pus nem nada.*

Como já dito, um risco enorme para atletas são drogas falsificadas ou que apresentam péssima qualidade. É por conta desse fator que sempre estão fazendo exames para atestar a qualidade das substâncias, mesmo que seu próprio corpo ocasionalmente se torne um experimento, como foi no caso citado anteriormente. Devido à resistência em se medicar com o Roacutan, devido a uma péssima experiência a alguns anos atrás²¹, o treinador deixou como opção o atleta ir em um dermatologista para passar algum tipo de tratamento alternativo. Ele foi, e ao contar sobre sua experiência com estes recursos farmacêuticos, o médico reagiu condenando seu estilo de vida, apesar de que no processo, forneceu um tratamento para ajudá-lo. Uma frase agressiva deve ser destacada: "foda-se, é estradiol mesmo". Ao dizer isso, o atleta estava afirmando que o dermatologista não estava procurando uma solução para o problema, ou melhor, nem estava conduzindo a terapêutica de modo mais correto. A hidrocortisona não iria tratar a verdadeira causa: um distúrbio endócrino causado pelas drogas, em suma, ela somente ajudaria no problema estético e não na causa.

Desse modo, acreditamos que essa situação pode ser generalizada para o resto do grupo, afinal, profissionais de saúde não aceitavam a perspectiva de vida daqueles que buscavam ajuda em seus consultórios. Apareciam então os treinadores e amigos das academias, que nunca condenavam, somente orientavam e davam sugestões para a resolução de contratempos. Além disso, uma outra interlocutora, de 35 anos, também toca em outro ponto sensível, complementando a experiência anterior. O fato de que os médicos não buscam atender a especificidade e individualidade de um atleta que consome estes medicamentos:

²⁰ O interlocutor está se referindo à condenação do uso de medicamentos, prática extremamente comum em consultórios médicos. Alfa nunca escondeu o uso de suas substâncias.

²¹ No final da adolescência, antes de conhecer o fisiculturismo, o atleta fez um tratamento com roacutan para tratamento de acne. Devido aos efeitos colaterais como boca seca, tontura e dores de cabeça, decidiu interromper o tratamento.

Gama: A questão para nós fisiculturistas é que nós nos sentimos terríveis de sermos tratados como um padrão, sabe? Porque o padrão é mais um número, eu fui em um hospital esses tempos, aí eles comentaram “vou te dar um protocolo padrão, vou te dar tal coisa porque geralmente é isso”. Para, você nem ouve o sintoma da pessoa, você nem sabe o que a pessoa e o que ela está sentindo, você coloca um carimbo na pessoa ali e dá o que você daria para todo mundo, entendeu? O médico faz muito isso, a gente fica pior, estamos lá para ser tratados através da nossa individualidade, e a gente não vai ser tratado. Vai simplesmente piorar nosso quadro, com efeito colateral do remédio. É bem complicado isso no Brasil, até mesmo os coachs, não sei se te contei todas minhas experiências. Mas, fiquei muito traumatizada com remédio que eles passaram e eu parei de tomar, eu não sou contra remédio, mas hoje eu tenho muito medo de efeito colateral, sabe? Porque eu sou muito sensível a colateral e os médicos não se importam com isso, os coachs também rotulam também em números e é aí que tá o principal problema, todos nós temos as próprias especificidades.

Era um consenso para os atletas de que seu estilo de vida gerava necessidades individuais que os diferenciavam do resto da população. Essa visão tão especial sobre si próprios, era totalmente ignorada por médicos e profissionais da saúde, que não reconheciam suas verdadeiras necessidades e o seu contexto. Era um consenso entre os pesquisados essa problemática e curiosamente até mesmo os *coach's*²² ou treinadores não escapavam dessa problemática.

Resumidamente, a partir dos elementos etnográficos estabelecidos, queremos contribuir no problema em questão, que essa necessidade de se auto tratar em um contexto tão peculiar é fundamentalmente fruto de duas problemáticas distintas, mas complementares: a) Ao procurar tratamento pela via tradicional, aquele que usava medicamentos muito provavelmente iria ser mal tratado, pela incompatibilidade de seu repertório epistemológico de aprimoramento corporal: não havia espaço de legitimidade para essas ferramentas alternativas de construção do corpo, nessas práticas que necessariamente podiam fazer parte do repertório de um médico; e b) A existência de um tipo de individualismo, fundado na construção material-semiótica de uma pessoa específica no qual o esporte delimita necessidades terapêuticas distintas do que a maioria das pessoas. O fisiculturista prefere então, racionalmente, se tratar com aquele ao qual é mais íntimo, que não julga, e que analisa o corpo muito além das aparências.

Por fim, queremos demonstrar como a *brosience* é feita e reproduzida via discursos. Por meio de dois exemplos distintos, acreditamos ser possível sistematizar isso:

Alfa: Te falando, são vários meios de você conseguir conhecimento, são casos e casos. Vou dar um exemplo do Coach X. Se sabe mais ou menos a história dele, por exemplo, como ele virou médico [...] Começou com um problema de inibição do eixo HTP²³ quando ele era moleque. Enfim, tinha para lá dos 18 anos e socou bomba, não sabia o que tava fazendo. Ele procurou ajuda médica e ninguém conseguia fazer o eixo dele voltar ao normal. Pouco a pouco ele foi construindo um conhecimento através de livros e é claro, fazendo um experimento [com si próprio]. Foi aí que ele falou que ele iria virar médico, para depois virar coach é claro. [...]

²² *Coachs* ou magos, desempenhavam o papel dos médicos no contexto estudado. De acordo com os interlocutores, os magos obtiveram um conhecimento vasto em diversas áreas da fisiologia ao longo de anos, e, por isso, eram considerados referências valiosas. A formação deles poderia ser de educação física, nutrição, química, e até mesmo medicina (SALGADO, 2020). Este título era reconhecido socialmente, pelo papel de que um indivíduo desempenhou ao longo dos anos, por meio de uma carreira de alunos treinados em competições no esporte. No caso específico situado anteriormente, essas figuras por apresentar um grande número de alunos e casos bastante particulares de saúde para cuidar, poderiam ignorar, assim como médicos, contextos específicos de saúde e doença e por isso também existiu muitas críticas a esse grupo.

²³ Refere-se ao eixo hipotálamo-pituitária-adrenal.

Hoje em dia eu afirmo que ele é provavelmente deve ser o maior especialista de fertilidade do Brasil, porque ele consegue reverter qualquer tipo de insuficiência hormonal. Tá com disfunção erétil? Ele resolve. Tá com espermatozoide ruim? Ele resolve. Obviamente, é um conhecimento off-label, muita coisa ainda não está nos livros e se você for em um médico qualquer, especialista em fertilidade, provavelmente não vai saber resolver um caso igual ele. É um conhecimento vamos dizer assim, que é construído tanto com conhecimento acadêmico quanto com casos bastante particulares que só o esporte tem.

[...] Alfa: o bagulho da droga é assim, eu sei o que as drogas, principalmente as sintéticas fazem no corpo. Então tem como amenizar os colaterais, entende? os crashes, as bads e tal... Tipo pó, a bala bad de mdma ou mdxx, ou modafinil (nootrópico), é cortisol alto. Então se usa vitamina c, 5-htp, e coisa doce. Sempre ajuda, entende?

P: ah, sim, elas diminuem o cortisol e o doce aumentaria a dopamina, em teoria, né. E o pessoal realmente sente uma diferença? Na utilização desses suplementos?

Alfa: sim, mano, também ajuda bem, mas tem que usar continuamente.

P: se puder me dar um exemplo.

Alfa: tipo, tem um amigo meu que usa [tóxicos]. Três dias antes ele já vem usando 150mg de 5-htp no dia a dia. Antes de ir pra festa come limpo e com muitos micros durante a festa, leva vitamina C efervescente. Não é muito bom, mas ele vai tomando [...] e se bate a bad, 1g de vita c, 150mg de 5htp. E se der ocitocina e quando bate bad, não usa mais nada.

Os depoimentos sustentam que no esporte existe uma maneira particular de lidar com as drogas. A articulação de um conhecimento técnico-científico (dominar o estudo de livros, ler plataformas como a PUBMED, por exemplo), junto com uma experimentação consciente (fazer de si próprio um experimento, como foi o caso do *coach*-médico) e, por fim, aprender a usar substâncias e compartilhar os efeitos das mesmas (como é o caso do consumo bastante específico de uso de tóxicos). Corroborando tais aspectos é a própria linguagem transmitida nessas situações que aponta tanto uma linguagem do uso de drogas ilícitas, especialmente as lisérgicas quanto uma cerebral (AZIZE, 2008). O resultado era um indivíduo que versava com facilidade sobre neurotransmissores e que manipulava seu próprio prazer conforme as últimas tendências na ciência. Mais do que isso, era a articulação da eficácia da situação, em que os danos (como as *bads*) eram minimizados por meio de protocolos alternativos de uso de tóxicos, dando confiança e legitimidade na condução de seus próprios tratamentos. Ademais, na experiência do uso de drogas, os efeitos colaterais podiam até ser sentidos individualmente, mas cada experiência de uso era compartilhada com outras pessoas. Usar a vitamina C, ou o 5-HTP (suplemento precursor de serotonina), era um mecanismo de amenizar os danos, que, pela eficácia em um contexto individual, ganhavam contornos de um tratamento alternativo para um grupo.

Reforçamos a percepção etnográfica de Hedblom (2009) de que ao se tomar substâncias em um contexto de “academias” ou no fisiculturismo, o contexto estava centrado no conhecimento dos perigos. No caso, algumas vezes na academia no seu período etnográfico informavam que: “Pode ser perigoso usar substâncias se você não sabe o que está fazendo, mas substâncias médicas que são desenvolvidas para seres humanos não são perigosas para tomar se você sabe o que é”. Mas essa constatação se torna incompleta, quando deparamos que cada atleta não somente sabe o que uma substância é, mas também apresenta o conhecimento para lidar com os efeitos e conscientemente mitigá-

los. Vemos que em cada indução de efeitos por fármacos existiam diversas maneiras pouco ortodoxas de controlar seus possíveis danos. O *brosience* era uma maneira de sustentar uma cadeia de interações sociais baseadas no objetivo de construção corporal minimizando danos e dando confiança tanto quanto encorajamento aos seus adeptos.

4 Considerações Finais

A noção de *brosience* carrega controvérsias na própria literatura socioantropológica sobre o tema. Por um lado, há autores que pontuam se tratar de um método que “visa maximizar os benefícios enquanto limita os possíveis danos relacionados com as drogas”, como pontua Lee Monaghan (2002), e, por outro lado, é pensado também como um conhecimento experimental, disseminado nas redes sociais e nas relações interpessoais, como afirma Underwood (2017). Contudo, no embate de definição se seria uma etnofarmacologia (como defende Monaghan) ou uma farmacologia popular (como sustenta Underwood), acreditamos ser mais importante não classificar o complexo fenômeno, mas sim discutir com que base as interações sociais são fundadas e/ou estabelecidas. Por esse ângulo, o iniciante, antes de ganhar o título de *brother*, devia preencher uma série de requisitos, que variava desde uma capacidade reflexiva do próprio corpo, até demonstrar progresso nos árduos treinamentos. O crivo do experiente determinava o acesso ao medicamento e, após, havia até mesmo a oportunidade de ser tutelado em relação ao uso, quanto não recomendado para algum *coach* ou médico. Em suma, ter acesso aos fármacos era o ápice do pertencer neste meio, afinal, simbolizavam o elixir da transformação.

Destacamos por esta linha de raciocínio que essa ciência feita pelos e para os *brothers* é uma maneira pela qual um grupo de pessoas estabelece laços, trocas e compartilha incertezas em um contexto de risco, enfim, não menos importante, constroem seu próprio capital corporal. Buscamos pensar a relação entre os fisiculturistas para além da academia e da dieta, incorporando um debate sobre um modo de produção da vida a partir dos medicamentos.

Corroboramos desta forma que a circulação de biotecnologias na contemporaneidade pode ser pensada a partir das formas de uso dos medicamentos, em sua variedade de substâncias e finalidades. Tal abordagem nos aponta para as transformações corporais aqui estudadas como transformações da pessoa, sendo em si mesma um fenômeno dos novos modos de produção de si, refletindo outras articulações e problemáticas entre normas, valores e disputas a serem investigadas (ROHDEN; PUSSETTI; ROCA, 2021). Mesmo as categorias biomédicas apresentam plasticidade, apesar de parecerem que já estão naturalizadas dentro do sistema biomédico, como sistemas culturais, podem ser colocadas em perspectiva pelos agentes que circulam por esta cultura (AZIZE, 2002, p. 10). Tal revelação permite-nos pensar que estes objetos sociotécnicos agem como intermediários e possuem uma clara “vida social”: moviam-se por diferentes cenários e recebiam valor como singularidades tanto quanto mercadorias para a troca (VAN DER GEEST *et al.*, 1996).

Ao percorrer em certa medida o caminho teórico-metodológico sugerido por este último autor, percebemos que o medicamento se torna um marcador social de pertencimento a um estilo de vida, e por tal, era dotado de atribuições “mágicas”. Nessa construção material-semiótica, o corpo é visto como algo manipulável, pela consciência que dita os meios pela qual a transformação irá ocorrer. O corpo físico era um microcosmo da sociedade voltado para o centro de poder, contraindo e expandindo suas reivindicações em conformidade direta com o aumento ou relaxamento das pressões sociais (DOUGLAS, 1970). Digladiando-se com outros modelos corporais, a busca era pela artificialidade encabeçada pela perfeição. Relação essa que não quer mais somente o aprimoramento, mas também a mutação, a união bioquímica permanente entre a tecnologia e o homem. Na contemporaneidade, alguns atletas eram apreciadores do *shape freak* ou *aberração*, entendido como um estágio lógico em um processo de evolução dos padrões de desempenho (SALGADO, 2020).

Assim, fica claro neste processo que os medicamentos interagem com os sujeitos, comunicam efeitos, possibilitam estratégias e que, neste processo, ser um *brother*, amigo ou colega significava mais do que compartilhar metas físicas. Os índices dos exames, nomes farmacêuticos e todos os cálculos diários de calorias e níveis de gordura no sangue formavam um idioma compartilhado deste estilo de vida. A etnografia buscou descrever uma parte desta relação. Neste universo, as substâncias são ressignificadas, cujo valor não é pensado em termos de uso ou abuso das substâncias, mas em termos de experimentações e pelas potencialidades. Assim, uma nova perspectiva, baseada no protagonismo dos usuários, se constitui junto aos corpos fisiculturistas, suas percepções do uso de medicamentos como agentes ativos da construção do corpo e de um tipo de pessoa na contemporaneidade.

Referências

- ALMEIDA, Maria; EUGÊNIO, Fernanda. Paisagens existenciais e alquimias pragmáticas: uma reflexão comparativa do recurso às drogas no contexto da contracultura e nas cenas eletrônicas contemporâneas. In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de; NAVES, Santuza Cambraia (org.). **Por que não? Rupturas e Continuidades da Contracultura**. 1. ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007. v. 1. p. 155-200.
- AZIZE, Rogério. **A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre o uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras**. 2002. 118p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- AZIZE, Rogerio Lopes. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-30, 2008.
- BUNSELL, Tanya. **Strong and Hard Women: an ethnography of female bodybuilding**. 1. ed. [S.l.]: Routledge, 2013.
- CONNEL, R. W. **Masculinities**. 2. ed. California, EUA: University of California Press, 1995.
- CONNOR, James; WOOLF, Jules; MAZANOV, Jason. Would they dope? Revisiting the Goldman dilemma. **British Journal of Sports Medicine**, [s.l.], v. 47, n. 11, p. 697-700, jan. 2013.

- DE RONDE, W.; SMIT, D. L. Anabolic androgenic steroid abuse in young males. **Endocr Connect**, [s.l.], v. 9, n. 4, p. 102-110, 2020.
- DOUGLAS, Mary. **Natural symbols**: explorations in cosmology. London: Barrie & Rockliff, 1970.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, M. L. (org.). **Sexualidade**: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 21-30.
- HARAWAY, Donna. **Staying with the Trouble**: Making kin in the Cthulucene. Durhan; Londres: Duke University Press, 2016.
- HARTGENS, F.; KUIPER, H. Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes. **Sports Med.**, [s.l.], v. 34, n. 8, p. 513-554, 2004.
- HEDBLUM, Christina. **“The Body is Made to Move”**: Gym and Fitness Culture in Sweden. Stockholm: Acta Universitatis Stockholmiensis, 2009.
- JENKINS, Janis. **Pharmaceutical Self**: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology. [S.l.]: Janis H. Jenkins; Santa Fe: SAR Press, 2010. 256p.
- KRASKA, Peter; BUSSARD, Charles; BRENT, John. Trafficking in Bodily Perfection: Examining the Late-Modern Steroid Marketplace and Its Criminalization, **Justice Quarterly**, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 159-185, 2010.
- LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**. São Paulo: Editora Papirus, 2018.
- LIOKAFTOS, Dimitris. **A Genealogy of male bodybuilding**: From Classical to Freaky. Routledge Research in Sport, Culture and Society, [s.l.], 2017.
- MARTIN, Emily. The Pharmaceutical Person. **Biosocieties**, [s.l.], v. 1, n. 3, p.273-287, set. 2006. Springer Science and Business Media LLC.
- MONAGHAN, Lee. Creating “The Perfect Body”: a Variable Project. **Body & Society**, [s.l.], v. 5, n. 2-3, p. 267-290, 1999.
- MONAGHAN, Lee. **Bodybuilding, drugs and Risk**. London: Routledge. 2002.
- MORAES, Danielle *et al.* A incrível fábrica de hormônios, receitas e moralização: notas sobre os esteróides anabolizantes androgênicos. In: NEVES, Ednalva Maciel; LONGHI, Marcia Reis; FRANCH, Mônica (org.). **Antropologia da Saúde**: Ensaio em Políticas da Vida e Cidadania. 1. ed. Brasília, DF; João Pessoa: ABA Publicações; Mídia Gráfica e Editora, 2018. p. 295-327.
- PERUSSI, Artur. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e individualidade contemporânea. **Tempo Social**, [on-line], v. 27, n. 1, p. 139-159, 2015.
- ROHDEN; Fabíola; PUSSETTI, Chiara; ROCA, Alejandra. Introdução. In: HERNAIZ, Roca; ROSARIO, Alejandra (org.). **Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas**: saberes, práticas e desigualdades. Brasília, DF: ABA Publicações, 2021. 362p. p. 7-25.
- ROHDEN, Fabíola; CAVALHEIRO, Camila. Esculpindo corpos e criando normalidades: as cirurgias estéticas íntimas na produção científica da cirurgia plástica. In: ROHDEN, Fabíola; PUSSETTI, Chiara; ROCA, Alejandra. (org.). **Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas**: saberes, práticas e desigualdades. 1. ed. Brasília, DF: ABA Publicações, 2021. v. 1, p. 183-214.
- SALGADO, Gabriel. **Corpo e Excelência**: uma etnografia sobre práticas de Self-Enhancement e intensidade no bodybuilding. 2021. 200p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2021.
- SAUTCHUK, Carlos Emanuel. A medida da gordura: o interno e o íntimo na academia de ginástica. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 181-205, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO).

UNDERWOOD, Mair. Exploring the social lives of image and performance enhancing drugs: an online ethnography of the Zyzz fandom of recreational bodybuilders. **International Journal of Drug Policy**, School of Social Science, The University of Queensland, Brisbane, Australia, v. 39, p. 78-85, 2017.

VAN DER GEEST, S. *et al.* The Anthropology of pharmaceuticals: a Biographical approach. **Annual Review of Anthropology**, [s.l.], v. 25, p. 153-178, 1996.

WHYTE, Susan, Geest, S.; HARDON, Anita. **Social lives of medicines**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002.

Gabriel Salgado Ribeiro de Sá

Doutorando em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestre e Bacharel em Ciências Sociais pela mesma instituição. Pesquisador do LAPS (Laboratório de Pesquisas Antropológicas em Política e Saúde).

Endereço profissional: Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Ciências Sociais, Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro, Juiz de Fora, MG. CEP: 36036-330.

E-mail: Gabrielsalgado4@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7499-3146>

Como referenciar este artigo:

RIBEIRO DE SÁ, Gabriel Salgado. Brosience: uma análise sobre o consumo de medicamentos entre fisiculturistas. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85670, p. 178-198, janeiro de 2023.

“Me sinto outra pessoa”: testemunhos de transformação via modulação hormonal bioidêntica

Fabíola Rohden¹
Camila Silveira Cavalheiro¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo

Este artigo analisa as configurações em torno da chamada modulação hormonal bioidêntica tal como aparecem em grupos de redes sociais destinados a discutir tais produtos e seus possíveis benefícios. Em particular, por meio do acompanhamento de um grupo no Facebook, investigamos como se produzem discursos públicos centrados na valorização dos hormônios bioidênticos como forma de gerenciamento da condição de saúde e bem-estar. Esses discursos podem ser entendidos como testemunhos de um processo de investimento e de transformação pessoal. Nossa proposta interpretativa se ancora na ideia de que esse exemplo etnográfico é ilustrativo de um processo de conexão entre mudanças corporais e subjetivas diretamente relacionadas à disponibilidade e ao uso de certos recursos biomédicos, enquadrados em uma lógica de aprimoramento e investimento pessoal.

Palavras-chave: Hormônios. Aprimoramento. Investimento Pessoal. Redes Sociais. Biomedicalização.

“I’m Feeling Like Someone Else”: testimonials of transformation via bioidentical hormonal modulation

Abstract

This article analyzes the configurations around the so-called bioidentical hormonal modulation, as they appear in social media groups aimed at discussing such products and their possible benefits. In particular, by following a Facebook group, we investigated how public discourses centered on valuing bioidentical hormones as a way of managing health and well-being are produced. These statements can be understood as testimonies of a process of investment and personal transformation. Our interpretative proposal is anchored in the idea that this ethnographic example is illustrative of a process of connection between bodily and subjective changes directly related to the availability and use of certain biomedical resources, framed in a logic of personal improvement and investment.

Keywords: Hormones. Enhancement. Personal Investment. Social Networks. Biomedicalization.

Recebido em: 13/01/2022

Aceito em: 1º/06/2022



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/>

1 Introdução

Quero dividir minha nova vida com vocês. Estou pouco menos de 15 dias do meu tratamento e sou uma nova mulher. Exatamente, nova mulher! Hoje não arrasto mais correntes, não sinto dores, não estou exausta para brincar com meus filhos, hoje o mundo não é cinza. Tenho disposição sem cansaço, faço minhas tarefas diárias sem sofrer. Retomei uma vida tão sonhada, tão esperada, voltei a estudar, a me amar, tenho apetite, sim, fome. Acreditem nem fome eu sentia pela exaustão adrenal. Levo a vida hoje com muita leveza e dormir hoje é dormir de verdade, sem pesadelos, e o despertar é sensacional sem cansaço, disposta e feliz. Não falo de uma felicidade absoluta, tenho adversidades, mas sei lidar com elas de uma maneira mais serena e lúcida. Eu de verdade recomendo a todos que possam lutar pelo seu bem-estar e saúde, façam esse investimento. Eu agradeço muito a Deus por colocar pessoas do bem como o [moderador do grupo do Facebook] que tem sido a chave para que essa felicidade aconteça. Sinto-me feliz e desejo que todos a possam encontrar. Bom dia!

(Postagem de usuária de modulação hormonal biodêntica)

Esse depoimento é uma postagem de uma usuária da chamada modulação hormonal biodêntica em um grupo da rede social Facebook destinado a trocar informações sobre esse tipo de tratamento e que é objeto de discussão neste artigo. Iniciamos com a sua transcrição, porque é emblemático da forma como os/as integrantes narram o seu processo de mudança de vida ou transformação corporal-subjetiva a partir do início do tratamento. O tom utilizado se aproxima de um verdadeiro testemunho, em sentido abrangente (DULLO; DUARTE, 2016; TEIXEIRA, 2016), no qual se publiciza uma trajetória de sofrimento, a busca e o encontro de um meio de transformação e, finalmente, como resultado de todo o investimento feito, a conquista de uma nova vida e a tal almejada felicidade. Tudo isso atrelado ao poder atribuído aos chamados hormônios biodênticos, entidades de natureza farmacêutica, mas que passam a agregar muitos outros fatores diversos. Utilizamos aqui a noção de entidades procurando entender os hormônios de forma a dar conta de sua complexidade e das muitas agências que podem estar associadas a eles. Longe de meras "substâncias", podem ser apreciados pela sua instabilidade e pela variedade do que é lhes atribuído, além do caráter personificado associado às suas supostas capacidades (ROHDEN, 2018). Inspiradas na sociologia das associações e em uma compreensão tentativamente não dualista do corpo (LATOURETTE, 2004; 2012), consideramos que, nesse processo, possíveis usuários/as ou pacientes, hormônios, exames, consultas, interações em redes sociais, médicos/as e tantos outros se associam mutuamente.

As discussões em torno da produção e uso de medicamentos têm sido muito profícuas, e a literatura antropológica tem apontado para várias direções pertinentes. Um dos caminhos mais relevantes se refere justamente a pensar os medicamentos, em

toda a sua complexa rede de relação com moléculas, fabricação, diagnósticos, tratamentos e tantos outros elementos heterogêneos associados, como forma de compreender os valores ou orientações normativas presentes em uma dada sociedade ou contexto mais específico. Este artigo vai nessa direção, ao analisar as configurações em torno dos chamados hormônios bioidênticos, tal como aparecem em grupos de redes sociais destinados a discutir tais produtos e seus possíveis benefícios. Em específico, por meio do acompanhamento de um grupo no Facebook, investigamos como se produzem discursos públicos centrados na valorização desses hormônios como forma de gerenciamento da condição de saúde e bem-estar. Nossa proposta interpretativa se ancora na ideia de que este exemplo etnográfico é ilustrativo de um processo de conexão entre transformações corporais e subjetivas diretamente relacionadas à disponibilidade e uso de certos recursos biomédicos, enquadrados em uma lógica de aprimoramento e investimento pessoal.

Em particular, no que se refere aos hormônios, estes parecem ter se tornado uma espécie de linguagem comum para falar dos mais diversos problemas ou benefícios. A lista vai desde mal-estares, cansaço, problemas de crescimento, de libido, de sono, de humor até o que seriam os seus efeitos positivos, na performance física ou intelectual, no prolongamento da juventude, na manutenção da beleza. Sugerimos que podem ser enquadrados pela conjugação do que chamaremos aqui de atração pela magia dos medicamentos e fascínio pelos hormônios. Sem adentrar na vasta literatura que analisa em várias direções mais aprofundadas a natureza dos medicamentos e seus muitos usos (AKRICH, 1992; VAN DER GEEST; WHYTE; HARDON, 1996; PIGNARRE, 1999; AZIZE, 2004; VARGAS, 2008; HARDON; SANABRIA, 2017), apenas pretendemos chamar a atenção para este aspecto da magia dos medicamentos como uma crença de que poderiam ser soluções rápidas e eficientes para tratar problemas de vários tipos. Ou, dito de outra forma, seria a ideia de que praticamente qualquer problema que nos aflige nos tempos atuais poderia ser solucionado por meio de um remédio, com um comprimido mágico.

Certamente, é óbvio que hoje somos muito beneficiados/as pelos desenvolvimentos científicos e médicos que nos garantem melhores condições de saúde e a prevenção de muitas doenças. Mas o que discutimos é como se tornou comum, talvez exatamente pelo sucesso dos medicamentos em muitos tratamentos, a percepção de que haveria um medicamento, uma substância, uma fórmula mágica para curar qualquer coisa. E, especialmente, para lidar com problemas que seriam mal definidos, muito vagos, e que estariam relacionados com condições ou origens bem mais complexas e difíceis de resolver ou transformar. É essa imediatez na conexão entre a existência de problemas mal definidos e a crença em uma resolução farmacêutica que salientamos. Ao mesmo tempo, como será visto por meio do material empírico, embora haja a crença nessa resolução farmacêutica rápida e eficaz, o sucesso do tratamento com a modulação hormonal, segundo seus/suas adeptos/as, exige todo um conjunto de transformações no estilo de vida.

Já no que diz respeito ao fascínio pelos hormônios, a questão central parece ser exatamente a conversão dessas *substâncias* em entidades abrangentes que permitiriam falar de condições as mais diversas. Nessa direção, os hormônios parecerem funcionar como mediadores (LATOURE, 2012) que, muito além de substâncias químicas, associam informações reveladoras sobre nossa sociedade, no que se refere ao gênero, à idade, à

saúde, etc. (OUDSHOORN, 1994; ROBERTS, 2007; ROHDEN, 2008; ROHDEN; ALZUGUIR, 2016; EDMONDS; SANABRIA, 2016; FARO; RUSSO, 2017; MANICA; NUCCI, 2017; TRAMONTANO, 2017; ROHDEN, 2018; JORDAN-YOUNG; KARKAZIS, 2019). Essa proposta analítica segue na linha dos estudos que têm demonstrado com os hormônios têm sido apresentados, ao longo de sua história de *descoberta* nas primeiras décadas do século XX até os mais recentes achados científicos e proposições terapêuticas, como entidades capazes de sintetizar muitas das perspectivas em voga acerca do funcionamento corporal e tantas outras consequências em termos de saúde, bem-estar, adoecimento. Configuram-se como metáforas poderosas de entendimento da vida social, tornando-se muito mais do que mensageiros químicos (OUDSHOORN, 1994; ROBERTS, 2007; ROHDEN, 2008).

Em que pese toda a relevância desse enquadramento mais geral, no caso dos chamados hormônios bioidênticos e seu uso no Brasil, é preciso recorrer a uma contextualização mais específica que se refere às controvérsias acerca da medicina *anti-aging* e da promoção da chamada modulação hormonal. Esse é o foco do item que apresentaremos na sequência. Em seguida faremos uma breve descrição do campo pesquisado para, então, abordarmos a análise dos dados que será dividida em três tópicos: a importância dada pelo grupo à inovação que a modulação hormonal bioidêntica representaria; a ênfase no projeto de investimento pessoal via o tratamento; e o caráter testemunhal dos depoimentos que narram as transformações observadas pelos/as usuários/as. Por fim, apresentamos uma discussão analítica, levando em conta a bibliografia sobre (bio)medicalização e suas dimensões de aprimoramento, customização e consumo de recursos biomédicos em um cenário no qual as redes sociais e os depoimentos públicos passam a ganhar cada vez mais relevância.

2 Medicina *Anti-aging* no Brasil e a Modulação Hormonal

De acordo com Rougemont (2017), a origem da medicina *anti-aging* remonta à década de 1990, nos Estados Unidos, com a fundação da American Anti-aging Medicine (A4M) em 1993. Embora uma das características do movimento seja a heterogeneidade de suas instituições, um dos pontos de encontro é “a contestação do envelhecimento como um processo inalterável” e o redimensionamento da “relação tempo-envelhecimento” (ROUGEMONT, 2017, p. 47). No Brasil, a medicina *anti-aging* começa a se organizar na mesma década, mas os órgãos oficiais de representação só se detiveram às práticas em 2012. Nesse ano, o Grupo Longevidade Saudável apresenta um dossiê ao Conselho Federal de Medicina (CFM), visando regulamentar as práticas da medicina *anti-aging* no Brasil. O grupo, fundado em 2002 pelo ginecologista Ítalo Rachid, se dedica ao estudo das Ciências da Longevidade Humana, ofertando cursos de formação voltados para diversas especialidades. O CFM repassa o Dossiê para a Câmara Técnica de Geriatria, que conduz uma avaliação. O resultado foi desfavorável às práticas *anti-aging*, com a publicação do Parecer n. 29/2012. Em seguida, o CFM publica a Resolução n. 1.999/2012, condenando algumas práticas quando estas visam retardar ou reverter sinais do envelhecimento, como o uso de hormônios, por exemplo. Ainda conforme Rougemont (2018), apesar de o termo *anti-aging* cair em desuso como um dos reflexos da publicação da resolução,

as práticas seguem em curso sob novas terminologias como “medicina preventiva”, “medicina integrativa” e “medicina funcional”.

Nesse contexto, buscamos priorizar o campo da modulação hormonal e dos hormônios bioidênticos, práticas destacadas pelo Parecer n. 29/2012 e pela Resolução n. 1.999/2012 como centrais nas terapias *anti-aging*. Na modulação, busca-se o *equilíbrio* dos níveis hormonais, visando o bom funcionamento do corpo. Isso se daria de acordo com o organismo de cada indivíduo, ou seja, enfatiza-se os aspectos *individuais e personalizados* do tratamento. Rougemont (2018) destaca que a categoria *anti-aging*, apesar de situar e nomear um conjunto específico de práticas, é utilizada pelos/as médicas praticantes de forma ambígua. Durante nossa inserção em campo, observamos que a modulação hormonal, apesar de central à medicina *anti-aging*, também é alvo de muitas controvérsias dentre os/as praticantes. Questões como tipo, quantidade e condição de uso de diferentes hormônios são amplamente discutidas.

3 Descrição do Campo

As reflexões empreendidas neste artigo são resultado de uma investigação mais ampla sobre os hormônios bioidênticos, com duas fases de pesquisa de campo. A primeira em 2014, congregando dados acerca do uso de hormônios e fitomedicamentos via análise de congressos médicos, entrevistas com médicos/as e pacientes que fazem uso dessas tecnologias e, por fim, observação etnográfica em um grupo no Facebook sobre modulação hormonal. Tendo em vista os dados já coletados, retomamos a entrada em campo em outubro de 2019, também a partir de pesquisa na rede social Facebook. A busca pelos termos *modulação hormonal* e *hormônios bioidênticos*, conforme os critérios adotados, resultou em três grupos que abordavam a temática. Os critérios de seleção foram os seguintes: grupo mais antigo, com maior número de membros, frequência e volume de postagens que possibilitava acompanhamento diário. Os resultados apontaram que a página acompanhada em 2014, sobre a qual dispúnhamos de um grande volume de informações, continuava sendo uma das mais importantes e por isso optamos por aprofundar a investigação com este grupo. O grupo que chamaremos aqui de Modulação Hormonal (MH)¹ foi fundado há dez anos e em 2020 congregava cerca de 11 mil integrantes. Seu moderador defende a prática de modulação hormonal e atua no sentido de facilitar o acesso às informações e aos recursos necessários para a sua prática, como médicos/as e laboratórios. As postagens foram acompanhadas diariamente e os dados foram coletados até maio de 2020. Após leitura de todas as publicações e comentários, chegou-se a um conjunto de categorias mobilizadas, à identificação dos principais atores e a diversos tópicos que, de forma recorrente, são debatidos pelos/as usuários. Neste artigo, serão feitas referências a conversas e depoimentos postados em diferentes momentos. Nosso objetivo não foi tratar esses conteúdos de acordo com alguma cronologia, o que não se

¹ A fim de preservar a identidade dos/as usuários/as, o nome do grupo foi alterado. Optamos por reproduzir os trechos em que os/as usuários/as se manifestam no original, de maneira que erros de grafia e marcas de linguagem características das interações em redes sociais, como as abreviações por exemplo, estão presentes nas citações. Nas situações em que o uso de nomes se faz necessário para compreender os diálogos, eles foram alterados, a fim de preservar a identidade dos/as participantes.

revelou ser um enquadramento significativo, mas pôr em relevo os traços mais ilustrativos do que nos pareceu ser o foco e a linguagem central no grupo.

As postagens mais comuns buscavam sanar dúvidas de usuários/as e solicitar indicações de médicos/as e laboratórios, além de atuarem como um espaço para análise e discussão de resultados de exames, melhores métodos para aplicação dos medicamentos e adequação das doses. Embora não seja possível traçar um perfil sociodemográfico dos/as participantes, por meio de nossas percepções no acompanhamento cotidiano durante a pesquisa, observamos que homens e mulheres apareciam em igual número, postavam com a mesma frequência e tinham entre 35 e 65 anos. Quando ao poder aquisitivo, em função da ênfase frequente nos altos custos de manutenção do tratamento – consultas, exames e hormônios manipulados – inferimos que os/as participantes possuem alguma estabilidade financeira e acesso a recursos significativos. No que tange ao conteúdo das publicações, embora a ideia de aprimoramento e combate ao envelhecimento seja comum entre homens e mulheres, tópicos como menopausa e perda de peso são mais abordados por elas.

4 Inovação (e Controvérsias) Face à Medicina Tradicional

Para os/as profissionais e pacientes adeptos, a medicina *anti-aging* representa “uma revolução no direcionamento da medicina”, é a “medicina do futuro” (ROUGEMONT, 2017, p. 51). E isso só é possível graças a uma constante (re)atualização, a busca e desenvolvimento de novas técnicas, protocolos, tratamentos, medicamentos e tecnologias. Enquanto a medicina *anti-aging* estaria interessada em uma prática preventiva, ou seja, na atuação sobre fatores que podem desencadear o adoecimento; a medicina tradicional se dedicaria ao tratamento de enfermidades já existentes, por meio de protocolos e tratamentos pré-estabelecidos e determinados.

No grupo investigado, os/as usuários/as buscam a modulação hormonal sobretudo por conta de sintomas ou diagnósticos que, via medicina tradicional, não foram sanados ou cujas queixas sequer foram levadas em conta. Outras situações incluem tratamentos cujos efeitos colaterais são considerados inaceitáveis. Nesse contexto, é comum que os/as usuários/as do grupo utilizem termos como *os médicos*, *o CFM* e *a medicina* para se referir a grupos ou práticas interessadas em manter uma população adoecida. No que tange ao acesso a consultas e medicamentos, existem outras entidades mencionadas, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, de forma mais genérica, *a indústria farmacêutica*, também citada como *indústria da doença*. São elencadas como instituições fortes e capazes de definir protocolos de atendimento e tratamento. Os laboratórios de análises clínicas também são citados como participantes de um grande “lobby” do adoecimento. Já o circuito de práticas envolvendo a modulação hormonal não passa pelo mesmo julgamento ou pela percepção de que também implicaria uma rede de interesses comerciais.

Para ilustrar esse aspecto e o tom mais geral das publicações, reproduzimos a seguir um diálogo ocorrido em dezembro de 2015, onde Débora questiona os/as demais usuários/as quanto aos problemas enfrentados no ajuste das concentrações hormonais

utilizadas. Nos comentários, os custos elevados do tratamento – foco de discussão na próxima seção – são trazidos à tona em um diálogo entre a autora da publicação e o moderador do grupo:

Débora: Estamos se não todos, a grande maioria com hormônios desajustados, causados por inúmeros fatores. E isto requer uma boa modulação. Este conhecimento, mesmo que tu publiques em vídeos e doe os dvd's em mãos e faça ainda mais, assista junto com o assalariado, todo esse teu esforço ainda assim será em vão, se VC não tiver um médico devidamente capacitado, o que hj em dia é raro, se tratando desde assunto. Não sejamos hipócritas em achar q alguém estará disposto a fazer isso no SUS, já que nem mesmo em planos privados se encontra, coisa que nem cabe no orçamento da grande maioria. [...].

Moderador do grupo: Há pouquíssimos médicos realmente conhecedores dessa tecnologia. Os planos de saúde não aceitam porque esses médicos não se submetem a um pagamento de consulta que a maioria dos planos de saúde repassam, na faixa de R\$ 42,00 (quando chegam a esse valor). Essa tecnologia requer anos de conhecimento e prática médica. Seria utópico pensar, mas pensemos que poderia ser uma solução para a medicina pública de qualquer País. Regulando os hormônios se eliminam a maioria das doenças que acometem a população. Pergunto, há interesse em eliminar a doença no Brasil? O que diriam os grandes laboratórios que faturam BILHÕES DE DÓLARES ANUALMENTE às custas da nossa população? REFLITAM SOBRE ISSO.

Na mesma ocasião, outro usuário comenta:

[...] a Anvisa tbem proibe varias coisas só por falta de pesquisa, eles não pesquisam, pois não há funcionários suficientes e aí proibem, infelizmente é o Brasil... [...] nada é certo no Brasil se você for ver, cara. Desde o farmacêutico até os médicos, a Anvisa, a indústria farmacêutica.

Críticas a médicos, instituições, órgãos de fiscalização e representação, indústria farmacêutica e laboratórios. O trecho acima condensa os principais pontos de discordância levantados pelos/as usuários/as², no que diz respeito aos protocolos utilizados pela medicina tradicional. Ao mesmo tempo, enfatiza o caráter de inovação da medicina e das práticas *anti-aging*, que se dedicariam a pesquisas mais avançadas e a uma prática descolada de outras questões que não a manutenção da qualidade de vida dos/as pacientes. De acordo com os adeptos, essas tecnologias são, em boa medida, um dos indicativos que diferencia a reposição hormonal da modulação hormonal. Enquanto a primeira, característica da medicina tradicional, utilizaria medicamentos “prontos”, vendidos em qualquer farmácia, a segunda se dedicaria à identificação e manipulação dos medicamentos ideais para cada indivíduo. Vejamos quais seriam as tecnologias que possibilitam esse movimento.

O caráter individualizado da modulação exige um acompanhamento frequente dos níveis hormonais, a fim de acertar a concentração das doses a serem utilizadas por cada usuário/a. Diferente da medicina tradicional, que realiza esse aferimento por meio dos exames de sangue, na modulação se utilizam os exames de saliva. Enquanto os exames de sangue quantificariam os hormônios totais, os exames de saliva seriam capazes de quantificar os hormônios livres, que estariam disponíveis para “agir no corpo”. Os/as usuários/as apontam que, no Brasil, há somente dois laboratórios equipados para trabalhar com a tecnologia da dosagem hormonal salivar, localizados nos estados do Rio Grande do Sul (RS) e em Minas Gerais (MG).

² O uso dos termos “Zé Povo” e “assalariado” destaca aspectos de classe envolvidos no acesso à modulação. No escopo do presente trabalho, não será possível desenvolver essa discussão, que é comum a outras tecnologias médicas. No contexto do uso dos hormônios sexuais no Brasil, por exemplo, consultar Sanabria (2016).

Após obter os resultados dos exames de dosagem hormonal, é chegada a hora da consulta. O/a profissional irá interpretá-los e prescrever os medicamentos para a modulação hormonal nas dosagens corretas. É necessário encontrar um/a médico/a capacitado para ler os resultados levando em conta a complexidade da interação entre diferentes hormônios. A categoria “atualização” está sempre em voga – para os/as adeptos, os/as profissionais que desconhecem a modulação ou se manifestam contrários às práticas estão e são desatualizados, alheios às novas tecnologias.

Por fim, há a questão dos próprios medicamentos. Com a prescrição em mãos, o/a paciente deve buscar uma farmácia de manipulação. Diferente da abordagem tradicional de reposição hormonal, que utiliza sobretudo medicamentos em cápsulas ou comprimidos, em dosagens padronizadas, a modulação hormonal faz uso de outros dispositivos, como pomadas, géis e cremes e os implantes, por exemplo. Enfatiza-se a necessidade de buscar farmácias de manipulação capacitadas para produzir os medicamentos de forma individualizada, com concentrações específicas, e que façam uso de materiais adequados. O acompanhamento da eficácia do tratamento passa por novos exames de saliva e de reavaliação com o/a profissional para readequação das dosagens.

5 A Centralidade do Projeto de Investimento em Saúde

Ao longo de todo o tempo de acompanhamento do grupo estudado, a categoria citada que mais nos chamou a atenção, por sua recorrência e sua capacidade de explicar ou sintetizar os processos relatados, foi investimento. Para iniciar a descrição de sua importância, cabe recorrer ao contexto mais geral de enquadramento no qual aparece seguidas vezes. Reiteradamente, os/as usuários/as interagem por meio de questionamentos como: por que as pessoas gastam centenas de reais anualmente em um sistema de saúde privado, nos planos de saúde e em diferentes medicamentos, mas não consideram investir esse mesmo montante em um tratamento como a modulação hormonal?

Com o intuito de compreender a modulação hormonal, é essencial ter em mente que o tratamento não consiste somente da aferição dos níveis hormonais e sua adequação por meio da ingestão dos hormônios bioidênticos. Para que a modulação seja efetiva, o/a paciente precisa atentar e se adequar ao que é apontado pelos/as usuários/as como o “tripé” da modulação: hormônios bioidênticos, alimentação balanceada e exercícios físicos. Quando um desses eixos não é seguido à risca, os resultados caem por terra: o tratamento não funciona ou o/a usuário/a ganha peso, o que é, constantemente neste contexto, considerado um problema. Se adequar ao tripé corresponde, na maioria das vezes, a um grande processo de mudança de hábitos, traduzido na readequação da rotina de cada paciente a um novo estilo de vida.

Os/as usuários/as se referem a essas mudanças a partir da categoria *investimento*. Investimento este financeiro, pelos altos custos de manutenção que o tratamento da modulação hormonal exige; e pessoal, com a necessidade de mudança de muitos aspectos da vida e da rotina diária, como tempo e disposição para fazer dietas e exercícios, por exemplo. Esse investimento se traduz também na capacidade de tomar as decisões consideradas adequadas, em saber escolher o que se deve priorizar, e em narrar isso publicamente, como indicam os depoimentos:

É muuuuito caro. Mas decidi parar de comprar e sapato (q tenho pro resto da vida!) e investir na minha saúde! A ideia é ser jovem e cheia de energia pra sempre [...] antes pensava em colocar silicone, mas trocaria por esse tratamento. Acho que dá para fazer a troca ou o tratamento é mais caro ainda rrsrsr [...] De fato o custo é relativamente alto, mas a saúde é o nosso maior patrimônio! Vale muito o investimento!

O custo elevado é um aspecto enfatizado com frequência pelos/as usuários/as, que afirmam gastarem muito dinheiro em consultas, exames e na formulação dos medicamentos. Citam que alguns médicos/as chegam a cobrar entre três a quatro mil reais a consulta e que os tratamentos saem cerca de centenas de reais por mês. É comum interações, como a reproduzia a seguir, em que alguém interessado pergunta sobre os custos e os/as mais experientes revelam o seu padrão de gastos:

Bárbara: Boa tarde! Por favor, alguém que já faça a modulação sabe dizer quanto seria o gasto mensal com os medicamentos (uma média, apenas para ter ideia). Obrigada”

José: isso pode variar bastante de pessoa pra pessoa. Eu por exemplo tomo bastante coisa, mas vamos lá, consulta de 3 em 3 meses- R\$ 500,00 + medicação para 3 meses, uma faixa de R\$ 1.500,00. E uma participação no pagamento dos exames pelo plano de saúde de R\$ 200,00 a R\$ 350,00 pois as vezes tem menos ou mais exames.

Muitas pessoas falam no *considerável investimento financeiro* que é o tratamento, em preços de exames que são uma *facada no bolso*, em valor das consultas *fora do orçamento* ou *inacessível*. E também expressam a impossibilidade de acesso a todos/as: *“pena que é médico muito caro, não ta no alcance de todos”*. Há tanto essas ênfases no alto custo, que por si só já impõe um caráter de valorização e distinção a quem consegue ter acesso como também uma recorrente reafirmação da ideia de que *“pode ser caro, mas considere um investimento”*. Esse argumento torna-se central e contra o qual parece não haver ponderação possível, já que *“investir em saúde”* deveria ser uma prioridade de todos/as.

O tensionamento entre os valores altos e a noção de investimento em saúde aparece, muitas vezes, sob o enfoque do contraste entre os valores altos investidos em planos de saúde e tratamentos tradicionais quando se está doente e a possibilidade, ofertada via a modulação hormonal, de prevenção e aprimoramento. Esta seria uma das propostas centrais da medicina *anti-aging*, tal como aparece nas afirmações explicitadas no grupo, que advoga uma atuação de forma integrada visando saúde, e não o tratamento de doenças. Podemos ilustrar esses padrões com algumas postagens no grupo:

Primeiro entenda que modulação hormonal é junto a suplementação, investimento em saúde.

Olha prefiro gastar nisso que em plano de saúde.

E hoje penso que médico se vai quando tem saúde, não ao ficar doente. Pode ser tarde. Vejo como investimento em saúde, modulação hormonal e suplementação.

No diálogo a seguir, esses aspectos também são enfatizados:

Cláudia – pena que é médico muito caro, não ta no alcance de todos

Cristina – Mas sabe Muitas pessoas gastam uma grana preta em plano de saúde

Paulo – Dizer que é caro se torna relativo. Pensa nas pessoas que têm um carro e fazem revisão de uma máquina! Comparando sai muito mais caro cuidar de um automóvel. E a verdadeira máquina é nosso corpo.

Rogério – não necessariamente vc precisaria pagar caro um nutrólogo. Eu tenho uma médica nutróloga que atende em sp e inclusive atende plano de saúde

Cláudia – *eu quis dizer, que nem todas pessoas, tem convênio, e não conseguem paga uma consulta com nutrólogo.*

Cristina – *Os médicos nutrólogos gastam muito fazendo cursos e se especializando em nutrologia que é diferente de nutricionista. O meu nutrólogo por exemplo fez pós-graduação com o dr Lair Ribeiro e só essa pós custa mais de cem mil reais.³*

6 O Testemunho das Transformações

O foco no investimento, como já anunciamos, revela-se como uma forma particular utilizada para relatar as experiências pessoais ou mesmo a expectativa com o tratamento por meio dos hormônios bioidênticos. Trata-se do uso de depoimentos, qualificados aqui como testemunhos, na medida em que narram todo um processo de transformação para o qual altos custos estão implicados. Não apenas os recursos financeiros, mas também a força de vontade, a disciplina e o empenho em uma nova forma de administrar a relação com o corpo e com a própria vida. É significativo que as postagens com maior número de interações subsequentes são exatamente aquelas que narram os processos de transformação de si, nas mais diversas esferas, como corporais, metabólicas, estéticas, psíquicas, sociais, etc. Como enumeram alguns/mas dos/das participantes:

Janáina – *Faço modulação hormonal há 4 anos. Vou narrar o que melhorou em mim:*

– *Hoje durmo melhor.*

– *Tenho mais estabilidade emocional.*

– *A libido está ótima.*

– *A disposição geral.*

– *O bom humor voltou.*

– *Acabou a secura vaginal.*

– *Pele, cabelo e visão melhores.*

– *Sumiram um monte de dores que estavam surgindo. Nas juntas todas.*

– *Voltou a facilidade pra alcançar orgasmos.*

Só reclamei com meu Nutrólogo que estava com um ótimo apetite. Mas ele falou que apetite é sinal de saúde. Não gula é claro. Kkkk Mas como já disse, também suplemento.

Márcio

Estou fazendo uso dos hormônios bio idênticos e estou me sentindo a cada dia melhor Ex: Sono Antes +-3 a 4 Horas hoje 8 a 9 horas Pele antes seca Hoje Hidratada. Humor antes nervoso sempre irritado hoje pondero mais e sinto alegria tudo isto em apenas 40 dias, imagino daqui a 90,120,150 como estarei este tratamento realmente e fantástico!

Essa lista de vantagens do tratamento é frequente e, ao lado dela, se destacam os depoimentos que enfatizam a transformação da própria vida, atrelada ao investimento feito:

³ O médico Lair Ribeiro é uma figura controversa que, atualmente, exerce papel central na busca pela legitimação das práticas anti-aging. Atua, sobretudo, na formação de profissionais da saúde. Atualmente, coordena o curso de pós-graduação *Adequação e Manutenção da Homeostase: Prevenção e tratamento de Doenças Relacionadas à Idade*, ofertado pelo Centro Universitário UNINGÁ. De acordo com Rougemont (2018, p. 175), Ribeiro “[...] é citado principalmente pela expertise que teria no âmbito dos assuntos nutricionais e pela defesa da alimentação como principal via de terapia e cuidado com a saúde”.

Paula

Gostaria de dizer a todos que faço a mhbi [modulação hormonal bioidêntica] há 6 meses e me sinto outra pessoa, muito mais disposta, muito mais saudável!!!!)

No caso do trecho que segue, inclusive, aparece o arrependimento de ter interrompido o tratamento e a necessidade de iniciar um novo ciclo:

Sabrina – *vc esta satisfeita com os dois anos de tratamento?*

Fernanda – *Adriana, muito satisfeita! Sou nova mas com vários problemas hormonais. Você muda de vida! Torna-se outra pessoa! Volta a ter vontade de viver e ânimo de fazer tudo como fazia na juventude. Vale a pena o investimento. Tenha em mente que é um Tratamento para toda a Vida. Eu cai na besteira de parar e hoje estou mal e tendo que começar novamente.*

Por vezes, a percepção da transformação e a satisfação de ter encontrado o caminho considerado correto são até mesmo atribuídas à influência divina:

Jéssica

Muito satisfeita com início do tratamento, em poucos dias estou me sentindo muito bem muito disposta animada menos ansiosa agradeço primeiramente a Deus por ter colocando no meu caminho esse tratamento através do [moderador do grupo], gratidão Dr [nome do médico].

A referência a uma aparência jovem e mesmo a ausência do que seriam sintomas atrelados à menopausa também entram no rol de benefícios descritos, como no caso desta participante, em seu primeiro depoimento no grupo:

Rita

Obrigada pela solicitação aceita! Desde 2010 venho me submetendo ao tratamento de modulação hormonal bioidêntica. Sou de [cidade da região Norte] estou aqui pra adquirir novas informações, pois não pretendo parar tão cedo de usar hormônios...você vê pelas fotos, minha idade ninguém acertaaaa... aparento uns 10 anos a menos, sem contar minha saúde, meus exames com resultados surpreendentemente satisfatórios!

Janete – *o q melhorou na sua saúde?*

Rita – *Antes de iniciar o tratamento eu sofria muito com alergias e apresentava baixa resistência, quando iniciei em 2010, esse quadro melhorou significativamente, melhorando meu sistema imunológico*

Rita – *Hoje em dia, muito raro eu gripar.*

Embora eu tenha começado a usar os hormônios antes da menopausa, até hoje nunca apresentei sintomas de climaterio...não sinto calor, pele seca ou baixa libido...não sei o que é isso, graças a Deus.

Mas, em especial, algumas postagens ilustram mais significativamente o caráter de testemunho da mudança de vida a partir do início do tratamento (como aquela que introduz este artigo). É interessante que até mesmo a especificidade do exame de saliva é relatada como um diferencial na qualidade e acerto do diagnóstico e tratamento, demonstrando como esses/as usuários vão se convertendo em *pacientes-especialistas* (DUMIT, 2012):

Renato

Boa tarde pessoal. Estou fazendo o tratamento de modulação hormonal desde o fim de março desse ano. Eu vinha perdendo peso, sofrendo com muito estresse e com meu sono todo desregulado. Minha concentração em meu trabalho também estava bastante comprometido, até que procurei o [moderador do grupo] e contei o que vinha acontecendo. Resumindo, depois de uma bateria de exames (38 realizados) e mais o exame de saliva, que alias foi sensacional, pois através dele

foi detectado que meu nível de cortisol estava muito alto em todos os três turnos... manhã, tarde e noite principalmente. Neste exame de saliva também foi constatado que minha testosterona estava muito baixa (100). De acordo como o Dr. [nome do médico], minha testosterona era equivalente ao de um homem de 70 anos!!! O que posso dizer é que todo o passo a passo que o [moderador do grupo] me passou foi feito tudo perfeito e só tenho que agradece-lo pois minha disposição pra malhar voltou, alias eu antes de iniciar o tratamento eu havia perdido 7kg e agora já recuperei 5kg e estou bem disposto, o estresse foi embora meu foco no trabalho melhorou incrivelmente e mês que vem [moderador do grupo] estarei retornando para minha avaliação!!

E, por fim, no diálogo a seguir, temos primeiro a postagem inicial de Carla, desapontada com “a alopatia” e “os laboratórios” e com grandes expectativas com o início da modulação hormonal:

Carla

Ontem fiz minha consulta. 2h com o médico. Nossa! Tanta coisa q descobri! Como a alopatia nos engana. Os laboratórios só querem vender. Mas agora vou iniciar outra vida. Além dos hormônios vários ajustes nos minerais e vitaminas. Descobri q até com fungos e vermes estou! Então no começo vou me bater com tantos suplementos. Mas a expectativa é de q eu volte a ficar zero quilômetro! Daqui um mês conto pra vocês!

Na sequência, em uma conversa postada algum tempo depois (20 dias desde o início do tratamento), Carla e Felipe vão afinando o tom acerca dos benefícios do tratamento. Felipe, mais experiente no processo, conta um pouco do seu percurso. A referência negativa à “alopatia” (que os/as usuários/as curiosamente distinguem dos hormônios bioidênticos manipulados) novamente aparece. Mas, sobretudo, o destaque maior é dado à mudança e ao se sentir no auge da vida, por meio do uso dos medicamentos e também da transformação mais geral operada em decorrência da mudança de estilo de vida. Além disso, reaparece a noção de que o tratamento é caro. Mas isso é contraposto à percepção de que “a saúde é nosso maior patrimônio” e por isso o investimento vale muito a pena:

Felipe – Pois é Carla, sou corredor de Ultra maratonas e maratonas e desde Julho 2015 tive que dar uma “geral” na “maquina”. É bem isso que você comentou. A alopatia de uma maneira geral quer mesmo é vender remédios faturando milhões e milhões. No meu caso desde que iniciei o tratamento com o Dr. [nome do médico] aqui em [cidade do Sudeste do país] posso te dizer que no auge dos meus 44 anos nunca me senti tão bem como agora! Além dos ajustes nas vitaminas e dependendo do caso os hormônios, mudança de hábitos alimentares e uma rotina que incluía atividade física irá fazer toda diferença!

Ano passado tive um problema de fadiga adrenal e meu Cortisol “zerou”. Foi muito ruim, faltava “gás”, tinha tremedeiras, sentia muito sono, trocava a noite pelo dia... Mas em pouco tempo após ter iniciado o tratamento já vejo os resultados. De fato o custo é relativamente alto, mas a saúde é o nosso maior patrimônio! Vale muito o investimento!

Ademais, temos ainda as palavras de incentivo de Felipe para Carla que atuam também como propagação do conhecimento do paciente mais experiente sobre as reações ao uso dos hormônios, indicando o compartilhamento das experiências entre usuários/as via a rede social:

Felipe – Vai dar certo! Você vai ver. Vai se sentir muito bem em pouco tempo. Quando comecei com o Cortisol pode ser normal sentir se “diferente”, pode dar um pouco de dor de cabeça, um pouco de tontura, mas depois passa. Boa sorte pra você! Depois conta como está evoluindo. Um abraço!

Finalmente, temos o testemunho final de Carla, atestando que, apenas com 20 dias de tratamento, se percebe como mais jovem a cada dia, em um novo equilíbrio e se sentindo fantástica:

Carla – 20 dias de tratamento! Embora saiba q os efeito aparecem depois de um mês já me impressionam as mudanças. Escrevi uns días atrás q sinto q a cada dia estou mais jovem. E esse rejuvenescimento vem de dentro. No começo tive um pouco de tontura e me senti diferente, exatamente como o Felipe comentou. Parecia q meu organismo estava tentando obter um novo equilíbrio. Agora estou fantástica! Durmo muito bem e tranquila, acordo cheia de energia e nos meus treinos de corrida de montanha estou melhorando cada vez meu desempenho. Fisicamente Estou perdendo gordura e ganhando definição. Me olho no espelho e já lembro do corpo de 20 anos!

O conjunto do material analisado na pesquisa, que reflete o engajamento dos/as participantes no grupo ao longo de alguns anos, a partir do qual trouxemos apenas alguns exemplos ilustrativos, pode ser analisado sob vários ângulos. Na seção seguinte, tentaremos enfatizar alguns dos quais nos parecem mais pertinentes.

7 Preeminência do Aprimoramento e do Investimento

Certamente, as narrativas expostas ilustram o que muitos trabalhos têm definido como um processo de (bio)medicalização da sociedade (CONRAD, 2007; CLARKE *et al.*, 2010). Uma das facetas desse fenômeno pode ser traduzida por aquilo que Dumit (2012) tem descrito como a emergência de um novo tipo de sujeito, o “sujeito-paciente”, dentro de um cenário no qual a saúde se torna um ideal a ser buscado incessantemente por meio de um estilo de vida saudável e da administração das informações e recursos biomédicos. Conforme aponta o autor, a transformação da pessoa em possível paciente e de paciente em consumidor/a seriam aspectos centrais para entendermos certos modos de administrar a própria vida contemporaneamente. Nessa direção, Dumit (2012) propõe três modos distintos pelos quais os indivíduos estariam se relacionando com a experiência biomédica: o paciente especialista; o paciente ou sujeito “assustado”; e aquele que decide manter o estilo de vida anterior à custa de remédio. O primeiro deles, o “paciente-especialista”, personifica muitas das questões levantadas pelos usuários/as do grupo e é especialmente interessante para compreendermos a categoria ‘investimento’, em seu duplo caráter.

O paciente-especialista é um “[...] especialista em ser paciente, em viver o estilo de vida de um bom paciente” (DUMIT, 2012, p. 183, tradução nossa). Ele está disposto a conhecer todos os riscos envolvidos em seu tratamento e gerenciá-los, conhece todos os seus “números”, está em constante estado de alerta para observá-los e ajuda os demais a fazer o mesmo. A base racional das suas ações é a saúde, mas a saúde é um estado que não pode ser alcançado plenamente. O controle assume então um papel essencial, é necessário organizar todos os aspectos da vida, e isso corre por meio da adoção de um estilo de vida saudável. A busca por melhores informações também é central – os médicos considerados desatualizados são sistematicamente desqualificados.

A partir das reflexões levantadas pela noção de paciente-especialista, propomos que a categoria *investimento* – pessoal e financeiro – pode ser entendida como um investimento

em saúde, enfatizando um dos aspectos centrais da medicina *anti-aging* – a atuação integrada visando ao bem-estar, não ao tratamento de patologias já estabelecidas. Os/as usuários/as, tal qual proposto por Dumit (2012), assumem a necessidade de reorganizar a sua vida e seus hábitos, adotando um estilo de vida *mais saudável*, por meio de uma alimentação balanceada e da prática de exercícios físicos. Além disso, enfatizam que esta é uma mudança para a vida, ou seja, é um compromisso que exige a internalização destas práticas. Destacamos também o grande volume de informações, dados e fontes de pesquisa que circulam nesse espaço. Os/as usuários/as buscam compartilhar material de estudo e trocar informações já, que, via de regra, não encontram profissionais capacitados para auxiliá-los.

Podemos acrescentar ainda que o exercício desse papel de paciente-especialista se concretiza também na própria sociabilidade desenvolvida no grupo do Facebook. É por meio das trocas de informações e das respostas a perguntas dos/as mais novatos/as que se expressa toda a expertise desenvolvida ao longo do tempo de tratamento e engajamento com exames, diagnósticos, formulação dos medicamentos, médicos/as e farmácias. Ao mesmo tempo que revela o caráter normativo ou prescritivo implícito na orientação moral a ser seguida: só o tratamento via a modulação com hormônios bioidênticos é o caminho, inovador e eficaz, para a manutenção da saúde e promoção da longevidade saudável. A produção dessa norma se dá sobretudo via a forma pela qual esse conteúdo é passado. Tratam-se de depoimentos que poderíamos aproximar de testemunhos, em um sentido mais amplo (DULLO; DUARTE, 2016; TEIXEIRA, 2016), pelo seu caráter de revelação de uma trajetória de sofrimento e regeneração, a partir do momento que se encontra o caminho verdadeiro e adequado. Expressões como “agora sou outra pessoa” ou “a minha vida mudou por completo” ilustram de forma muito emblemática não só o caráter transformador do engajamento com os hormônios, mas também a importância de testemunhar publicamente a mudança de vida alcançada. Sugerimos que esse aspecto, de publicização das experiências de transformação pessoal nas redes sociais, não pode passar despercebido, embora necessite de estudo mais aprofundado.

Essa característica observada se relaciona também com o fator que mais nos chamou a atenção nas postagens no grupo. Trata-se exatamente da ênfase no valor do investimento, em termos de recursos financeiros, capacidade de acesso a informações, aos melhores médicos, farmácias, substâncias importadas e também de tempo e capacidade de autogerenciamento da própria vida, por meio de uma intensa dedicação a dietas e rotinas de exercícios. Esses aspectos podem ser relacionados àquilo que Rose (2007) tem descrito no quadro do desenvolvimento de uma ética somática e do espírito do biocapital. De toda sua vasta argumentação, gostaríamos de reter aqui a referência ao conceito de otimização, utilizado para descrever os usos das tecnologias médicas contemporâneas não mais apenas para curar patologias mas para controlar os processos vitais do corpo e da mente. Esses recursos tecnológicos estariam associados à norma do aprimoramento visando o futuro e também à produção de indivíduos consumidores desses novos desejos e possibilidades de controle da vida. Este processo estaria apoiado em uma nova lógica de customização do corpo e também de dimensões como habilidades emocionais e cognitivas, sensações e, até mesmo, desejos (ROSE, 2007).

Certamente, esse aporte analítico é fundamental para compreendermos em mais larga escala as novas formas de interação com medicamentos como os chamados hormônios bioidênticos. Otimização e aprimoramento de si são noções centrais para identificar os processos em curso. Contudo, é preciso salientar que, no contexto estudado, a categoria mais em evidência foi investimento, caracterizando, possivelmente, um modelo de aprimoramento mais específico e centrado na promoção do paciente-consumidor. Argumentamos ainda que a ênfase no investimento é também reveladora de uma distinção que aparece no grupo, entre quem teria ou não condições para tal. Em outras palavras, configura-se uma diferença que vai se tornando explícita entre aqueles/as que poderiam ou não ter acesso a um certo tipo de transformação corporal e subjetiva associada a uma vida melhor e mais saudável. Nesse sentido, obviamente, o investimento está atrelado à capacidade de consumo. E se engajar no tratamento com a modulação hormonal, conforme relatam sobre os altos custos, é para poucos, para aqueles/as capazes de se tornarem, de alguma forma, um bom consumidor.

Essa dimensão do consumo tem sido enfatizada também em outros trabalhos, como na análise que fazem Williams, Martin e Gabe (2011) a respeito do processo de pharmaceuticalização da sociedade. Entendida como a “[...] tradução ou transformação de condições, recursos e capacidades humanas em oportunidade para intervenção farmacêutica [...]” (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011, p. 711, tradução nossa), tem como dinâmica-chave sua contínua capacidade de expansão comercial, clínica e geográfica. Se por um lado, a medicalização seria a tradução de fatos não médicos em termos médicos, ampliando o campo de atuação da medicina, a pharmaceuticalização, potencialmente, iria além dos domínios do que seria médico ou medicalizado. Ou seja, implicaria os usos não necessariamente médicos dos recursos farmacológicos, com a pretensão de promover um certo estilo de vida e aprimoramento. Entre as dinâmicas características desse processo, destacamos o que definem como a criação de novas identidades tecnossociais e a mobilização de grupos de pacientes ou consumidores em torno das drogas; seu uso para propostas não médicas atrelado à criação de novos mercados; e a relação entre inovação e a expectativa de um futuro farmacêutico mais eficaz. Os autores ressaltam o papel ativo de consumidores/as e pacientes que se transformam em verdadeiros/as *experts* na tarefa de avaliação dos riscos e benefícios dos medicamentos. E chamam a atenção para a associação entre consumismo e pharmaceuticalização da vida diária buscando aprimoramento, mesmo entre pessoas que poderiam ser consideradas saudáveis.

Essa dimensão do aprimoramento e do consumo é também analisada por Clarke *et al.* (2010) quando investigam as transformações de corpos e identidades na era da biomedicalização. Segundo as autoras, os modos de operação da pesquisa médica e prática clínica teriam se ampliado de modo a atingir o controle sobre os corpos por meio de técnicas que empregariam alterações nas próprias subjetividades. Nessa direção, o corpo torna-se algo flexível e suscetível de ser transformado e reconfigurado, no contexto de uma passagem entre um processo de normalização para um processo de customização ou personalização, possibilitado pela instituição das práticas tecnocientíficas como nichos de mercado e da promoção do que chamam de “medicina de boutique”. Os/as pacientes convertem-se, então, em consumidores/as que, por meio desses recursos de personalização ou customização, procuram dar conta de seus projetos individuais.

Essas características já permitem antever como este processo está atrelado às marcas de estratificação social. Para Clarke *et al.* (2010), ocorre uma mercantilização e fetichização dos produtos e serviços de saúde associadas à importância social atribuída aos recursos biomédicos. Dessa forma, a valorização dos desejos articulados à customização seria concomitante à promoção do aprimoramento via estilo de vida, por sua vez profundamente diferenciada pela estratificação social. Mudanças comportamentais e de estilo de vida estariam no centro das atenções visando, por exemplo, combater o envelhecimento. E essas transformações não seriam acessíveis a todas as pessoas igualmente.

8 Considerações Finais

No que se refere à investigação sobre a qual trata este artigo, podemos afirmar que a defesa do uso da modulação hormonal bioidêntica realizada pelos/as integrantes do grupo social estudado se coaduna com vários desses aportes trazidos pela literatura analítica. O apelo às noções de investimento e aprimoramento, o elogio ao que seriam recursos farmacológicos inovadores, precisos e eficazes, desenvolvidos de forma individualizada ou customizada, a articulação com médicos/as e laboratórios apresentados como bem atualizados, e os altos custos do tratamento certamente revelam uma faceta complexa dos processos de biomedicalização da sociedade. E a tudo isso gostaríamos de acrescentar e destacar o papel das redes sociais e da publicização do que é apresentado como um processo de transformação da própria vida nos cenários contemporâneos de sociabilidade em torno dos medicamentos (e certamente, também dos diagnósticos e diversas outras dimensões envolvidas).

Essas reflexões, acerca de um contexto recente de promoção dos hormônios bioidênticos e da modulação hormonal, são ainda exploratórias. Mas procuramos pôr em evidência que, além das controvérsias médico-científicas e institucionais, envolvendo agências reguladoras e grupos específicos, este campo também é coproduzido (JASANOFF, 2004) em outras práticas. A existência de grupos muito atuantes nas redes sociais e a intensa troca de referências a respeito do tema compõem e interagem com várias outras dimensões. Em particular, o caráter testemunhal e sua proposição normativa, via os relatos de transformação pessoal por meio do alcance da única via de diagnóstico e tratamento que consideram inovadora, válida e legítima certamente é revelador de formas de engajamento com os recursos biomédicos e em especial com medicamentos que merecem ser ainda melhor analisados e que indicam novas possibilidades de transformações corporais-subjetivas em curso na atualidade. Procuramos ressaltar como a configuração do/a paciente-consumidor/a, como um novo modelo de autogestão da saúde e da própria vida, por meio da ênfase no investimento pessoal, certamente está trazendo novas cores à da lógica do aprimoramento e direcionando essas novas possibilidades que acabam atreladas ao consumo e à responsabilização individual, sem considerar os impactos da estratificação social e sem discutir a dimensão coletiva envolvida no acesso aos recursos biomédicos e nas práticas de saúde.

Referências

- AKRICH, Madeleine. The de-scription of technical objects. *In*: BIJKER, Wiebe; LAW, John (org.). **Shaping Technology Building Society**: Studies in Sociotechnical Change. Cambridge: MIT Press, 1992. p. 205-224.
- AZIZE, Rogério Lopes. **A química da qualidade de vida**: um olhar antropológico sobre o uso de medicamentos em classes médias urbanas brasileiras. 2004. 118p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- CLARKE, Adele *et al.* (ed.). **Biomedicalization**: Technoscience and transformations of health and illness in the U.S. Durham: Duke University Press, 2010.
- CONRAD, Peter. **Medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore. The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A falta de evidências científicas de benefícios e os riscos e malefícios que trazem à saúde não permitem o uso de terapias hormonais com o objetivo de retardar, modular ou prevenir o processo de envelhecimento**. Processo-consulta CFM n. 4.690/11 – Parecer CFM n. 29/12, 13 de julho de 2012a.
- CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A falta de evidências científicas de benefícios e os riscos e malefícios que trazem à saúde não permitem o uso de terapias hormonais com o objetivo de retardar, modular ou prevenir o processo de envelhecimento**. Resolução CFM n. 1.999 de 27/09/2012. Publicada no DOU, Seção 1, p. 139, 19 de outubro de 2012b.
- DULLO, Eduardo; DUARTE, Luiz Fernando Dias. Introdução. **Religião e Sociedade**, [s.l.], v. 36, p. 12-18, 2016.
- DUMIT, Joseph. **Drugs for life**: how pharmaceutical companies define our health. Durham: Duke University Press, 2012.
- EDMONDS, Alexander; SANABRIA, Emilia. Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil. **Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 193-210, mar. 2016.
- FARO, Livi; RUSSO, Jane. Testosterona, desejo sexual e conflito de interesse: periódicos biomédicos como espaços privilegiados de expansão do mercado de medicamentos. **Horizontes Antropológicos**, [s.l.], v. 23, n. 47, 2017.
- HARDON, Anita; SANABRIA, Emilia. Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals. **Annu. Rev. Anthropol**, [s.l.], v. 46, p. 117-132, 2017.
- JASANOFF, Sheila (ed.). **States of knowledge**: the co-production of science and the social order. Reino Unido: Routledge, 2004.
- JORDAN-YOUNG, Rebecca; KARKAZIS, Katrina. **Testosterone**: an unauthorized biography. Cambridge: Harvard University Press, 2019.
- LATOURE, Bruno. **Reagregando o Social**: uma introdução à Teoria do Ator-Rede. Salvador: Edufba, 2012.
- LATOURE, Bruno. How to talk about the body? The normative dimension of science studies. **Body & Society**, [s.l.], v. 10, n. 2-3, p. 205-229, 2004.
- MANICA, Daniela; NUCCI, Marina. Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero. **Horizontes Antropológicos**, [s.l.], v. 23, n. 47, p. 93-129, 2017.
- OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the natural body**: an archeology of sex hormones. London: Routledge, 1994.

- PIGNARRE, Philippe. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Editora 34, 1999.
- ROBERTS, Celia. **Messengers of Sex**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- ROHDEN, Fabíola. Considerações teórico-metodológicas sobre objetos instáveis e ausências presentes: analisando processos de materialização do desejo feminino. In: SEGATA, Jean; RIFIOTIS, Theophilos (org.). **Políticas etnográficas no campo da ciência e das tecnologias da vida**. Porto Alegre: UFRGS; ABA, 2018. p. 135-158.
- ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 133-152, jun. 2008.
- ROHDEN, Fabíola. ‘Os hormônios de salvam de tudo’: produção de subjetividades e transformações corporais com o uso de recursos biomédicos. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 199-229, 2018.
- ROHDEN, Fabíola; ALZUGUIR, Fernanda. Desvendando sexos, produzindo gêneros e medicamentos: a promoção das descobertas científicas em torno da ocitocina. **Cadernos Pagu**, [s.l.], v. 48, p. 1-45, 2016.
- ROSE, Nikolas. **The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century**. Princeton & Oxford: Princeton University Press, 2007.
- ROUGEMONT, Fernanda dos Reis. O tempo no corpo: envelhecimento e longevidade na perspectiva anti-aging. **Revista da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1 e 2, p. 36-61, 2017.
- ROUGEMONT, Fernanda dos Reis. **Medicina Anti-aging no Brasil: uma análise antropológica das transformações na abordagem médica do envelhecimento**. 2018. 317p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, 2018.
- SANABRIA, Emilia. **Plastic Bodies: Sex, Hormones and Menstrual Suppression in Brazil**. Durham: Duke University Press, 2016.
- TEIXEIRA, Cesar Pinheiro. Testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 36, v. 2, p. 107-134, 2016.
- TRAMONTANO, Lucas. A fixação e a transitoriedade do gênero molecular. **Horizontes Antropológicos**, [s.l.], v. 23, n. 47, p. 163-189, 2017.
- VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan; HARDON, Anita. Anthropology of Pharmaceuticals: a biographical approach. **Annu. Rev. Anthropol**, [s.l.], v. 25, p. 153-178, 1996.
- VARGAS, Eduardo. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In. LABATE, Beatriz Caiuby *et al.* (org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: UDFBA, 2008. p. 41-63.
- WILLIAMS, Simon J.; MARTIN, Paul; GABE, Jonathan. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. **Sociology of Health & Illness**, [s.l.], v. 33, n. 5, p. 710-725, 2011.

Fabíola Rohden

Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social e do Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora do CNPq e do Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS/UFRGS). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Ciências na Vida (CNPq/UFRGS). Realizou Mestrado e Doutorado em Antropologia Social na UFRJ (PPGAS/Museu Nacional) e Pós-doutorado na Universidade Livre de Amsterdã.

Endereço profissional: Sala 219 do prédio 43311 A do IFCH UFRGS, Campus do Vale, Av. Bento Gonçalves, n. 9.500 Porto Alegre, RS. CEP: 91509-900.

E-mail: fabiola.rohden@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3355-6841>

Camila Silveira Cavalheiro

Mestranda em Antropologia Social no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bacharela em Ciências Sociais pela mesma instituição. Técnica em Química pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS). Integra o grupo de pesquisa Ciências na vida (CNPq/UFRGS).

Endereço profissional: Sala 219 do prédio 43311 A do IFCH UFRGS, Campus do Vale, Av. Bento Gonçalves, n. 9.500 Porto Alegre, RS. CEP: 91509-900.

E-mail: camila.silcavalheiro@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1772-0170>

Como referenciar este artigo:

ROHDEN, Fabíola; CAVALHEIRO, Camila Silveira. “Me sinto outra pessoa”: testemunhos de transformação via modulação hormonal bioidêntica. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85477, p. 199-217, janeiro de 2023.

Posografia: experimentando uma pesquisa a conta-gotas

Fernanda dos Santos de Macedo¹
Paula Sandrine Machado²

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

²Prefeitura Municipal de Guaíba, Guaíba, RS, Brasil

Resumo

Neste artigo, objetivou-se apresentar a posografia, uma experimentação metodológica em uma pesquisa voltada às práticas de uso de antidepressivos e ansiolíticos, que implica um acesso gradual a partes das práticas que compõem o manejo das aflições. Trata-se de um artigo que pretende, especialmente, discorrer sobre a fundamentação teórica que embasou a construção de tal proposta metodológica. O estudo sustenta-se em uma composição entre uma perspectiva pós-estruturalista de psicologia social e os estudos de ciência, tecnologia e sociedade (ECTS). Diante de um campo que remete a dimensões comumente compreendidas como subjetivas (emoções, sensações, pensamentos), o método posográfico auxiliou a tensionar o que pode ser considerado materialidade e o modo como investigá-la. Ainda, essa estratégia contribuiu para a compreensão de que quanto mais elementos são postos em cena, multiplicam-se versões de diagnósticos, das denominadas aflições, possibilitando que estratégias de cuidado em saúde mental fossem ampliadas.

Palavras-chave: Medicalização. Antidepressivos. Ansiolíticos. Materialismo Relacional. Posografia.

Posography: trying a dropper research

Abstract

This article aimed to introduce the posography, a methodological experimentation in a research that focused on the practices of using antidepressants and anxiolytic medications, which implies a gradual access to parts of the practices that make up the managing of the afflictions. This is an article that aims to discuss the theoretical foundation that supported the construction of a methodological proposal. The study is based on a composition between a post-structuralist perspective of social psychology and the science, technology and society studies (STS). Facing a field that refers to dimensions generally understood as subjective (emotions, sensations, thoughts), the posographic method contributed to question what can be considered materiality and how to investigate it. Also, this strategy contributed to the understanding that the more details are put on the scene, versions of diagnoses and afflictions multiply, and mental health care strategies are expanded.

Keywords: Medicalization. Antidepressive Agents. Anti-Anxiety Agents. Relational Materialism. Posography.

Recebido em: 31/01/2022

Aceito em: 1º/06/2022



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/>

1 Introdução: sobre a investigação cotidiana com antidepressivos e ansiolíticos

O presente artigo deriva de uma pesquisa de doutorado¹ que visou a investigar como antidepressivos e ansiolíticos, ao se conectarem com outras substâncias, dosagens, efeitos colaterais, usuários/as, profissionais, serviços de saúde, receitas, familiares, entre outros actantes, podem materialmente operar no manejo das aflições, performando distintas realidades nas práticas em que se engajam. Haja vista que a referida pesquisa visa a contribuir ao campo de estudos sobre biomedicalização, de modo a complexificar e multiplicar esse conceito já um tanto consolidado, foi desenvolvida uma proposta metodológica que pudesse movimentá-lo, buscando escapar, de um lado, de análises voltadas a denunciar determinadas práticas e, de outro, de uma perspectiva que reduzisse seu potencial ético e analítico.

Peter Conrad (2007), um dos primeiros pesquisadores a propor uma conceitualização de “medicalização” no campo das Ciências Humanas e Sociais, a descreve como um processo pelo qual problemas diversos passam a ser descritos com a linguagem médica, geralmente em termos de doença ou desordens, e a ser tratados através de intervenções da medicina (CONRAD, 2007). Ainda, Conrad (2007) destaca alguns elementos envolvidos nos contextos em que a medicalização ocorre, como: a diminuição da religião; a fé permanente na ciência, na racionalidade e no progresso; o aumento do prestígio e do poder da profissão médica; a propensão americana para soluções individuais e tecnológicas aos problemas; e uma tendência humanitária observada em geral nas sociedades ocidentais. A proposta de Conrad também enfatiza a medicalização como processo variável em função de cada caso específico e dos contextos sociais atrelados.

Conforme discorrem Chazan e Faro (2016), se inicialmente os estudos sobre medicalização dedicaram-se à análise da transformação dos desvios, dos problemas ditos morais em transtornos médicos, após algumas décadas, diversas experiências da vida e domínios passaram a ser escopo de análise. Vale ressaltar que a dedicação da medicina a outros campos que não das doenças e aos doentes, segundo Foucault (2010), é uma das características fundamentais da medicina moderna. Tendo em vista a incorporação das inovações contemporâneas (e aqui referimo-nos tanto em relação ao conhecimento quanto das intervenções) na saúde, e especificamente na biomedicina, o conceito de medicalização também se expande. Logo, o conceito de biomedicalização tal como

¹ A tese intitulada *Artesania no manejo do ficar bem: uma posografia dos usos de antidepressivos e ansiolíticos e suas articulações semiótico-materiais*, de autoria da primeira autora sob orientação da coautora, foi realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGSI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

proposto por Clarke *et al.* (2003) contribuiu para o presente trabalho na medida em que descentraliza o foco de uma esfera essencialmente médica e enfatiza as interações entre diversas entidades e tecnologias. Portanto, utilizaremos tal termo durante o texto – sem desconsiderar que ele próprio inclui a noção de medicalização – para fazer referência aos processos que estamos seguindo e, certamente, performando ao mesmo tempo em que os acompanhamos. Trata-se, arriscamos dizer, de uma alquimia epistemológica, em que buscamos combinar perspectivas para a invenção de um método.

Seguindo tal proposta, no que tange ao desenvolvimento deste estudo, especialmente quando pensamos em teoria sobre produção de subjetividades, é importante destacar que as discussões foucaultianas contribuíram na abordagem da medicalização enquanto um “dispositivo teórico-prático” (CARVALHO *et al.*, 2015, p. 1.263), que leva a perceber as reverberações dos discursos médicos na subjetivação e na vida das populações. Consideramos que nos processos de subjetivação estão envolvidas as materialidades e materializações. Ao descrever minuciosamente as diversas etapas da produção do objeto nomeado medicamento, e apontar que, em tal processo, são indissociáveis aspectos biológicos e aspectos sociais, simbólicos, Pignarre (1999) reforça a discussão proposta neste artigo a respeito do imbricamento constitutivo entre materialidades e socialidades.

Assim, para ir além da afirmativa de que, na sociedade contemporânea, estamos amplamente sujeitos à medicalização da vida, e no sentido de buscar fraturar homogeneizações (por exemplo, de que todos que fazem uso de psicofármacos possuem algum diagnóstico que requer essas substâncias, ou de que usá-las é estar assujeitado ao poder biomédico, ou ainda de que todos os usos são iguais ou muito semelhantes), a proposta da pesquisa que sustenta as análises do presente artigo consistiu em uma aproximação das práticas cotidianas relacionadas ao uso de antidepressivos e ansiolíticos, buscando atender para actantes humanos e não humanos envolvidos e performados em tais práticas. Dessa forma, apostamos que seguir as práticas poderia contribuir para refletir criticamente tanto a respeito do expressivo consumo de psicofármacos em diversas regiões do país – por exemplo, como descrito por Zorzanelli *et al.* (2019) e Rohte (2019) – quanto sobre as generalizações e estigmatizações relacionadas a esse uso.

A tese supracitada envolveu uma investigação do cotidiano de práticas de manejo do *ficar bem*, perseguindo as miudezas que as compõem artesanalmente. O foco foi acompanhar o que estava sendo feito em diferentes práticas em que os psicofármacos estavam envolvidos, como quando uma pessoa adentra um consultório, quando relata sua aflição, ou no momento em que, em um papel timbrado, é prescrita uma quantidade de substância a ser utilizada, o modo como essa quantidade deve ser administrada por meio do tempo, entre outras. Para tanto, foram acompanhadas pessoas que se reconheciam como usuárias de algum medicamento dos grupos chamados antidepressivos e/ou ansiolíticos no momento da pesquisa. O contato com os/as interlocutores/as ocorreu através de redes de indicação – em que uma pessoa indicava interlocutores/as para a pesquisa. Para a construção dessas redes, partiu-se de dois pontos iniciais: o âmbito universitário, especialmente a partir de uma rede de estudantes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; e uma Unidade de Saúde (US), localizada em uma região não central de Porto Alegre, RS. Assim, a maioria dos/as interlocutores/as foram indicações de colegas e amigas/os da universidade ou de profissionais da US, porém, alguns/algumas interlocutores/as

foram indicados/as por outras pessoas que participaram do estudo, bem como por amigos/as de amigos/as que recebiam o texto apresentando a pesquisa. A opção por dois cenários de partida para a formação das redes de indicação de pessoas entrevistadas deve-se à hipótese de que haveria, entre elas, diferença em termos de escolaridade e de segmento socioeconômico, o que na prática da investigação não se apresentou de forma tão linear e sim, nuançada. Logo, buscamos atentar para os marcadores sociais de diferença que compõem a experiência dos/as interlocutores/as da pesquisa.²

Além das entrevistas com pessoas que faziam uso dessas substâncias, o trabalho de campo³ incluiu observações feitas na US e com algumas das entrevistadas de ambas as redes (em suas casas, nos serviços de saúde e em locais onde circulavam), as quais foram registradas em diário de campo. Esse campo foi sendo tecido por uma metodologia artesanal que contemplou a dinâmica cotidiana e local das articulações entre distintas materialidades, e, sobretudo, a dimensão interseccional nelas envolvidas. A perspectiva interseccional, neste estudo, contribuiu para compreender como as distintas articulações entre marcadores sociais de diferença atuam na performance da aflição e no seu manejo em cada trajetória de vida. Ainda, este artigo foi tecido por meio da composição entre uma perspectiva pós-estruturalista de psicologia social e os estudos de ciência, tecnologia e sociedade (ECTS), sobretudo trazendo uma análise materialista relacional (MOL, 2002; 2008; LAW; MOL, 1995).

O objetivo do presente artigo é discorrer sobre a experimentação metodológica empreendida na pesquisa apresentada, voltada às práticas de uso de antidepressivos e ansiolíticos, a qual nomeamos posografia⁴. Trata-se de um método de acesso às práticas aos poucos, de atenção às minuciosidades que as conformam. Na tese, a posografia foi sustentada como uma aposta comprometida, que amarra os âmbitos metodológico-teórico-ético-político-estético enquanto intrinsecamente constitutivos. Portanto, tornou-se uma maneira de levar a cabo uma pesquisa que visa a problematizar dicotomias, e investir na multiplicação (MOL, 2002). A tarefa que se coloca agora é apresentar a posografia. Sendo assim, nos deteremos em contar como essa experimentação ganhou forma, e alguns movimentos que ela provoca. Para tanto, iniciaremos discutindo brevemente sobre as montagens teórico-metodológicas que subjazem a emergência da posografia para, em seguida, descrevermos a posografia e como ela opera enquanto estratégia metodológica. Por fim, tendo tomado como campo dimensões comumente compreendidas como

² A divisão em duas redes e, na ocasião da escrita da tese, em modos de gestão das aflições, foi uma forma de acesso e de sistematização de diversas regularidades encontradas nas experiências dos/as interlocutores/as quando observase como as substâncias vão se articulando às trajetórias de vida. Há muitas semelhanças no modo de experienciar o manejo das aflições, e, por isso, deu-se mais ênfase nos modos de gestão. Porém, a pesquisa demonstrou que há muitos atravessamentos entre os modos de gestão inicialmente propostos, evidenciando que as montagens (a rede de conexão de actantes no manejo das aflições, na qual os marcadores sociais de diferença também atuam) possuem cruzamentos entre os dois modos descritos e que é fundamental atentar para as maneiras como esses distintos elementos são atuados nas práticas nos variados contextos de performance.

³ O projeto de pesquisa do qual este artigo deriva foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Os nomes aqui referidos são fictícios.

⁴ Em que pese a inspiração ser proveniente do termo posologia (dosagem terapêutica de um medicamento), vale ressaltar que o termo *posography* (remetendo à pose) já foi utilizado por Harry Berger Jr. (2000), na área da literatura e história da arte, em um capítulo intitulado *Posography of embarrassment: representational strategies in decentralized class society*. Nesse livro, Berger analisa, sobretudo, os atos de pose em retratos.

subjetivas, discorreremos sobre as contribuições dessa proposta para uma discussão sobre o que pode ser considerado materialidade.

2 A Montagem do Problema de Pesquisa

A montagem do problema de pesquisa sustentou-se sobretudo na composição entre uma psicologia social pós-estruturalista com os estudos de ciência, tecnologia e sociedade (ECTS). Remetemos a uma psicologia social inspirada em Bergson, Foucault, Deleuze⁵. Assim, conforme propõe Bergson, a construção do problema de pesquisa, e, posteriormente, o próprio ato da pesquisa foram tomados tal como um movimento de como colocar a pergunta, mais do que de como resolvê-la (DELEUZE, 1999). Ou seja, o enfoque em como/quais perguntas fazer ao/no campo de pesquisa, apostando que pelas perguntas há o deslocamento do pensamento, logo, do conhecimento. Sobretudo, essa postura de estranhamento e desnaturalização de conceitos e objetos também foi buscada na relação com o uso dos/as autores/as. Conforme sugere Guazzelli Bernardes (2014), passar a *pensar com* algum conceito/autor(a) e não *aplicar o* conceito ou autor/a à pesquisa. Por isso, o uso de referências ocorre neste artigo tanto em pequenas doses, na medida em que se faz necessário para situar explicações, quanto de modo balsâmico, deixando seus rastros mesmo sem ser visível. Neste último caso, refiro-me à Foucault e Annemarie Mol, que amparam a construção deste estudo, do pensamento à ação.

Foucault, em conferência pronunciada em 1978, propõe a atitude crítica como exercício de reflexão e de agir que implica questionamentos sobre modos de vida, *certezas* e universais. Nesse sentido, os deslocamentos de Bergson (2006), Foucault (1990) e Deleuze (1999) apontam a importância de olhar para o simples, para aquilo que parece óbvio, ou, ainda, uma atitude de ficar à espreita e deixar o objeto se mostrar para nós. Nesse plano de problematização, fizemos circular o conceito de (bio)medicalização e outros relacionados às práticas de usos de psicofármacos de modo a encarar o objeto de pesquisa não como uma descoberta, mas como um processo inventivo. Ainda mais, por nos basearmos na perspectiva de Mol (2002) de que os objetos se fazem em práticas articulatórias.

Tal postura metodológica-ética-ontológica perpassou tanto os momentos de embasamento teórico-acadêmico e escrita, quanto o trabalho de campo, de modo que, por meio das leituras diversas, da combinação de perspectivas, das conversas compridas com os/as interlocutores/as, das observações em diversos lugares, do olhar para o cotidiano e do contexto para além daquilo estritamente relacionado aos psicofármacos, o objeto de pesquisa foi sendo performado. Aos poucos, o estudo sobre antidepressivos e ansiolíticos foi englobando muito além de comprimidos, caixas e receitas e direcionando o foco no vínculo, nos afetos, nos modos de lidar com as aflições, ou ainda, como em cada trajetória de vida determinadas aflições emergem e, junto, são performados modos de lidar com tais sentimentos.

⁵ As leituras no processo do doutorado da primeira autora e a postura inventiva do PPGPSI foram fundamentais para suscitar o deslocamento metodológico.

A partir de uma inspiração bergsoniana, a construção do problema-método foi tomada como uma temporalidade que se atualiza na experiência, no movimento de fazer perguntas sobre/aos objetos e traçar tentativas de acompanhá-los, transformá-los. Nessa linha, longe da pretensão de que fosse uma fórmula, a posografia buscou ser seguida como um experimento. Amadureceu também a conta-gotas, sendo testada e retestada ao entrar em circulação. Isso leva a encarar que o modo como uma pesquisa é construída, bem como conduzida, envolve sempre a performance de realidades. É, portanto, política, aproximando-se do sentido atribuído por Mol à noção de Políticas Ontológicas. Nesse ponto há uma aproximação entre as perspectivas aqui empregadas, haja vista que a performance política do mundo é algo que compreendemos e que se tornou possível de ser pesquisada quando recorremos aos estudos de ciência, tecnologia e sociedade (ECTS).

Ao tomar a ciência e a sociedade também como efeitos de práticas, os ECTS contribuem para conceber o problema de pesquisa de modo a não reiterar dicotomias comumente naturalizadas como: natureza x cultura, objetivo x subjetivo, indivíduo x sociedade, humano x não humano, método x teoria. Referimo-nos aos ECTS influenciados por perspectivas pós-estruturalistas, que, conforme Law (2008), são perspectivas que contribuíram aos ECTS na mudança de metáforas – da construção para performatividade – bem como no modo de conjecturar a preocupação com a ontologia, isto é, de como o real é performado relacionalmente nas práticas. Logo, tais estudos se voltam à noção de objetos sendo performados por meio de processos de materialização.

Portanto, essas abordagens contribuíram para a aproximação em relação às materialidades como cruciais no modo de pensar tanto a produção de conhecimento quanto às maneiras de performar realidades, ou, em outras palavras, na forma de compreender que o modo como um objeto é feito e as intervenções por ele suscitadas estão em constante disputa e negociação. Tendo em vista que este estudo foi aproximando-se do campo da saúde mental, uma instigante questão foi também se colocando: qual o status da materialidade de dimensões consideradas subjetivas? Portanto, uma das questões a serem tensionadas neste artigo é justamente sobre o que é a materialidade.

2.1 Sobre os objetos desta pesquisa e a tarefa de como acessá-los (ou performá-los?)

A partir do pensamento moderno e cartesiano, apreendeu-se sobre um ser humano cindido entre corpo e mente e sobre a dicotomia natureza x cultura. No contexto da discussão sobre o engajamento feminista com a matéria, Kirby (2008) destaca o apagamento da matéria pela cultura quando tomamos a natureza como algo estático e passivo. Para a autora, a natureza já faz alinhamentos que possibilitam referir-se produtivamente a ela própria. Assim, a natureza não requer a linguagem humana para descrever sua complexidade em um formato compreensível. A ênfase que Kirby oferece à natureza não a aparta da cultura: são interdependências que igualmente inscrevem e materializam objetos. O presente trabalho fundamenta-se em Law e Mol (1995) para rastrear as conexões entre materialidades e socialidades que performam múltiplas

realidades. Para o autor e a autora *materiais* e *sociais* podem se produzir juntos e estão sempre sujeitos a mudanças (LAW; MOL, 1995).

Seguindo Haraway (1995), autora que se dedica a uma análise feminista da ciência e tecnologia, compreende-se os objetos como ativos, produtores de sentido e de corpos, cujas fronteiras são materializadas nas distintas interações. Assim, para seguir nesse campo epistemológico e ontológico, no percurso da pesquisa de doutorado, se mostrou necessária uma aliança com autores/as que desenvolvessem metodologias de acesso e análise desse campo semiótico-material.

Entrevistas são técnicas usuais de pesquisa, contudo, conhecer as práticas através de entrevistas não parecia combinar com a proposta de trabalho que então era assumida. Há um nó teórico-metodológico na proposta de investigar as práticas de uso de antidepressivos e ansiolíticos a partir das narrativas sobre esses usos: de que modo não se restringir às representações e aos elementos simbólicos das narrativas, mas, através delas, acessar os momentos em que as coisas estão sendo feitas? É a partir desse questionamento que emerge a necessidade de lançar mão de um método que desse conta de deslocar o foco único nas falas como algo que desse acesso a sentidos atribuídos, para experimentar uma prática de investigação que englobasse as diversas materialidades – incluindo, também, as narrativas. O método posográfico, ao atentar para as minuciosidades que compõem as práticas e, sobretudo, suas interações, tornou possível um caminho investigativo que foi se fazendo no cotidiano da pesquisa de campo.

Esse caminho também foi influenciado por dois métodos – a etnografia e a praxiografia. Apesar do estudo não ter se conduzido no campo específico da antropologia, com algumas especificidades de seus delineamentos metodológicos (URIARTE, 2012), compreende-se que a influência etnográfica opera sobretudo pela relação construída em campo: de abertura para acompanhar os movimentos que o campo conduzia; de reconhecimento dos saberes e informações dos/as interlocutores/as como material privilegiado de análise. Já a praxiografia, conforme a perspectiva de Mol (2002), é uma proposta de filosofia empírica que se vale de métodos etnográficos. Assim, o interesse investigativo reside em conhecer as praticidades e contar o que se passa quando as acompanhamos. Essa perspectiva assume que, nas práticas, são feitos objetos, corpos, doenças e realidades múltiplas. Além disso, tem-se que os objetos feitos existem a partir de – e apenas devido a – uma diversidade de entidades que se conectam. Os objetos nunca estão sozinhos, dependem de tudo e de todos que estão ativos enquanto estão sendo feitos (MOL, 2002). Essa concepção de objeto sustenta a presente proposta metodológica.

Dessa forma, este estudo foi orientado por perspectivas que enfatizam as interações e associações entre os actantes (LATOURET, 2012), que propõem uma noção de realidade sempre negociada e múltipla (MOL, 2002). E, portanto, por influência de Mol e Law, os termos que serão utilizados serão performance, fazer existir, fazer, para dar conta da dimensão processual da feitura das coisas no mundo. Assim, tais questões suscitadas pelos ECTS, e, mais especificamente, pelo materialismo relacional, sustentaram a construção do problema de pesquisa que culminou na tese e provocaram as reflexões metodológicas apresentadas neste artigo.

3 O que é a posografia?

Apresentaremos a posografia como uma estratégia metodológica para o estudo das aflições cotidianas e usos de psicofármacos. Assim, compreendemos que a posografia performa um modo de pesquisar. Posologia indica dosagens, pequenas gotas ou alguns comprimidos que, manipulados no tempo, produzem algo, sejam efeitos desejados ou não. Sempre há o espaço do inesperado, afinal, são muitos (f)atores em relação. Posologia remete à prescrição, mas aqui é tomada enquanto interação. O sufixo “grafia”, em latim *graphein*, significa escrever, descrever. A influência da etnografia e da praxiografia é marcada pelo empréstimo do mesmo sufixo. Assim, é proposta a posografia: uma grafia a conta-gotas.

Também nesse campo de estudos sobre medicamentos, Silva (2018), em sua tese sobre o modo de produção farmacêutica contemporâneo, conjecturou uma proposta metodológica experimental denominada farmacografia, que possui aproximações com a proposta posográfica. Em suas palavras:

[...] a farmacografia se trata de um exercício político fundamental, no sentido da reivindicação e da retomada de instrumentos, procedimentos e do próprio direito de também poder falar sobre as ciências – em particular, as vinculadas à medicina. Inclino-me, portanto, para uma forma de tratar da ciência que não abdica de uma relação direta com esta, colocando-me, entretanto, numa posição deslocada para tratar da pesquisa clínica. (SILVA, 2018, p. 34)

Assim, pode-se entender a farmacografia como um experimento de escrita que aponta para uma conexão entre farmacologia e antropologia, através da conjugação de vocabulários, conceitos e perspectivas. Por meio desse experimento, a autora evidencia a posição que assume em sua pesquisa, de ocupação conceitual que provoca tensionamentos na produção científica proveniente da experimentação farmacêutica e nas reverberações da mesma para diferentes populações (SILVA, 2018).

Para lidar com o campo de estudos sobre medicamentos (seja a experimentação de sua produção, tal como dedicou-se Silva, ou sobre as experimentações dos usos, como na pesquisa a que se refere este artigo) a estratégia adotada nos dois trabalhos foi a incorporação e a reinvenção. Talvez, justamente, por ser um campo à primeira vista sólido, exato, fora a forma encontrada para escapar das universalizações e produzir torções críticas. Ainda, é preciso destacar que tais pesquisas foram desenvolvidas em um país marcado por iniquidades sociais que se mostram abismais no que diz respeito ao acesso à saúde; e um país que ocupa um lugar inferiorizado em relação a outros países que desenvolvem e oferecem mais recursos à saúde, inclusive de inovações testadas em países como o Brasil, como mostra Silva (2018)⁶. Desse modo, outro desafio que se coloca é que essas propostas inventivas de pesquisa estejam conectadas e engajadas nas análises sobre tais iniquidades. Neste texto, os marcadores sociais da diferença são

⁶ Ver tese de Rosana Silva (2018) para um aprofundamento sobre a relação entre os/as participantes das pesquisas clínicas de experimentação farmacêutica em países como o Brasil e o mercado internacional, que eleva essas pessoas como sujeitos desejados de pesquisas justamente por suas condições precarizadas de vida, bem como para acompanhar o desenvolvimento que a autora faz sobre “economias políticas da doença e da saúde” (SILVA, 2018, p. 25).

tomados como balizadores dos engajamentos e performances ao mesmo tempo que são categorias que se atualizam nas práticas performadas.

Logo, a presente pesquisa lida com um objeto/campo de difícil apreensão instantânea, visto que há muitas outras práticas, além da ingestão do comprimido, que fazem parte das redes de engajamento. Além de haver diversos actantes e efeitos das interações que escapam à observação direta. Vale destacar que o campo psiquiátrico é uma especialidade centrada na narrativa do/a paciente e/ou de sua família, porque há poucos recursos biotecnológicos que auxiliam a verificar a atuação dos medicamentos para cada sujeito, e que por si só não são instrumentos suficientes para orientar a conduta médica. Modo geral, a prescrição de psicofármacos sustenta-se na experiência do/a médico/a e na experiência do sujeito que usa - história de vida, sinais e sintomas, efeitos das medicações experimentadas. Dessa forma, frente a um campo considerado popularmente como subjetivo, a técnica para investigar estratégias de manejo das aflições, através de narrativas, foi o gradual acesso a partes das práticas, um acesso a conta-gotas.

A especificidade do método posográfico implica, justamente, acessar a performance a partir de um acesso às práticas aos poucos que, apesar de não capturar necessariamente a performance presentificada da cena do *fazer existir*, possibilita performá-la em outro espaço-tempo, a partir de outros aparatos. É nesses agenciamentos que as materialidades circulam, sugerindo que o manejo das aflições é um manejo de temporalidades e de espaços. Assim, foi preciso que os/as interlocutores/as fossem narradores/as de suas práticas e compusessem pedaço a pedaço de como/o que eles fazem nos usos de psicofármacos e manejo do *ficar bem*. Porém, essa montagem das práticas também dependeu de quais perguntas foram feitas, como/quando/onde foram feitas. Segundo Amade M'charek (2014), uma montagem é mais sobre fazer do que representar algum objeto. Por isso, investimos em verbos como acompanhar e descrever.

Além de um método de acesso às práticas, a posografia transversaliza o processo de pesquisa – conecta dimensão teórica, metodológica e estética. A posografia foi performada no campo e na escrita da pesquisa quando valorizada a lentidão do detalhe. A minúcia que foi buscada desde o modo de acesso às pessoas (contato por meio de informantes-chave, convites que buscavam ser delicados no respeito à intimidade e ao tempo da outra pessoa); nas entrevistas e conversas em que era motivada a descrição das práticas; nas descrições de diário de campo que contemplavam os trânsitos pela cidade e todos os percalços da pesquisa.

4 Sobre conexões, matéria, subjetividade e práticas de visibilidade

A reflexão sobre como agem as substâncias que são absorvidas pelo corpo, que efeitos produzem, indicam para uma coprodução (JASANOFF, 2004) posto que é impossível distinguir qual, quando, substância, célula, parte do corpo, quantidade do medicamento, peso corporal, pessoa que usa, pessoa que indica, laboratório, se fundem, são responsáveis por quais efeitos. Nesse sentido, as materialidades só funcionam em arranjos (ABRAHAMSSON *et al.*, 2015).

Dessa forma, as discussões sobre materialismo relacional travadas por Mol apoiam a investigação do que se performa quando uma pessoa faz uso de um psicofármaco e o que é preciso estar junto para que uma ou outra coisa seja feita. Assim, Abrahamsson *et al.* (2015) contribuem justamente para perceber que se os psicofármacos fazem algo, eles não fazem sozinhos. Eles estão em relação com o sujeito que os ingere, com as possíveis palavras proferidas em uma terapia, com outras substâncias, pesos, temperaturas, hábitos, enfim, materialidades que se coordenam em determinado momento e local. Para isso, é necessário observar como certas coisas se juntam, se afastam e o que fazem.

Tomando emprestado os deslocamentos provocados por Mol, apostamos na hipótese de que é impossível definir fronteiras *a priori* do que é um medicamento e um corpo. Mas como se dá essa junção? Se estão dentro de nós, nos modificam – seja considerado melhoramento ou deterioração – quando passam a ser *nós*? Até que ponto uma substância pode interagir e modificar um corpo? Quais corpos? Para Elizabeth Wilson (2008), o somático e a psique não são diferentes instâncias do corpo. A aproximação da autora em busca de um entendimento sobre a farmacocinética dos antidepressivos aponta para uma capacidade orgânica de conexão, uma conexão bioafetiva. Tais argumentações sustentam um movimento proposto neste estudo de retirar as aflições de um campo puramente *simbólico* ou *subjetivo* considerado muitas vezes em uma relação de exterioridade com um corpo físico e, portanto, entendido como menos *material*, para evidenciar as materializações e materialidades que neles estão envolvidas. Isso contribui para afastar a falsa dicotomia de que há algo subjetivo em contraposição a aspectos objetivos nos sujeitos. Divisão calcada na separação natureza x cultura citada anteriormente.

A linha de argumento passa por compreender o manejo das aflições como um manejo de temporalidades e de espaços. Como na experiência de interlocutores/as pós-graduandos/as é o uso de um antidepressivo em composição ao Rivotril[®] que torna possível modular a faltas ou excessos de sono, disposição, concentração para que um corpo se mantenha disciplinado em frente a um computador e produções acadêmicas sejam realizadas. Ou também, o manejo de tempo e espaço foi observado no itinerário das interlocutoras: os relevos, as lombas, as distâncias, as casas, os serviços, engatam-se às palavras, aos profissionais de saúde, às substâncias, às vizinhas, aos familiares na performance de uma aflição ou no *ficar bem*.

Dessa forma, a pesquisa foi sendo feita através de montagens de cenas provenientes de entrevistas e diários de campo. A seguir discorreremos sobre como a posografia opera quando a materialidade não está necessariamente no campo do concretamente visível. Se a sensação de usar um psicofármaco, as aflições ou o *ficar bem*, não podem ser enxergados em um objeto concreto e bem delimitado, isso não impede que possamos observar tais objetos. Assim, para falar sobre a forma como o campo foi observado apresentamos a noção de práticas de visibilidade. Através da posografia foi possível acessar registro de algumas doses desses objetos, o que nos exige tensionar outras práticas de visibilidade que não aquelas centradas no olho observador.

4.1 Ambiente de Performance

Conforme aponta a perspectiva que Law (2008) toma sobre os ECTS, de que os métodos não apenas descrevem as realidades, mas de algum modo contribuem para fazê-las, entende-se que os métodos são performativos. O jeito de elaborar uma pergunta, o local em que o encontro transcorre, as pessoas em interação na cena, o modo como foi estabelecido o vínculo entre participante e pesquisadora, cooperam para performar realidades múltiplas. Logo, não há um material empírico a ser coletado e investigado, pois o objeto está sempre em coprodução com a própria prática de pesquisá-lo.

Por isso, nesta seção, abordaremos dois aspectos que compõem a posografia (ambiente de performance e influência da pesquisadora na relação com os campos de performance). Entendemos que as práticas de manejo do *ficar bem* estão sendo feitas também nesses momentos em que as pessoas entusiasmadamente ou lentamente montam, através de palavras, pausas, interjeições, seu sofrimento, suas sensações, suas atitudes.

Isso posto, tomamos a narrativa como um agente. Assim, dispomos de duas formas de narrativas: as entrevistas com as/os interlocutores/as, que através da mediação do gravador, da transcrição, materializam o diálogo; e as observações registradas em diário de campo, constituídas através da experiência mediadora da pesquisadora. Algumas falas foram performadas em trânsito, ao acompanhar os itinerários das interlocutoras. Assim, também compõem a posografia, acessos a práticas narrativas em que a própria narrativa está sendo praticada com elementos do cotidiano (por exemplo, escadarias, meios de transporte, temperatura/clima), ainda que não seja a administração de remédios em si. Entendemos assim, que quando pesquisamos sobre essa dimensão não tão visível, o ambiente de performance funciona como uma engrenagem para evidenciar outras práticas de visibilidade. Vejamos a seguir a descrição de alguns encontros com Bibiana⁷.

Bibiana é uma jovem, branca, estudante, com cerca de 20 anos de idade. Encontrei-a em diferentes ambientes e situações (no seu local de estágio, universidade, cafeterias, em uma clínica na qual consultou com um psiquiatra). Em cada local, novos elementos eram inseridos evidenciando que tanto suas aflições quanto as estratégias para *ficar bem* eram contextuais e transitórias. Ao constatarmos que a mesma pessoa modula o uso de psicofármacos (e outros recursos) de modo muito variável, conforme suas sensações ou rotina mostrou-se crucial observar as práticas. Propomos esmiuçar algumas cenas do acompanhamento com Bibiana em que seguimos o Rivotril®, modo como Bibiana se refere à substância cujo princípio ativo é o clonazepam. Compartilhamos cenas dispostas em sequência cronológica, tendo passado cerca de nove meses entre a primeira e a última cena.

Cena 1: Rivotril® e o efeito bonecão do posto. Na definição de Bibiana, o efeito bonecão do posto é sobre aqueles instantes quando tu queres sair correndo com os braços para cima. O Rivotril® que faz passar tal efeito se produz na primeira entrevista, que transcorreu em seu local de estágio, em um tom mais formal. Esse Rivotril® que está presente no local de estágio, na bolsa, em casa. Usado quase todos os dias, quando dá ataque: [...] *0,25 embaixo da língua e tomava mais uns 2 ml, eu tentava ficar nos dois ml né..*

⁷ Em alguns momentos, ao remetermos ao trabalho de campo realizado pela primeira autora do artigo, utilizaremos a primeira pessoa verbal.

Bibiana reforça que para a substância fazer efeito, é necessário engajar-se com outras estratégias, tais como sair para um local menos movimentado, colocar fone, escutar música.

Cena 2: Rivotril® e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Era a semana de apresentação do TCC. Bibiana estava ansiosa pela finalização da graduação. Ansiedade que, conforme conta, materializou-se em vômito na semana anterior e que, inclusive, postergou nosso encontro. Estávamos em sua faculdade. Ela conta sobre sua saga em busca de um/a psiquiatra com quem se acertasse. Nos três meses desde a primeira entrevista, ela havia consultado com mais três psiquiatras e, naquele momento, considerava estar sem psiquiatra, só com psicólogo. Diz que, nesse meio tempo, foram indicadas muitas medicações e retiradas outras, e que agora está só com a quetiapina para dormir e o Rivotril®. Nesse dia, conta de uma crise que começou no trabalho. Saiu às 17h30min do trabalho, tomou três comprimidos de Rivotril®. Dirigiu muito mal. Chegou em casa, ligou o chuveiro, *porque água ajuda a me acalmar*, explicou ela. *Fiquei uma hora sentada no boxe*. E aí ela conta que se deitou abraçada no gato e dormiu. Naquele instante, outras materialidades como o gato, o andar de moto, a água, a quetiapina, em composição ao Rivotril® ajudam a acalmar.

Cena 3: A receita de Rivotril®. Estava acompanhando Bibiana em sua primeira consulta em uma clínica composta por vários profissionais, em que se paga uma mensalidade, o que garante que o preço da consulta acabe sendo bem menor do que as consultas privadas de especialistas. Bibiana conta-me que sua ginecologista indicou esse doutor: *Ela disse que era bom, que estava sempre cheio de pacientes. Vamos ver*. Ressalta que já havia deixado agendada uma consulta com outra psiquiatra daquela clínica dentro de dois dias. Especialmente, sente dificuldade com homem estranho, então prefere consultar com mulheres. Bibiana havia assumido essa consulta como um teste, pois tinha uma expectativa de que poderia não dar certo. Enquanto consultava, aguardei Bibiana na sala de espera. Quase num piscar de olhos, ela reaparece com várias receitas na mão, cara pálida, me olha e diz: *Acho que não vai rolar [...]. Olha o tanto de medicação – mostrando o bolo de receitas – E ainda me deu duas de cada, caso precise*. Duas receitas azuis de Rivotril® 0,25 mg. Além de Zolfest D 10mg e Escilex 10mg. Devolvo as receitas, e ela guarda na pochete. Confiro o horário. Ela deve ter ficado cerca de 20 minutos em atendimento. Minutos que, somados à postura do psiquiatra, produziram muita decepção. *Como foi? Quando tu entrou na sala? – questiono. Ele perguntou se eu já ia em psiquiatra, o que eu tomava, qual diagnóstico tinha e se concordava*, responde ela. Conta-me isso com semblante sério, triste, falava pouco, completamente diferente da Bibiana que, na sala de espera, conversava entusiasticamente sobre sua viagem à praia e os preparativos da formatura. Um pouco depois, enquanto falávamos desse incômodo, ela enfatiza: *Eu preciso de tratamento, não só de medicamento*. Apesar de tudo, apenas demonstrou certeza de que compraria o Rivotril®.

Cena 4: Rivotril® e a tolerância. Combinamos uma conversa em um café. Conta que consultou com um psiquiatra indicado por seu psicólogo. *Acho que agora me achei*. No meio tempo, entre aquela clínica e esse psiquiatra, ela acabou recorrendo à sua ex-psiquiatra, que lhe deu alguns remédios. Diz que o novo psiquiatra é um homem de uns 40 anos, mas, pensa que vai acompanhar com menos julgamento questões relacionadas a seu contexto de vida. Diz que, nos últimos meses, teve muitas crises, e que esse novo psiquiatra prescreveu um medicamento não psicofármaco para usar nos dias de prova/

concurso, já que ele incide nos sintomas físicos da ansiedade (como a tremedeira, a ânsia de vômito). Ela disse, então, que ele fazia efeito bem rápido: Vômito e enjoo param na hora. Rivotril® leva tempo para agir. Além disso, ela sentia que estava mais tolerante ao Rivotril®, que não estava fazendo efeito. A explicação que ela tirou da consulta é de que, quando fica muito tensa, muito nervosa, aumenta a adrenalina e gera mais tolerância. Ela diz que, antes, não batia, que o Rivotril® demorava mais para fazer efeito, e que, então, trocar para essa outra medicação foi muito bom para ela fazer as provas.

Essas e tantas outras cenas narradas por Bibiana fazem perceber que o Rivotril® é uma substância que se multiplica em cada cena, pois diferentes engajamentos estão operando, especialmente a depender da prática na qual a substância atua (para fazer uma prova, enfrentar a banca de TCC, lidar com conflitos no trabalho), mas também conforme a relação estabelecida com o/a psiquiatra e da relação do Rivotril® – e sua dosagem, momento de ser tomado. Bibiana mostra que o manejo do *ficar bem* é um campo de embates. Nenhum objeto é dado de antemão, e nem sempre eles irão se comportar como da mesma forma que em outros momentos. Isto é, o Rivotril® que “entra em cena” durante a conversa na universidade produz calma, ao passo que durante a conversa em um café, alguns meses após nosso primeiro encontro, há uma Bibiana transformada pelo tempo que transcorreu e pelas experiências de vida, mas também, outro ambiente e momento no qual o Rivotril® é performado de outra forma que não produz a calma necessária naquela situação.

Destarte, o ambiente de performance faz existir não apenas diferentes densidades das narrativas, mas práticas narrativas diferentes e, ainda, possibilitam acesso a diferentes pedaços das montagens do manejo do *ficar bem*. A conexão estabelecida a cada encontro entre elementos, ambiente, pessoas, práticas justifica a importância de as narrativas terem ocorrido em contextos diferentes ao longo desta pesquisa. Seja por essas conexões operarem na memória do/a interlocutor, seja tornando o encontro mais ou menos descontraído, seja por diferentes objetos suscitarem diferentes questões ou ainda por fazerem a conversa tomar caminhos inusitados.

Ainda, no que diz respeito a pesquisa como mais um actante nessas práticas, discorremos sobre a posição da primeira autora como pesquisadora e psicóloga, que contribuiu de diferentes formas nas relações estabelecidas e, logo, como mais uma influência no ajuste do dosador das informações compartilhadas e performadas em campo. Em que pese a apresentação sempre se dar como uma pesquisadora da área da psicologia social, o termo que parecia ter mais concretude, especialmente na Rede US, era a psicologia. Isso me colocava em certa posição em campo: como alguém capacitada a escutar dilemas, opinar sobre questões do desenvolvimento e comportamento humano, a quem interessava os usuários de saúde mental. Tendo em vista que praticamente todos/as os/as interlocutores/as, de ambas as Redes, estavam em acompanhamento ou haviam passado por atendimento psicológico em algum momento, compreendemos que a configuração de espaço de fala, de escuta e confidencialidade lhes era familiar. Assim, o fato de ser psicóloga, mesmo buscando não enfatizar isso, produzia uma relação de confiança.

Na Rede US, a experiência de desenvolver a pesquisa no território em que as/os interlocutoras/es residiam, possibilitou um acesso a pedaços que compõem as práticas

de usos de psicofármacos com densidades diferentes. Dessa forma, participar de alguns momentos de vida com essas pessoas, foi permitindo conversas mais espontâneas. Conjuntamente a confiança para compartilhar e me convidar a acompanhar momentos foi sendo tecida gradualmente através do vínculo, crucial componente do conta-gotas. Especialmente quatro interlocutoras da rede US (que tinham entre 40 e poucos e 70 anos) me convidaram a acessar suas aflições e as formas de lidar com elas através de suas narrativas, dos nossos encontros em suas casas, serviços de saúde e seus itinerários. Percebo que a influência psicóloga nessas relações possibilitou que dividissem comigo episódios de vida de modo a remontar uma história que explicasse as aflições que possuíam naquele momento, e também suas práticas de uso de psicofármacos.

Porém, na Rede da UFRGS, em que pesquisei com diversos/as pós-graduandos/as fui sendo posicionada como uma colega pesquisadora. Logo, o compartilhamento de um pertencimento à universidade tem influência no modo de ajustar o dosador através do qual pedaços de informações, cenas, sensações são comigo compartilhados. Dessa forma, a performance dos objetos nesse contexto foi se fazendo através do uso de termos científicos, da discussão sobre o método de pesquisa, do compartilhamento sobre sentimentos relacionados à vida acadêmica - tanto na emergência das aflições quanto na influência do contexto universitário no manejo do *ficar bem*.

A influência da pesquisadora na performance da pesquisa opera também como componente das práticas de visibilidade na medida em que, como aprendemos com Haraway (1995), a corporalidade e localidade fazem parte da produção de conhecimento. Dessa forma, a calibragem do dosador, através do qual a informação é acessada, é atravessada pela influência da pesquisadora e tudo aquilo que se tornou possível de ser feito e visibilizado nesses específicos encontros em campo.

4.2 Status da Materialidade e Práticas de Visibilidade

“A matéria já é desde sempre uma historicidade em curso”.
(BARAD, 2017, p. 26)

Permeia a discussão travada neste artigo, o status das materialidades. Afinal, do que se trata quando dizemos que estudamos a matéria? Seriam os objetos que se pode tocar, olhar? E uma sensação pode ser matéria? Como algo se torna matéria ou deixa de ser? Seguindo o movimento influenciado pela psicologia social pós-estruturalista e os ECTS compartilhamos algumas pontuações para adensar tal discussão. Especialmente porque nesta pesquisa trabalhamos com objetos que não são visíveis ao olhar (emoções, sensações, pensamentos) ao mesmo tempo em que insistimos em utilizar autores/as com uma perspectiva de análise das materialidades. Isso talvez não seja uma escolha simples, mas parece uma aposta que movimenta alguns cânones teórico-metodológicos.

Ao debruçarmo-nos sobre o campo de estudos acerca dos usos de psicofármacos notamos que, usualmente, o que leva as pessoas aos consultórios médicos e psiquiátricos são os sintomas que se apresentavam fisicamente: insônia, taquicardia, falta de apetite, práticas bulímicas, crises de ansiedade. Muitas vezes, por esses sintomas incapacitarem ou dificultarem as rotinas de cada sujeito, mas também, por se conectarem a queixas

consideradas subjetivas, enunciando um sentimento que, diversas vezes, pode ser invisível para outras pessoas. Assim, o vômito, o suor e a falta de ar misturam as fronteiras daquilo que historicamente fomos incentivados a dividir em corpo e mente. Neste estudo buscamos evidenciar o imbricamento constitutivo das dimensões físico-mental, bem como, material e social. Por isso, atentamos para como as fronteiras (HARAWAY, 1995) dos objetos são estabelecidas e (re)situadas o tempo todo. Exemplificaremos tomando a depressão como objeto.

Durante o percurso de pesquisa acompanhamos a depressão se multiplicando. As diversas versões da depressão se fazem não apenas em diferentes trajetórias, mas mesmo para uma única pessoa, a depender do arranjo de actantes em cada prática. Propomos um breve olhar para a montagem da depressão que explicita uma das interlocutoras.

Maurícia: *Eu fui no posto [US] consultar com a doutora Marina e ela que descobriu que eu tava com depressão. Eu até tinha escondido dela, né, que eu tava assim. Aí ela começou a fazer perguntas. De certo era meio psicóloga, né? Pergunta, pergunta. E aí eu comecei a chorar na hora, né? E aí ela viu que eu tava com depressão. Aí me encaminhou, ela mesmo me encaminhou o psiquiatra lá no [nome do centro de saúde em que ficava o serviço especializado em saúde mental].* (Entrevista A – Rede US)

Maurícia reside na região de cobertura da US, mulher negra de 60 e poucos anos, é solteira e não tem filhos. Ela está pleiteando sua aposentadoria, naquele momento a renda era uma grande preocupação para Maurícia. Ao acompanhar suas práticas narrativas emerge uma depressão que se coproduz no engendramento de diversos actantes: a morte da mãe, a preocupação com os irmãos, a tristeza, um corpo que já não faz as mesmas atividades que em outros momentos, a existência da US no território; a relação de confiança que ela tinha com a médica da US; a possibilidade de encaminhamento para serviços de saúde mental, a própria existência da psiquiatria; a fluoxetina e a amitriptilina; o interesse de Maurícia em ler sobre questões de saúde, e conseqüentemente sua escolaridade (ela cursou até o terceiro ano do Ensino médio, incompleto); o histórico de transtorno mental na família, o que faz ela pensar que *todos aqui da minha família tem que se tratar um pouquinho da depressão*; sobretudo, o SUS como actante, pois a política de universalidade da saúde garante o acesso tanto às consultas quanto aos medicamentos.

O trecho da entrevista supracitado explicita o ambiente de performance em que é promulgada a depressão: o consultório médico. Mas para que a depressão seja feita, foi necessário que todos esses actantes cooperassem. Isto é, foi preciso que no posto de saúde, as lágrimas, as queixas, se articulassem à receita de antidepressivo e ao encaminhamento para um serviço especializado em saúde mental.

Ainda, como aponta Pignarre (1999), os medicamentos modernos são construídos por uma série de processos, e redefinem patologias. Ao seguir a produção do objeto 'medicamento', o autor evidencia como a ciência e o social são inventados simultaneamente, auxiliando a observar a construção simultânea dos objetos. Nesse sentido, podemos justamente pensar o imbricamento entre o antidepressivo e a depressão. Como foi possível constatar durante a pesquisa de campo, a depressão também era performada quando uma pessoa recebia uma prescrição de um antidepressivo, mesmo que ele fosse utilizado para atuar em outro aspecto ou sensação corporal não imediatamente ou isoladamente associada à depressão. O próprio termo antidepressivo era gerativo.

Após recebê-los como uma prescrição, muitas pessoas levantavam a hipótese de que o que lhes acometia era a depressão.

Entretanto, a depressão possui fronteiras porosas, e não se faz de forma estática. O que a pesquisa nos leva a constatar é que físico, moral, interior e exterior são também entidades praticadas e que é exatamente nas práticas que suas fronteiras, definições e mediações podem ser dimensionadas. Logo, de que forma podemos pensar a materialidade da depressão?

Law e Mol (1995) defendem que a matéria não é necessariamente sólida e durável, e que há múltiplas formas de materialidades, devido à coexistência de múltiplas estratégias semióticas. Law e Mol (1995) estão interessados em pensar na reorganização constante das materialidades, da lógica do *patchwork* que costura materiais e sociais. Ainda, segundo Mol (2002) e Abrahamsson *et al.* (2015), a matéria é viva, vibrante, sempre é em relação, nunca definitiva, logo podem coordenar a realidade de modos múltiplos.

Neste momento, valemo-nos de outra autora que contribui justamente na discussão sobre como a matéria se torna matéria e se torna algo que importa. Barad (2017), teórica feminista, desenvolve uma abordagem materialista pós-humanista da performatividade que auxilia a pensarmos o que de fato pode ser a matéria. Desde um posicionamento crítico na ênfase da agência humana e da linguagem, entende a agência como reconfigurações contínuas do mundo. Para a autora:

[...] a materialidade é discursiva (i.e., os fenômenos materiais são inseparáveis dos dispositivos de produção corpórea: a matéria emerge da – e inclui como parte de seu ser a – contínua reconfiguração de fronteiras), do mesmo modo como as práticas discursivas são desde já materiais, i.e., elas são (re) configurações materiais contínuas do mundo. (BARAD, 2017, p. 26)

Ao entender a materialidade como fenômenos materiais-discursivos sua análise auxilia a promover discussões não dicotômicas. Voltando ao exemplo de Maurícia, pode-se endossar a depressão como uma materialidade que se faz nos arranjos entre conversas, lágrimas, um corpo lentificado, um consultório médico, uma receita, alguns comprimidos, entre tantos outros actantes. A presente análise leva à compreensão de que não necessariamente precisamos ver alguma coisa para que seja material. E, mesmo que a matéria não esteja no campo do visível, ela possui uma visibilidade. Nessa pesquisa, a visibilidade foi pulverizada, em imagens, em mensagens do *WhatsApp*, em narrativas, em silêncio, em experiências sensoriais, entre outras. Enfim, os/as autores que sustentam essa discussão, Law e Mol (1995) e Barad (2017), compartilham a perspectiva de pensar sejam os fenômenos ou os objetos enquanto processuais, e assim, compreendem que esse devir matéria é atravessado por histórias, pela conjunção de natureza e cultura.

5 Considerações Finais

Ao observar posograficamente o campo buscou-se registrar algumas doses de informações, de modo a remontá-las no espaço dos textos acadêmicos. A descrição posográfica contribuiu para realocar a discussão sobre a materialidade de modo que não opusesse corpo-mente, material-social, natureza-cultura, e sim os colocasse como

entidades intrinsecamente constitutivas. Assim, as análises aqui travadas nos permitem propor as aflições, o *ficar bem*, a depressão, entre outros objetos que se fizeram nesta pesquisa, também enquanto praticidades.

Tomá-los como praticidades possibilita uma liberdade no entendimento dessas experiências. Já que estamos diante do campo da saúde mental, vale destacar que essa perspectiva leva a um importante deslocamento que redefine também as fronteiras da normalidade. Nesse sentido, a posografia movimenta o conceito de biomedicalização, pois, ao atentar para o detalhe, mostra um universo que existe entre a prescrição e ingestão de um psicofármaco. No cotidiano, há muitas nuances e um infinito de práticas e actantes entre os processos de biomedicalização.

Inicialmente, o propósito da pesquisa que embasa este artigo era seguir antidepressivos e ansiolíticos. Contudo, ao estudar esses objetos deparamo-nos com diversas outras materialidades significantes no manejo do *ficar bem*, tais como a rede de apoio, atividades de lazer, acesso a serviços de saúde, renda, moradia, entre tantas outras. Compreendemos, assim, que o olhar para as materialidades deslocou a análise do medicamento e ampliou a percepção sobre formas de cuidado em saúde mental, reiterando a importância das ações e intervenções para além do uso de medicamentos e para além dos serviços de saúde. A pesquisa evidenciou que o *ficar bem* se faz na articulação entre práticas promovidas em serviços de saúde (tanto serviços especializados quanto na atenção básica em saúde, por exemplo, Unidade de Saúde do SUS) quanto nas práticas que envolvem vizinhas, amigos, familiares, animais de estimação, nas casas, em parques, na relação com dispositivos eletrônicos, através de exercícios físicos, entre outros.

Isto é, a posografia auxiliou a pensar as práticas de cuidado na medida que se debruça sobre a minúcia particular, que não está nos manuais diagnósticos, em diretrizes para atuação em saúde, nem nas teorias. Ao tomar os sujeitos como peritos de suas práticas de manejo das aflições, pode-se observar posologias inusitadas, como associar o Rivotril® à música, a abraçar o gato, a tomar banho. Assim, a proposta posográfica contribuiu para compreendermos que quanto mais detalhes são postos em cena, multiplicam-se versões de diagnósticos, das aflições e são ampliadas possibilidades de apreensão e atuação.

Ainda, no que diz respeito à produção de conhecimento, a estratégia metodológica lançada mão neste estudo aponta para a potência da bricolagem entre perspectivas. Ao conectar uma perspectiva pós-estruturalista de psicologia social e os ECTS aponta-se para modos de aproximação a objetos e de relação com operadores teórico-metodológicos que enfocam a performance das realidades nas quais as pesquisas são feitas.

Referências

ABRAHAMSSON, Sebastian *et al.* Living with omega-3: new material is mandenduring concerns. **Environment and Planning D: Society and Space**, UK, v. 33, p. 4-19, 2015.

BARAD, Karen. Performatividade Pós-humanista: para entender como a matéria chega à matéria. **Revista Vazantes**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 7-34, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/vazantes/article/view/20451>. Acesso em: 30 jan. 2022.

BERGER JR., Harry. **Fictions of the pose**: Rembrandt against the Italian Renaissance. Stanford: Stanford University Press, 2000.

- BERGSON, Henri. **O pensamento e o movente**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- CARVALHO, Sérgio Resende *et al.* Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.251-1.269, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 ago. 2022.
- CHAZAN, Lilian Krakowski; FARO, Livi F.T. “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 57-77, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702016000100057&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 jan. 2021.
- CLARKE, Adele E. *et al.* Biomedicalization: Techno scientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. **American Sociological Review**, [s.l.], v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003. DOI: <https://doi.org/10.2307/1519765>.
- CONRAD, Peter. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.
- DELEUZE, Gilles. A Intuição como Método (as cinco regras do método). *In*: DELEUZE, Gilles. **Bergsonismo**. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 7-26.
- FOUCAULT, Michel. O que é a crítica? [Crítica e Aufklärung]. **Bulletin de la Société Française de Philosophie**, [s.l.], v. 82, n. 2, p. 35-63, avr.-juin. 1990. (Conferência proferida em 27 de maio de 1978). Disponível em: <http://michel-foucault.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/critica.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, São Paulo, v. 18, p.167-194, 2010.
- GUAZZELLI BERNARDES, Anita. Trabalhar conceitos como um exercício de transgressão: acontecimento e acontecimentalizar. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 4, n. 2, p. 143-154, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/51095>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cardernos Pagu**, Campinas, v. 5, p. 741, 1995.
- JASANOFF, Sheila. The idiom of co-production. *In*: JASANOFF, Sheila (ed.). **States of knowledge**: the co-production of science and social order. London: Routledge, 2004. p.1-12.
- KIRBY, Vicki. Natural convers(at)ions: or, what if culture was really nature all along? *In*: ALAIMO, Stacy; HEKMAN Susan (ed.). **Material feminisms**. Indiana: University Press, 2008. p. 214-236.
- LATOUR, Bruno. Da dificuldade de ser um ANT: interlúdio na forma de diálogo. *In*: LATOUR, Bruno. **Reagregando o Social**: uma introdução à Teoria do Ator-Rede. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc, 2012. p. 205-226.
- LAW, John. On Sociology and STS. **The Sociological Review**, [s.l.], v. 56, n. 4, p. 623-649, 2008.
- LAW, John; MOL, Annemarie. Notes on Materiality and Sociality. **The Sociological Review**, [s.l.], v. 43, n. 2, p. 274-294, 1995.
- M’CHAREK, Amade. Race, time and folded objects: the HeLa error. **Theory, Culture & Society**, London, v. 31, n. 6, p. 29-56, 2014.
- MOL, Annemarie. **The body multiple**: ontology in medical practice. Duke: University Press, 2002.

MOL, Annemarie. Política ontológica: algumas idéias e várias perguntas. *In*: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (org.). **Objectos impuros**: experiências em estudos sociais da ciência. Porto: Edições Afrontamento, 2008. p. 63-77.

PIGNARRE, Philippe. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

ROHTE, Simone Ferst. **Avaliação do consumo de medicamentos sujeitos a controle especial no município de São Pedro do Butiá-RS**. 2019. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2019.

SILVA, Rosana Maria Nascimento Castro. **Precariedades oportunas, terapias insulares**: economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica. 2018. 506p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2018.

URIARTE, Urpi Montoya. O que é fazer etnografia para os antropólogos. **Ponto Urbe**, [on-line], v. 11, p. 1-13, 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/300>. Acesso em: 30 ago. 2020.

WILSON, Elizabeth. Organic empathy: feminism, psychopharmaceuticals, and the embodiment of depression. *In*: ALAIMO, Stacy; HEKMAN, Susan (org.). **Material Feminisms**. Indiana: University Press, 2008. p. 373-400.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira *et al.* Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril®) no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2013: estudo ecológico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3.129-3.140, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000803129&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 25 abr. 2020.

Fernanda dos Santos de Macedo

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestra e Doutora em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esteve vinculada à UFRGS no período de doutorado, isto é, de realização do presente estudo. Atualmente é psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II da Prefeitura Municipal de Guaíba, RS.

Endereço profissional: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS Viver) da Prefeitura Municipal de Guaíba, Guaíba, RS. CEP: 92500-000.

E-mail: fernandamacedo.fsm@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org.0000-0001-6618-7689>

Paula Sandrine Machado

Possui graduação em Psicologia, mestrado e doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Associada, Departamento de Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da UFRGS. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS. Coordenadora adjunta do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX/UFRGS).

Endereço profissional: UFRGS, Instituto de Psicologia. Rua Ramiro Barcelos, n. 2.600, sala 300H, Santa Cecília, Porto Alegre, RS. CEP: 90035003.

E-mail: machadops@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org.0000-0002-2375-9461>

Como referenciar este artigo:

MACEDO, Fernanda dos Santos de; MACHADO, Paula Sandrine. Posografia: experimentando uma pesquisa a conta-gotas. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85642, p. 218-236, janeiro de 2023.

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. Nascer 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.

Interview with Sjaak van der Geest

Rafaela Zorzanelli¹

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

Introduction

In 2015, when he delivered a special lecture to mark the 40th anniversary of his career at the University of Amsterdam (VAN DER GEEST, 2015), the Professor Emeritus of Medical Anthropology Sjaak van der Geest, our guest interviewee for the Drug Trajectories project (ZORZANELLI, 2020), stressed how experiences of everydayness marked his fieldwork, contrasting this with the assumed preference anthropology gives to the exotic or the dramatic. Interest in the mundane and everyday means making the things we take for granted, the things that are sources of security, which may be seemingly unquestionable or constitute tacit dimensions of our everyday lives, worthy of investigation. And it is precisely for this reason that everyday life – in its commonplace acts, gestures, and beliefs – deserves the perceptive gaze of the anthropologist, who may discover the unusual, the odd, the bizarre or the incomprehensible enmeshed in the fabric of the quotidian.

The core of his work on the everyday is based on field research conducted in Cameroon and Ghana on topics like sexual relationships and birth control, hygiene and defecation, popular song texts, meanings of growing old, concepts of dirt and perspectives on privacy. But there is one everyday subject he addresses that is of particular interest here, and that is the use and distribution of medicines. And it is important to pay attention to what Prof. van der Geest wants us to understand from this: the use and distribution of medicines is ordinary, part of people's everyday lives, so much so that their meanings and uses can sometimes become invisible, tacit. Throughout the 1980s and in his extensive fieldwork on the topic in the subsequent decades, van der Geest studied the distribution and use of pharmaceuticals in Cameroon, considering this an important mode of de-exoticization, "because the focus was on 'our own' pharmaceuticals and not on herbal medicines, amulets, or spiritual healing. I was particularly interested in the hidden use and the informal – often illegal – sale of these medicines in small shops and at the market" (VAN DER GEEST, 2015, p. 84-85). This then led to the first steps in his fundamental contributions to the anthropology of medicines. In 1988, van der Geest and

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/>

Susan Reynolds Whyte (also an interviewee for the Drug Trajectories project) published *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology* (VAN DER GEEST; WHYTE, 1988), and then went on to join forces with Anita Hardon to publish another important book, *Social Lives of Medicines* (WHYTE; VAN DER GEEST; HARDON, 2002), which brings together a number of studies and concepts to form a field in which therapeutic substances are understood as having materiality, which itself is understood as having a role in social life. For the anthropology of pharmaceuticals, the social uses of substances are of more interest than their chemical properties.

This interview, conducted in March 2019 in Amsterdam, gives us a chance to hear the author reflecting on his early years developing a new field of study. As the interviewer, I feel compelled to express what a great opportunity this was to ask him directly the many questions I had scribbled in the margins of his and his colleagues' work. I hope other researchers find it just as fascinating to accompany this journey into the living history of the anthropology of pharmaceuticals.

Finally, I wish to thank my dear colleague Soraya Fleischer (Professor at the Department of Anthropology, University of Brasília) for having put me in contact with Prof. Sjaak van der Geest.

RZ: Would you like to compare or to think about the similarities and the differences concerning the issues that first inspired your work on the field of the anthropology of pharmaceuticals in the 1980s with the current issues in the making?

SG: A lot has changed since then. When I started I was interested in pharmaceuticals, our own biomedical substances. There was then hardly any interest in or attention for pharmaceuticals in anthropology, and that had to do with what I call exoticism. At that time, you know, the 1960s, 1970s, even the 1980s, anthropology was still very much associated with faraway countries, far away from our European perspective. So if you are an anthropologist, you go somewhere else and when you are in a faraway place you would not have an interest in things that come from your own country, let's say, schools, hospitals, modern forms of governments, churches. You would be interested in "traditional" religion ("traditional" between inverted commas), traditional medicines, etc, etc. So, that is a huge difference with today. If I look at my younger colleagues in Medical Anthropology, for example, here in Amsterdam, a lot of them, I think the majority, are working in their own culture, doing research among scientists and modern developments in biomedicine, so that's a huge difference.

I'm not saying, of course, that early anthropologists were not interested in medicines, in a more general sense. They would even have called them medicines, but they looked at those substances from a religious point of view, as magical materials. The famous book by Evans-Pritchard (1976), *Witchcraft, Oracles, and Magic Among the Azande*, is a beautiful example. The word "medical anthropology" does not appear in that book. It's about religion, it's about fortune-telling, and

oracles, etc. Even though Evans-Pritchard brought with him medicines and was using medicines for himself and for his close friends and assistants, he never thought of looking at these Western medicines as a possible topic for research. It was all religion. Rivers, one of the first *avant la lettre* medical anthropologists, was writing about religion; he did not look at medicines from the point of view of health and curing. It was about fortune and misfortune. He looked at them from the point of view of the people and interpreted them first of all as religious things. These are two big differences between when I started to look at pharmaceuticals in the 1970s and the beginning of the 1980s and now. I don't know if I should add this... but the reason that I became interested in this topic is interesting. It's very specific. I remember exactly when I suddenly thought: "Yes, this is something we should look at". It was during my own PhD. research. Most of my research was in Ghana. During that research, I was looking at sexual relationships and birth control methods as we called them at that time. Both young people in the town where I did my research and students at the university were talking about a certain medicine, a contraceptive which they used and found quite effective. The contraceptive could also be used to cause an abortion. If it failed to prevent pregnancy, it could still be taken in a higher dose to terminate the pregnancy. The medicine was called Alophen. I had never heard of it, so I went to see a doctor in a hospital nearby and asked him, "What is Alophen?" He said, "No idea." "It's a medicine," I said, "it's part of your business." "I never heard of it," he repeated. I asked another doctor; the same answer. I went to a drugstore and bought Alophen. I discovered it was a laxative produced in Birmingham [city in the UK]. That was the moment when I got a strike, a sudden blow. How is it possible, I thought, that first of all, a laxative is everywhere among young people considered to be a contraceptive and abortifacient, and secondly, how is it possible that a medical doctor is not aware of a medicine that is used widely around him? That was actually a question. I didn't know what my future would be but I thought "if I ever get a chance to stay in anthropology and do more research, I'll focus on pharmaceuticals". Apart from the contraceptive experience, I noticed that medicines like antibiotics, pain killers, antimalaria tablets, anti-worm medicines for children and a few others were the first things people were looking for if they had a medical problem, not the traditional doctor or the herbalist. Anthropologists kept saying, quoting from quotes from other quotes, that for 75% of the people, the first step when they had a medical problem was going to a traditional doctor. But that was no longer true! They would go to a drug store. I realised this was a new development and we needed to know more about it. It's a huge health issue. That's how it started. So apart from the contraceptives, if we want to understand normal daily life and health concerns and health behaviours, we should look at medicines, pharmaceuticals. That's my history of many years ago. Very different from today, 30, 40 years later.

RZ: I would like to go back to your lecture in July 2015, at the occasion of your retirement from the University of Amsterdam. You said that “Everydayness has had my interest throughout my academic life” (VAN DER GEEST, 2015, p. 79). Could you talk a little bit about the anthropology of pharmaceuticals in the context of anthropology of everyday life?

SG: I already mentioned it somehow in the end of the previous question. Let me go back to a famous book by John Janzen (1978), *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. He did research in Zaire, Congo now; it was published in 1978. I read the book and reviewed it also. Janzen makes an important observation. He says we anthropologists have always been interested in dramatic illness stories when we first try this, then something else, and again something else. There are family conflicts and there is a lot of drama and noise around them. But that is not normal life. In normal life, people just feel unwell, feel pain, a headache, and they do nothing or take a medicine. Medicines are part of daily life. But it is a difficult topic to do research about, because if you ask people “when did you take your last medicine?” they forget. Three days ago they took an aspirin but they have forgotten. But they remember a dramatic illness of ten years ago. They start talking about the big events but not about the little everyday things. Some medical anthropologists have said that maybe 90% of medical health actions are very minor actions and only 10% are the dramatic type, that should go to a hospital. In Congo, also in Ghana and Cameroon, where I did my research, you sometimes have to travel 30 or more kilometres to find a doctor. But in their home they have medicines which they bought at the market in their own community, like antibiotics, painkillers and the ones I mentioned before. In Cameroon, I noticed that in little medicine boxes in the house were also injection vials and needles to self-medicate their own family. What I mean to say is that taking pills or ointments is a part of everyday life and even the place where you keep your medicine becomes part of your house. It’s a piece of furniture. Like a table in the kitchen, you have a little cabinet for medicines. So I think it’s a splendid example of everyday practices involving medicines. In the morning, you brush your teeth and you make up your face, perhaps, you apply some ointments, etc.; they are all little medical actions in everyday life. They fit very well together.

RZ: Still in this same conference, you said: “In 1980, I studied the distribution and use of pharmaceuticals in Cameroon. It was an important step towards de-exoticization because the focus was on ‘our own’ pharmaceuticals and not on herbal medicines, amulets or spiritual healing” (VAN DER GEEST, 2015, p. 84). This de-exoticization of investigating our own pharmaceuticals had perhaps its heyday with the anthropological studies of performance drugs, tranquilizers, opioids and other prescription drugs. Does investigating the chronic use of western medicines in western scenarios (capitalism, urban

areas, liberal values) not put us back to the anthropology of magic? Are we – with our stimulants, tranquilizers and pain killers – so far away from rituals and amulets?

SG: That is an excellent observation. I wouldn't say they take us back to magic; it rather shows that magic has never been away. It's not for me *either* magic *or* chemical reactions. The two go together. We are not substances that automatically react to another substance; no, we are human beings. We can reflect on what we are doing and this has a tremendous impact on what medicine does to us. Think of the placebo effect. The whole literature and the discussions about the placebo effect show that if the context is reassuring, and you trust and you're optimistic and you believe in it, the effect is likely to be much better than if you don't believe and you're suspicious and afraid or pessimistic. Magic, as Evans-Pritchard and other anthropologists have written, is a psychological part of the medical experience. I wrote an article for a conference in Tarragona, Spain with the title "Sacraments in the hospital: Exploring the magic and religion of recovery" (van der Geest, 2005). I wrote that taking medicines, but also other actions, such as the behaviour of doctors, nurses, etc., can give you hope or the opposite, make you desperate. This has a tremendous effect on the process of recovery or getting sicker. I used the word "sacrament" because in the Catholic religion, that's what sacraments are supposed to do: give hope. Yes, it is a metaphor but it's close to reality. I think people experience the medicines and treatments as blessings. They improve your condition because you believe in them.

The difference between biomedicine, biomedical actions in the context of hospitals in our own society, and the so-called magical effects of witch-doctors or prayer healers is not so big as we tend to believe. The ritual and the magic of a lot of medical practices, their paraphernalia – brushing your hands, the white clothes, the stethoscope around the doctor's neck – it all works as traditional medicine that makes you trust what is going to happen to you. I don't see it as going back; it confirms that it has always been there. But when we say this, biomedical doctors may feel offended. They think you take something away from their expertise and their professionalism. But my point is: no, we don't take anything from them, but we add something. Doctors who reflect on what they're doing acknowledge this. I have been attending consultations of a doctor with his patients. I was allowed to sit in. Every conversation was supposed to take only 7.5 minutes, because that was how the doctor organised his day: every 15 minutes, two patients. I was most impressed by the psychological and social skills of the doctor to make a patient happy and yet get rid of him in 7.5 minutes. It was more a psychological skill than a medical skill. All this is "magic". Does that answer your question?

RZ: Yes. I was thinking of the research I'm conducting in Brazil. A lot of the subjects say something really similar. They say: "well, even if I'm not using the tranquilizer" – whose name is Rivotril®, the brand in Brazil, sold by Roche – "I want to have it in my bag, then I feel safe".

So, “I’m not using it, but this feeling of safeness that the medicine gives me, this is the most important thing”.

SG: It’s a good example. In our book *Social Lives of Medicines* (2002), one chapter is about doctors’ prescribing habits, I wrote that chapter. I said that just having the prescription with you or the medicine is a metonymic representation of the doctor. You have the doctor in your pocket, as it were. He is with you; you are safe because he gave it to you. “He is a good man, he is a professional, he is a clever man, he gave me that medicine, so it’s with me, I’m ok.” That’s exactly what you’re saying now too. The symbolic dimension of medicine taking should not be underestimated.

RZ: I think it was in the first paper you wrote [on this topic], in 1982, “The illegal distribution of western medicines in developing countries: Pharmacists, drug pedlars, injection doctors, and others. A bibliographic exploration.”) that you wrote: “The fact that people rely on illegal medicines in the absence of qualified doctors does not need to occupy us here; it is the use of illegal medicines in the presence of qualified doctors which looks puzzling” (VAN DER GEEST, 1982, p. 211). Your first text anticipates a current issue in the field: the overconsumption of over-the-counter and prescription drugs, even in high-income countries with reliable health systems. How can we think about this phenomenon in a multilevel perspective?

SG: Maybe we should first briefly look at what we mean by a multilevel perspective. We use different terms. Our syncretic way of addressing this topic of pharmaceuticals is that at different levels of medicine use and production, different people are involved with different interests and different ideas. The top level is perhaps the pharmaceutical laboratory, the factories that produce the medicines. From there it enters the circuit of doctors, hospitals and pharmacies. It goes down from the top level to the next level with people who distribute them. There are sellers, going for money; the medicines become commodities. Then there are families and patients, and again the medicines become something else: life-saving or pain-killing substances, very important to them, etc. The word “social life” is almost the same, or the idea of a biography of medicines. We tend to look at medicines as having a life cycle. The medicine is born in the factory, then it starts its journey, and at the end it dies when I take it with me. That is the completion of its life, the fulfilment of its original purpose in life. The whole process ends with using them, taking them for some reason.

In 1982, I became interested in pharmaceuticals, and I think I started writing about them even before my fieldwork on medicines in Cameron. I had been searching for literature on pharmaceuticals. It was very scant but I thought it would be useful, at least when I started drawing conclusions to see what we already knew. And one thing that struck me – and that I also found out in my

own research in Ghana before – was that people have enormous confidence in pharmaceuticals, *our* medicines. They think, “if I have the medicines, I am ok”. The doctors are less important, certainly, if you are not too sick. If it’s very acute and serious, you may have to go to a doctor. But for a lot of health complaints, we know what to do. If I only have the medicines, it’s ok, I can manage. Why should I travel 30, 40 kilometres to see a doctor to get a medicine if I can buy it on the market in my own community? So although pharmaceuticals are there, or perhaps in the official pharmacy, why should I go to a pharmacy where I have to buy a whole strip of medicines, which I cannot pay? If I go to the market, I can buy just three tablets. That’s what I need now and what I can pay. Doctors and nurses who prescribe or provide medicines are therefore skipped and people go straight to the medicines. Moreover, when you travel perhaps 20, 30 kilometres to see the doctor or nurse, he may not be there. A very common thing. Or you have to wait for two or three hours before he has time to see you and then you have to find transport back home. The whole day is wasted. “I could have bought the same medicine at home, around the corner.”

The same goes for official licensed pharmacies that exist usually only in big towns. “When I get sick in the night, I can’t go to the pharmacy, even if I live in town, because the pharmacy closes at 6 o’clock. But at a little chemical store or at the market I may still manage to get medicines from the woman who sells them. I can just knock on the door and ask, ‘please, give me the medicine’.” The informal, often “illicit”, sale of medicines is in such cases closer to their style of living and more efficient. These are a few examples why even when there is a somehow functioning medical system, people may still prefer to find their own way to get the medicines they need. And don’t underestimate lay people’s pharmaceutical knowledge! Since they have to look after themselves, they have learned the use and the effects of the most common medicines very well. I can give you examples later on. These people are not using medicines wrongly. They know what medicines there are, and how they work, even if they may be wrong according to biomedical rules. I realised at the time [when conducting research in Ghana] that my old mother, who was taking several medicines, had no idea what she took. She knew them as white pills and blue ones and yellow ones, and that she had to take them at such and such time of the day. She just followed the instructions of the doctor. The doctor knows, she doesn’t know. But in Cameroon, where doctors are not close to their patients and have no time to explain things, people have learned how to help themselves. These are a few examples that emerged from the – very scanty – literature, and also from my own research.

RZ: I think the next question has something to do with the last one. Concerning the issue of self-medication: When people are struggling to access basic health needs, as can be the case in low-income countries, people tend to take up whatever medical biotechnology has to offer – diagnoses, drugs, medical procedures – and pay little attention to the

associated risks. They assume that whatever is biomedical is good *per se*. How can we think about self-medication and agency in the context of low- and middle-income countries?

SG: I think I must disagree with you saying that they will take any medicine because it is a western product and therefore good. I just emphasised that people do have quite some knowledge on the medicines that they need in their daily life. I'll give you one example from my research in Cameroon. I was most of all interested in self-medication and the informal sector of medicine distribution. But let me first say this: when I asked for permission to do research in Cameroon, I realised they might not allow me since I was focussing on informal and illicit practices. I therefore wrote in my proposal that I wanted to study the use of medicines. I referred to hospitals, medical doctors, official pharmacists and finally, almost in small letters, to the popular sector, to self-use, "illegal" medicines, antibiotics on the market next to bananas and sardines.

When I had settled in Cameroon, in a small provincial town of about twenty thousand people, I spent many hours at the bus station, where people were waiting for public transport. There were three little kiosks or tables where medicines were sold. I was hanging around and talked with the sellers. Some of them were young boys who had more knowledge about medicines than I had expected. I also spoke to customers. I remember one case. On the table were antibiotic capsules with an expiration date on them. The date had expired. A man was looking at them and bought the expired capsules. I asked him, "Did you see that they have expired?" He replied, "Yes, of course I saw that." "But you still use them?" "Yes, I use them because even if they are expired, if you open them and you sprinkle the powder on an open wound, it helps, it works." I went to see a doctor at the local hospital and asked for his opinion. The doctor replied that it was a very clever way of using the antibiotic. So, here we have a striking example of lay people's practical knowledge of medicines, how in difficult contexts, where they are expired, they can still use them in a useful way. I must therefore disagree with you to so some extent that they are naive and use anything they want. Of course, misuse also takes place, over there and here in my own society. Sometimes they use it wrongly, but in their rationality, it is right. There is a famous article about epileptic patients using medicines, not in Cameroon but in the US. Some patients use them in a way which is quite different from what the doctor told them, but they are not ignorant; they do it for a reason. The doctor never took those medicines, but *they* have taken them because they have the problem. They found a way which was more convenient and worked better for them. An intelligent doctor realises when he writes a prescription that patients are not machines; they are human beings living in a social context and they have to handle and manoeuvre in the most optimal way, which sometimes means that they disagree with the doctor. I think that we should have more respect and more attention for so-called non-compliance or the wrong use of medicines, and not only here in our own society, but also in other countries, such as Ghana and Cameroon.

RZ: In this sense, concepts like misuse or rational use are more useful for biomedical research than for anthropological work.

SG: The irony is that perfect medicines, when they are used for a wrong purpose, can become bad medicines. A few minutes ago, I talked about the end of life of a medicine. The different stages of its life may be successful, but in the end it is used for the wrong purpose, and as a consequence its entire life changes into failure. Wrong according to the doctor, but not to the patient. For example, using an overdose of sleeping pills. They are meant to help you sleep, but you take an overdose because you want to finish your life. You are tired or whatever, you don't want to live on your own. In Ghana, too. Self-help abortion is another example. An overdose of malaria tablets, for example. In this country, the Netherlands, you can't get those without a prescription. In Ghana, you can buy them on the market, like the antibiotics. When I go to Ghana, I never buy my malaria tablets here because it's too much fuss. You have to visit a doctor, etc. As soon as I arrive in Ghana, I go to town and I just buy the pills at any store. I know what I am doing. I don't need a doctor, I don't need a prescription. These are a few examples of using medicines in a rational way, but according to the doctor or the provider or the pharmacist, it may be the wrong way.

RZ: Concerning the idea of efficacy: if one thinks that pharmaceutical efficacy embraces the set and setting that are part of drug consumption, how can we avoid the stigma of being radical constructivists or naive idealists? Also, how can we avoid the dichotomization between the chemical properties of pharmaceuticals and their sociocultural embeddedness?

SG: First of all, I think the word stigma is too strong. It's not a stigma, but they may criticise you for being careless or ignorant. A while ago, we talked about magical versus biomedical efficacy. It's almost the same thing. By emphasising the context-related ideas and practices in the use of medicines, we don't deny their chemical and biomedical attributes; we only emphasize that the work of medicines cannot be fully understood if we isolate them from the context. In anthropology we say that everything depends on its context. Historians and anthropologists are probably the only disciplines that emphasise context as determining the meaning of things, words and practices. Limiting our focus to the scientific product from the laboratory without considering its context is insufficient and naive.

I remember a famous quote, "we are never out of context, even when we say 'this is out of context'". Now, I contradict myself perhaps, but there is still the context of not having a context. In the case of pharmaceuticals, it would be more correct to say that we are missing the most relevant context. Being in an empty room is also being in a context: an empty room. By emphasising the context, we are not "constructing" medicines; we are enlarging and nuancing their meaning; we observe them in the context where they are being used.

In that sense, pharmaceutical anthropology, if I may use that term, is not different from any other type of anthropology. Seeing things in their context is what we do in participant observation. I want to be there. I want to see with my own eyes what's happening. I don't want to send my students with questionnaires to the field while I remain sitting in my office waiting for the results and drawing conclusions. I wasn't there. I haven't seen the context. I haven't seen the context of the interview, leave alone the context of the medicine that they were talking about in that interview. It's only in the context, if you are there, in participant observation, that you can say with a reasonable amount of certainty that you have understood what the other one has in mind. It's not perfect but it's the best possible that we can do.

RZ: In one of your most recent publications, you said: “The multilevel perspective demonstrates how the ‘same thing’ becomes a ‘different thing’ when it moves to another level” (VAN DER GEEST, 2018, p. 3). This multilevel perspective on pharmaceuticals – “biography of pharmaceuticals” or “social lives” – has always been present in your work. Would the fluid trajectory of entheogenic substances being used for treating mental disorders and of psychotropics being used for recreational and performance goals be a good example of the way the “same thing” becomes a “different thing”? Could you talk a bit more about it?

SG: First of all, I must confess that in all my interest and study of pharmaceuticals I've almost completely ignored or overlooked the recreational part of drugs, as we know them. Amsterdam is a very active place in this field. I was very close to it geographically, I could see it happening from my window at the university. It doesn't mean that I can say anything about it. It is not different from the other examples that I've already given: medicines taken from one context, used in another context for a different purpose. We talked about sleeping pills used for ending life, about antimalaria pills for abortion, etc. It's the same thing. The medicine was produced for one purpose, but people discovered it also worked very well for another purpose. The recreational use of morphine is an example. It's the same story. And no one can control its use after the medicine has been sold or stolen. Once it has arrived at the market of commodities, the buyer can do whatever he likes. He can also use it to kill his partner or do stupid things. Some years ago, one of my students, a wonderful person, died from GHB [gamma hydroxybutyrate]. She had no experience with the drug, but a friend gave it to her and she died. These are tragic examples in the biography of medicines.

When I say, they become another thing, this is not of course in the literal sense. It is the same thing and yet it changes into something with a different meaning and effect. Life-giving substances can become life-ending ones. The knife that you use to cut your bread can become the weapon that kills. That's why I think it's an important topic for research. Policymakers have a hell of a job to take the

right decisions in this field of use and misuse. You cannot forbid the selling of certain medicines, but you can try to organise it in such a way that it becomes difficult to get them. But today we have a new problem, because we can buy everything on the internet. So all the laws and rules we have in this country about getting or not getting medicines without a prescription is completely overruled by the internet. A few days ago, oxycodone was on television, a strong opioid painkiller that is frequently prescribed by doctors. But oxycodone is now the most popular recreational opioid in the United States. It is estimated that about 11 million people in the US use oxycodone in a non-medical way. Doctors, lawmakers or police can't control this development.

RZ: Could you share with us some of your thoughts about how useful polarisations such as licit/illicit, ritual/non-ritual, natural/artificial, treatment/enhancement are in the context of the ongoing themes that the field of anthropology of pharmaceuticals is facing nowadays?

SG: Legal/illegal, all these dichotomies, these opposite pairs are of course a simplification of reality. These contrasts may be useful for methodological or heuristic reasons, but we know that it is a fluid field. Let's take the example of ritual and non-ritual. If I start my day every morning with a vitamin pill and end every day with a sleeping tablet, these activities become rituals. Or if during lunch I always take a particular drug that the doctor has prescribed, this also becomes a kind of ritual to me. I am using a wide definition of ritual, not "ritual" in the specific meaning that theologians and students of religion attach to it. Ritual and non-ritual merge within the same act. The same goes for legal/illegal. There are doctors who overprescribe medicines because they want to be popular or they want to make the patient happy or to make more money. The doctor has the legal right to do so but I think it's illegal. He is trespassing the law because he should be a good doctor and not overprescribe. He is far too generous in the prescription of antibiotics. In this country, doctors are comparatively reluctant to prescribe antibiotics because of the problem of resistance. In other, even neighbouring countries, antibiotics are prescribed on a much larger scale. The contrasts that you've mentioned in your question are somewhat problematic because reality is far more nuanced. There is a lot of illegality in legal practices and vice-versa. There is much non-ritual in the ritual. What were the other contrasts you mentioned?

RZ: Natural/artificial, for example, treatment/enhancement.

SG: Okay, it may be useful to make such contrasting distinctions for the sake of analysis, but in the end you have to cancel their opposition. I use such distinctions to organise my research like an agenda for my work. But after I finish studying a particular issue from a contrasting perspective, I have to bring the two sides together again. Or, let me say it differently: looking from the perspective of difference is the most effective way of seeing the absence of difference. By studying illegal and legal medicines in their natural day-

to-day context you may end up with the conclusion that legal and illegal are intertwined. When I was doing research in Cameroon, I also did research in the hospital, a legal place *par excellence* one would think. But a lot of practices are not legally correct. Doctors, nurses and their relatives are allowed to take home medicines which are meant to be used for patients in the hospital. When a nurse goes home for holidays, she can't arrive in the village without medicines. She would be regarded a bad daughter. Parents expect their daughter who is a nurse to bring medicines along. Different moral worlds are clashing. The situation on the ground is far more complex than the neat distinction of legal/illegal, ritual/non-ritual, etc.

RZ: This was our last official question, but is there anything else you would like to add?

SG: Something that we didn't talk about? We talked about quite a lot of anthropological aspects of pharmaceuticals. It's good that we mentioned the internet because it's a recent development that is getting more attention now. Anthropologists, also in our department, are writing about the digital world in connection with privacy and marketing.

RZ: How can you get there? Is it like a black market on the internet? It seems a bit tough to find informants.

SG: No, I didn't have this experience. The internet is easy because it's anonymous, so there's no risk for you. When I was doing my research in Cameroon, about 10-11 months, I felt very much at ease in the so-called illegal market because people didn't see it as illegal. The policeman was buying his "illegal medicines" in the market. That's everyday life. Officially it is illegal but if the law would be really applied and police would chase all the women and men selling medicines at the market away or arrest them, it would be a disaster because people need the medicines. So it is a normal thing. We call it illegal from one perspective but for them it is a normal thing. Only once I got stopped by the police. They picked me up and they took me to the police station, but not because I was doing research in that sort of illegal market, but they thought: "what is this guy doing in town?" They found my presence suspicious. Was I a CIA man?. I was interrogated and they let me free again after I had presented my research permit. I agree that certain fields are difficult and risky. You know what difficult is? To get entry to a pharmaceutical factory laboratory. They are not happy with an anthropologist coming in. The few anthropologists or sociologists studying their laboratories did not write very favourable reports. But the informal/illegal market in Cameroon was not a problem. I felt very much at ease.

RZ: Great. It was really a pleasure. Thank you a lot.

SG: Thank you for your attention and for being inspired by my work. Anthropologists write and write but it seems no one is reading what they write except for some colleagues. It makes my day happy to meet someone who is taking inspiration from our work. Thank you.

References

- 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 GEEST, Sjaak. Pharmaceuticals. **The International Encyclopedia of Anthropology**, Wiley Online Library, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbieal757>.
- VAN DER GEEST, 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 GEEST, 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 GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds (ed.). **The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology**. Dordrecht: Kluwer, 1988.
- WHYTE, Susan R.; VAN DER GEEST, 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 Zorzanelli

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: rtzorzanelli@gmail.com

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

Como referenciar este artigo:

ZORZANELLI, Rafaela. Interview with Sjaak van der Geest. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e86585, p. 250-262, janeiro de 2023.

Drogas Fluidas: revisitando a antropologia dos fármacos

Anita Hardon¹

Emilia Sanabria²

Tradutora: Isabel Santana de Rose³

¹University of Amsterdam, Amsterdam Institute for Social Science Research, Amsterdam, Holanda

²Université de Paris Cité, CNRS, CERMES3, Paris, França

³CNRS, CERMES3, Paris, França

Resumo

Esta revisão aborda um conjunto crescente de trabalhos situados na intersecção entre a antropologia e os estudos sociais da ciência e tecnologia (CTS) que examinam como as drogas são tornadas eficazes nos laboratórios, em contextos terapêuticos e na vida cotidiana. Essa literatura ressalta como os interesses comerciais e as preocupações sociais modelam os tipos de efeitos farmacêuticos que são colocados em prática, e como certas eficácias são bloqueadas devido a questões morais. Os trabalhos reunidos aqui revelam como as instituições reguladoras e os atores envolvidos nas políticas públicas de saúde tentam estabilizar as ações farmacêuticas. Ao mesmo tempo, nas linhas de frente do cuidado, farmacêuticos, trabalhadores da saúde e usuários procuram ajustar as dosagens e as indicações, buscando adaptar as ações farmacêuticas a circunstâncias específicas. Nós mostramos que não existe um objeto (farmacêutico) puro que precede sua socialização. Os fármacos não são “descobertos”; eles são constituídos e reproduzidos em relação a contextos mutáveis. Esta revisão delinea cinco áreas-chave nas pesquisas etnográficas e nos estudos CTS que examinam tais drogas fluidas.

Palavras-chave: Fármacos. Eficácia. Regulamentação. Experimentos. Materialidade. Corpos.

Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals

Abstract

This review discusses a growing body of scholarship at the intersection of anthropology and science and technology studies (STS) that examines how drugs are rendered efficacious in laboratories, therapeutic settings, and everyday lives. This literature foregrounds insights into how commercial interests and societal concerns shape the kinds of pharmaceutical effects that are actualized and how some efficacies are blocked in response to moral concerns. The work brought together here reveals how regulatory institutions and health policy makers seek to stabilize pharmaceutical actions while, on the front lines of care, pharmacists, health workers, and users tinker with dosages and indications to tailor pharmaceutical actions to specific circumstances. We show that there is no pure (pharmaceutical) object that precedes its socialization. Pharmaceuticals are not ‘discovered’; they are made and remade in relation to shifting contexts. This review outlines five key areas of ethnographic and STS research that examines such fluid drugs.

Keywords: Pharmaceuticals. Efficacy. Regulation. Experiment. Materiality. Bodies.

Recebido em: 11/09/2022

Aceito em: 28/11/2022



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/>

1 Introdução

Esta revisão discute um conjunto crescente de estudos situados na intersecção entre a antropologia e os estudos sociais da ciência e tecnologia (CTS) que examinam como as drogas são tornadas eficazes em laboratórios, contextos terapêuticos, nas farmácias e na vida cotidiana, levando em conta os cenários de regulamentação no Norte e no Sul Global. O texto dá continuidade ao artigo “Antropologia dos fármacos: uma abordagem bibliográfica”¹ (VAN DER GEEST *et al.* 1996) publicado no *Annual Review of Anthropology*. Inspirado por Kopytoff (1986), este trabalho enfocou a vida social dos fármacos – veja também Whyte *et al.* (2002)². A partir da segunda metade dos anos 1990, tanto a antropologia quanto os estudos CTS passaram a olhar para os fármacos. Neste artigo, refletimos a respeito das vantagens de desmembrar o objeto farmacêutico e examinar a eficácia como um evento processual, relacional e situado, bem como farmacológico.

A antropologia enquanto disciplina tem sido marcada por uma tendência de entender as relações de outros povos com o mundo material por meio da distinção ocidental entre coisa e representação (HENARE *et al.*, 2007; KOHN, 2013, LATOUR, 1993). As análises pioneiras sobre os fármacos na antropologia da saúde ficaram parcialmente reféns dessa dicotomia ao diferenciar suas propriedades químicas das suas interpretações socioculturais. Buscando ressaltar os aspectos extrafarmacológicos envolvidos na eficácia das drogas, os/as antropólogos/as mostraram como os rituais, os símbolos e as respostas culturalmente estruturadas modelam as formas pelas quais as pessoas usam, experienciam e promovem cura por meio das substâncias farmacêuticas (ETKIN, 1992; GRANADO *et al.*, 2011; HELMAN, 1978; NICHTER; VUCKOVIC, 1994; PRINCE; GEISLER, 2001; VAN DER GEEST; WHYTE, 1989). Nossa revisão de trabalhos recentes, tanto teóricos quanto empíricos, sugere que não existe um objeto (farmacêutico) puro que precede sua socialização e interpretação. Nós argumentamos que as moléculas não são “descobertas”, mas constituídas e reproduzidas; elas são fluídas e evoluem continuamente em relação aos seus contextos. Nossa análise é inspirada por Barry (2005) que argumenta que a química é uma ciência de associações na qual as moléculas são “informadas”. Nos laboratórios, os pesquisadores extraem, isolam, purificam e modificam este material farmacêutico informado. Este material passa a agir então não mais nos contextos controlados dos laboratórios mas “[...] nos labirintos vivos, cuja topologia varia ao longo do tempo e

¹ NT. Título original: “The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach” (VAN DER GEEST *et al.*, 1996).

² Esta revisão exclui os estudos antropológicos sobre dependência, porque, na época da publicação original do texto, estes tinham sido abordados recentemente em um trabalho publicado na revista *Annual Reviews of Anthropology* (GARRIOTT; RAIKHEL, 2015).

onde as causalidades parciais e circunstanciais estão tão entrelaçadas que escapam de qualquer inteligibilidade *a priori*" (BENSAUDE-VINCENT; STENGERS, 1996, p. 263).

Nós discutimos cinco áreas-chaves nas pesquisas etnográficas e nos estudos CTS sobre fármacos que exploram e examinam meticulosamente esses "labirintos vivos". A primeira enfoca como os fármacos são transformados em "material informado" (BARRY, 2005, p. 52), direcionando o olhar especificamente para as práticas e técnicas de conhecimento empregadas para medir a ação farmacêutica nos experimentos clínicos. A segunda desvenda como os nexos entre Estado e mercado e os distintos contextos de regulamentação modelam a ação farmacêutica. O terceiro eixo examina a informação dos materiais farmacêuticos em um momento posterior ao seu processo de produção, por meio do marketing e da reinscrição (AKRICH, 1992; 1995; HARDON, 2006; WALSH; GOODMAN, 2002). O quarto grupo de textos investiga como as práticas de cuidado (como as interações entre médicos e pacientes ou aquelas que acontecem nos balcões das farmácias) colocam ou não em prática ações farmacêuticas que podem se alinhar com ou perturbar as eficácias desenhadas nos testes clínicos. O conjunto final de textos dissolve as fronteiras entre fármacos, corpos e seus ambientes. A literatura apresentada aqui examina o que se encontra sob a superfície do objeto farmacêutico, desvendando esse objeto e atentando para a natureza evanescente dos fármacos (SANABRIA, 2009) como objetos destinados a serem digeridos, absorvidos e excretados.

Nossa análise dialoga com a abordagem crítica de Ingold (2011; 2012) a respeito dos estudos da cultura material. Desse modo, nós pensamos os fármacos como nunca acabados e como "sempre estando no caminho para se tornarem alguma outra coisa" (INGOLD, 2011, p. 3). Ingold (2012, p. 433) propõe um deslocamento do estudo dos objetos para o enfoque nos materiais, o que requer que nós sigamos o "fluxo da matéria". A matéria está sempre em movimento, sendo moldada e transformada por processos e práticas humanas e não humanas. Nós adotamos esta abordagem para passarmos de um enfoque centrado nos objetos, que dominou a antropologia das drogas nos anos 1990 e 2000, para uma abordagem centrada nos processos que examina as articulações, desarticulações e rearticulações da matéria-*pharma*.

2 Fazendo os Fármacos Funcionar nos Experimentos Clínicos

Antes da emergência dos ensaios controlados randomizados (RCTs), os experimentos terapêuticos com fármacos eram conduzidos por químicos e médicos, às vezes em seus próprios corpos. Buscando superar as limitações dos relatos de caso e dos experimentos isolados, os clínicos reuniram seus *insights* em investigações colaborativas que levaram à consolidação do RCT como modelo padrão para demonstrar segurança e eficácia (GAUDILLIÈRE, 2007; 2008; MARKS, 2000). Devido às consequências do desastre da talidomida dos anos 1960, as agências reguladoras passaram a exigir provas de segurança e eficácia antes de autorizar que os fármacos entrassem no mercado. Estas agências partiram da premissa de que seria possível garantir a segurança ao incluir na análise uma população grande o suficiente gerar estatísticas e para possibilitar uma comparação entre os grupos placebo e ativo envolvidos no ensaio. Entretanto, os/as antropólogos/as têm

criticado estes ensaios por tomarem como ponto de partida um corpo biológico universal, ignorando as condições sociais e infraestruturais que influenciam as maneiras como as tecnologias atuam, e por desconsiderarem os benefícios do efeito placebo (ADAMS, 2016; BIEHL; PETRYNA, 2013; EPSTEIN, 1998; 2004; SAETHRE; SADLER, 2010). Essas críticas apontam para a necessidade de novas abordagens conceituais que reconheçam que a eficácia é mediada pelo contexto e influenciada pelas expectativas e pelas práticas dos usuários (BRIVES *et al.*, 2016; HARDON; POOL, 2016).

Na comparação proposta por Gomart (2002) entre os experimentos clínicos com metadona nos Estados Unidos e na França, esta autora desenvolve uma moldura para entender como a eficácia é construída. Ela argumenta que as substâncias não têm propriedades essenciais que seriam descobertas nos ensaios randomizados e sugere que os diferentes efeitos da metadona devem ser compreendidos levando em conta os *dispositifs*³ envolvidos nos experimentos. Sua análise aponta para uma diferença marcante nos efeitos identificados por esses dois experimentos com metadona: os pesquisadores norte-americanos descobriram que a metadona bloqueia a síndrome de abstinência causada por drogas e devolve o usuário para uma vida social produtiva; já os pesquisadores franceses descobriram que a droga é “raramente terapêutica; ela não cura, mas é muito instrumental para ‘revelar a psicopatologia’ do usuário” (GOMART, 2002, p. 94). Essas diferenças não estão ligadas meramente a interpretações distintas feitas pelos pesquisadores ou a diferenças subjacentes aos tipos de metadona testados. Pelo contrário, Gomart argumenta que para entendermos os efeitos distintos precisamos examinar as técnicas empregadas nos *dispositifs* experimentais para medir, gerar efeitos, e associar estes efeitos às substâncias. De maneira semelhante, Laplante (2015) mostra como a eficácia terapêutica da *Artemisia afra* nos contextos sul-africanos tradicionais é mediada pelas práticas dos curadores *isangoma*. Ao mapear o trabalho envolvido na tradução dessa eficácia profundamente contextual para as medidas e padrões característicos dos ensaios pré-clínicos, ela mostra como as plantas cultivadas e purificadas não são mais a mesma coisa quando transportadas para o contexto controlado dos ensaios clínicos.

Estes estudos revelam como os *dispositifs* dos RCTs e as técnicas empregadas para avaliar a ação das drogas modelam profundamente não apenas o que sabemos sobre as moléculas, mas também como elas agem e o que fazem. A influência dos *dispositifs* fica particularmente evidente nas investigações inovadoras sobre *design* de ensaios no campo da psiquiatria “psicodélica”. Os experimentos clínicos desenvolvidos para estudar os efeitos de substâncias psicotrópicas como o MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) e o LSD (dietilamida do ácido lisérgico) reconhecem a influência profunda do *setting* sobre seus efeitos, incluindo o papel central dos terapeutas que administram a droga (DYKE, 2008; LANGLITZ, 2012; 2016; WINKELMAN; ROBERTS, 2007). Oram (2014) descreve o experimento do *Spring Grove Group*, no qual o LSD foi empregado para ajudar pacientes alcoólatras a superarem sua dependência. As sessões com essa substância conduzidas dentro deste experimento aconteceram em um ambiente que parecia uma sala de estar confortável, com sofá, tapetes, quadros, flores e um sistema de som de alta qualidade. Durante essas sessões foram usados óculos de proteção e música, buscando intensificar

³ Gomart (2002) traduz este termo como “set-up”, poderíamos dizer também “aparato” ou ainda “dispositivo”.

as emoções e direcionar os pacientes para seus mundos internos. O *setting* e os terapeutas conduziram as experiências e ajudaram os pacientes a se sentirem confortáveis e seguros, encorajando-os a se soltar e a mergulhar profundamente em seus mundos internos. Depois das sessões com LSD, o acompanhamento psicoterápico cumpriu o papel de ajudar a consolidar os *insights* e as experiências positivas vivenciadas, assegurando mudanças duradouras nos comportamentos e atitudes dos pacientes (ORAM, 2014, p. 243-244).

De maneira semelhante, uma literatura recente de orientação clínica sobre os benefícios do efeito placebo aponta para a importância da relação terapêutica como um mecanismo chave para intensificar as respostas dos pacientes ao tratamento farmacológico e otimizar os resultados do cuidado (CHAPUT DE SAINTONGE; HERXHEIMER, 1994; KAPTCCHUK; MILLER, 2015; KIRMAYER, 2011; MILLER *et al.*, 2009; MOERMAN, 2013; MOERMAN; JONAS, 2002). Esses estudos mostram que a eficácia farmacêutica não está apenas nas drogas, mas também é potencializada sinergicamente por meio dos espaços, relações, expectativas e práticas rituais. Esses *insights*, junto com os novos *designs* experimentais que estão emergindo para explicar esses efeitos sinérgicos, desafiam abordagens materialistas e reducionistas que pressupõem que os significados simbólicos ou as dinâmicas emocionais e interpessoais não afetam as respostas farmacológicas (THOMPSON *et al.*, 2009).

Somado a isso, Nelson *et al.* (2014) mostram como a virada genômica nos ensaios clínicos ligados ao câncer está mudando a forma pela qual estes ensaios são conduzidos, conectando os dados dos pacientes em clínicas diferentes e gerando evidências de um modo mais aberto, o que possibilita a inclusão de efeitos imprevistos e de conhecimento suplementar. Estes experimentos mais abertos reconhecem a heterogeneidade e abrem possibilidades para a produção de novos *insights* biológicos e clínicos sobre a ação farmacêutica (HARDON; POOL, 2016; MONTROYA, 2007; NELSON *et al.*, 2014). Em uma etnografia fascinante a respeito do desenvolvimento de um medicamento para insuficiência cardíaca, Pollock (2012) descreve como o BiDil foi inicialmente abandonado depois de estudos que constataram que este medicamento era ineficaz na população em geral. Embora os pesquisadores clínicos tenham descoberto que o BiDil funcionava para afro-americanos, a companhia farmacêutica envolvida no processo concluiu que um medicamento para insuficiência cardíaca específico para negros nunca teria uma comercialização em larga escala – ver também Kahn (2013). Entretanto, levando em conta as descobertas de que os medicamentos existentes para insuficiência cardíaca [inibidores de ACE (enzima conversora de angiotensina)] eram menos eficazes entre os negros, uma patente de métodos foi conferida ao BiDil devido ao seu benefício racial específico. Neste contexto, uma pequena firma de *biotech*, junto com a Associação dos Cardiologistas Negros, decidiu apoiar um experimento voltado para esta indicação específica. Em 2001, esse experimento, que contou com um grupo de 1050 pacientes autoidentificados como negros e com insuficiência cardíaca, comprovou a eficácia deste medicamento. Dois anos depois, houve 43% menos mortes entre o grupo dos pacientes que receberam o BiDil do que no grupo placebo deste estudo (POLLOCK, 2012). Pollock descreve como neste caso os acionistas se alinharam em um projeto prático para fazer com que um fármaco específico funcionasse. Na prática, porém, infelizmente o medicamento não salvou muitas vidas

porque seu público-alvo nos Estados Unidos tem dificuldade de ter acesso ao sistema de saúde, e conseqüentemente aos potenciais benefícios do tratamento.

3 Os Nexos entre Estado e Mercado

Uma literatura significativa na antropologia vem examinando a economia política envolvida no desenvolvimento de drogas farmacêuticas. Esses trabalhos levantam questionamentos a respeito de como os ensaios clínicos são financiados por corporações farmacêuticas e bancos de investimento, motivados mais pela maximização dos lucros do que pela promoção da saúde (DOSHI *et al.*, 2013; DUMIT, 2012; HEALY, 2006; SISMONDO, 2010; 2015; SUNDER RAJAN, 2017). Devido à influência dos objetivos comerciais, os interesses acadêmicos e de mercado estão entremeados nestas pesquisas, trazendo como consequência uma ênfase nos efeitos farmacêuticos desejáveis e uma minimização dos riscos (APPLBAUM, 2009; MCGOEY, 2012). Impelidas pela lógica capitalista, as companhias priorizam o desenvolvimento de medicamentos voltados para grandes mercados para e doenças crônicas, como a hipertensão. Os pacientes que têm esse tipo de doença não são curados e nem morrem; eles tomam medicamentos durante toda a vida⁴ (DUMIT, 2012). Sunder Rajan (2017) discute a globalização de estratégias de harmonização que possibilitam que os mercados locais produzam fármacos voltados para o mercado internacional. Ele ressalta que essas manobras na regulamentação são atos políticos pesadamente influenciados pelos interesses de corporações multinacionais. Assim como Biehl (2007) mostra como a saúde é crescentemente farmacêutizada, Sunder Rajan (2017) desvenda a captura progressiva da saúde pelo capital, um processo no qual a saúde funciona como um index cujo valor pode ser avaliado nos termos estabelecidos pelo mercado. As regulamentações transnacionais envolvidas neste processo incluem direitos sobre propriedade intelectual e acordos comerciais que regulamentam por quanto tempo os detentores de patentes de longo prazo podem manter direitos sobre novas entidades químicas, bem como demandas complexas a respeito de como as pesquisas clínicas devem ser conduzidas (T HOEN, 2002; DAVIS; ABRAHAM, 2013; BANERJEE, 2016).

Investigações sobre a economia política e os regimes simbólicos envolvidos na produção e circulação de medicamentos genéricos têm gerado *insights* conceituais importantes para a antropologia dos fármacos (SUNDER RAJAN, 2017; GREENE, 2014; HAYDEN, 2007; 2012; SANABRIA, 2014). Existe uma ampla gama de racionalidades institucionais subjacentes ao gerenciamento dos agentes terapêuticos, e estas diferem de acordo com os contextos nacionais. Gaudillière e Hess (2013) propõem que os fármacos são regulamentados pelas atividades estreitamente relacionadas de médicos e farmacêuticos, das próprias companhias farmacêuticas, do público, dos atores jurídicos, além dos atores administrativos e ligados ao Estado. Estas instâncias de regulamentação governam o desenvolvimento, o *marketing* e os usos dos fármacos, bem como a criação de novas moléculas. Cassier e Corrêa (2009) apresentaram um estudo fascinante sobre resistências a esses regimes globais, mostrando como laboratórios financiados pelo governo brasileiro usaram brechas nas leis do comércio internacional para possibilitar a reprodução de

⁴ NT. No original, “drugs for life”.

vários medicamentos antirretrovirais antes que suas patentes expirassem. Os engenheiros químicos envolvidos neste processo fizeram muito mais do que simplesmente copiar os fármacos; usando engenharia reversa eles aperfeiçoaram os medicamentos e reduziram seus efeitos colaterais. O governo brasileiro emprega esses medicamentos, mais baratos e mais seguros, em seu programa nacional de prevenção ao HIV, sendo que o Brasil foi o primeiro país no mundo a incluir em sua constituição o acesso aos medicamentos antirretrovirais como um direito humano (CASSIER; CORRÊA 2014).

O trabalho seminal de Hayden (2007; 2012) sobre medicamentos genéricos desvenda a percepção autoevidente da química como uma âncora material estável a partir da qual os efeitos socialmente mediados podem ser percebidos. Seu estudo a respeito da implementação de genéricos no México descreve os efeitos das disputas nas regulamentações internacionais associadas a como as avaliações a respeito do “mesmo” são feitas. Nos anos 1990, o México adotou o padrão da “bioequivalência” – um princípio empregado pela *Food and Drug Administration* (Administração de Drogas e Alimentos, FDA) dos Estados Unidos e favorecido pelas multinacionais farmacêuticas. Este princípio requer que as moléculas genéricas não apenas devam ter uma aparência estrutural parecida com a das moléculas originais testadas, mas também precisam ser metabolizadas de uma maneira similar. Sua etnografia questiona não somente o entrelaçamento dos padrões de regulamentação e dos interesses de mercado, mas também, em um nível mais conceitual, se a eficácia ou mesmo a identidade de um fármaco pode ser reduzida aos seus ingredientes químicos ativos (HAYDEN, 2012, p. 276). Nesse cenário extraordinário, a indústria farmacêutica transnacional insiste que a eficácia farmacológica não pode ser (inteiramente) reduzida à composição química. Confrontada com a competição dos genéricos, a indústria farmacêutica tem repetidamente adotado uma posição que efetivamente multiplica o caráter constitutivo “dado” da matéria química, tornando-a fluida. Essa tática conferiu uma importância tremenda a pequenas variações na estrutura molecular e revelou que elementos como o metabolismo individual, a fidelidade às marcas, e os componentes químicos inativos usados no transporte dos compostos farmacêuticos afetam a ação dos fármacos.

Em um contexto muito diferente, Peterson (2014) descreve como as companhias farmacêuticas multinacionais na Nigéria não buscaram proteger seus interesses de mercado regionais, mas sim abandonaram o país quando uma crise econômica seguida por políticas de ajuste estrutural reduziu seu poder de compra. Peterson mostra como os consumidores se voltaram para os comerciantes locais, muitos dos quais estavam envolvidos no comércio internacional de narcóticos, importando drogas genéricas relativamente baratas da Índia e vendendo-as nos mercados locais e nas farmácias. Peterson (2014) introduz o conceito de “arbitragem química”⁵ para descrever como o conteúdo químico e as eficácias resultantes mudam em resposta ao mercado e às dinâmicas de regulamentação. Os fornecedores de genéricos fazem as pílulas com a menor quantidade possível de componentes ativos para atender às demandas de regulamentação, possibilitando assim reduzir os custos. Neste contexto, os consumidores ingerem fármacos com nomes de marcas conhecidas, mas com dosagens abaixo do ideal. Por exemplo, devido às dosagens abaixo do ideal

⁵ NT. No original “chemical arbitrage”.

nos antibióticos a resistência antimicrobiana está crescendo, impactando não apenas os resultados na saúde de pacientes individuais mas também a saúde futura da população nigeriana como um todo.

As dinâmicas entre Estado e mercado são diferentes para outras categorias de fármacos, como vitaminas, suplementos e medicamentos fitoterápicos. Nesses casos, os processos de regulamentação são menos rigorosos. Por exemplo, antropólogos/as que estudam os sistemas médicos asiáticos apontam para os modos por meio dos quais os Estados-nação na África e na Ásia buscam facilitar a entrada no mercado e a exportação de drogas comerciais fitoterápicas por meio de subsídios e de mecanismos de regulamentação relativamente vagos (BLAIKIE, 2015; HARDON; IDRUS, 2015; LAI; FARQUHAR, 2015; LANGWICK, 2015; PORDIÉ; HARDON, 2015; WAHLBERG, 2014). Nesse sentido, Pordié (2015) mostra como na Índia os remédios ayurvédicos são reformulados tanto para o uso local quanto para exportação. Neste país, desde que esses preparos sejam mencionados nos textos ancestrais eles não precisam ser testados nos ensaios clínicos, o que acelera consideravelmente sua entrada no mercado. De fato, como também acontece com os fármacos modernos, existe um mercado global crescente para os medicamentos asiáticos. Langwick (2015) descreve como, com o apoio financeiro e técnico chinês, o estado Tanzaniano comercializou as medicinas tradicionais locais. Já Hsu (2015) mostra como este país tornou-se um mercado para as drogas chinesas, incluindo a *artemisinin* purificada para o tratamento da malária.

4 Informando Posteriormente os Fármacos

Assim que entram no mercado, os fármacos são frequentemente reinscritos com novas informações sobre sua eficácia. Esse processo de reinscrição muitas vezes acontece quando as companhias farmacêuticas enfrentam a competição dos genéricos, especialmente perto da data de expiração das patentes. Nesse cenário, além de buscar desqualificar os genéricos devido à falta de bioequivalência, as companhias farmacêuticas tentam conferir sobrevida aos seus produtos associando-os a novas indicações. Um exemplo elucidativo deste processo está no trabalho de Greenslit (2005), que descreve como a Pfizer reelaborou o marketing da fluoxetina (o princípio ativo do Prozac) como um tratamento para o distúrbio disfórico pré-menstrual. A companhia deu um novo nome a droga (Sarafem), uma nova cor (rosa), e uma outra indicação (o distúrbio disfórico pré-menstrual). Desse modo, a Pfizer encorajou as mulheres a experimentarem os sintomas do seu ciclo menstrual como algo que pode ser tratado com medicamentos, ao mesmo tempo evitando uma associação negativa com a depressão. Estratégias de reinscrição similares foram descritas por Conrad (2006) e Lakoff (2000), que mostram como a Ritalina gerou mudanças nas categorias de diagnóstico para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (ADHD). Já Healy (2006) indicou como a emergência da desordem de ansiedade social impulsionou as vendas do antidepressivo Paxil, e Hartley (2006) descreveu o deslocamento do Viagra, visando expandir seu mercado para as disfunções sexuais femininas quando a patente para a disfunção erétil estava espirando.

As companhias farmacêuticas promovem certas eficácias médicas, mas também conectam suas marcas a grupos específicos de consumidores e a estilos de vida particulares, produzindo imaginários atrativos e prometendo felicidade, saúde, menstruação sem oscilações de humor, e assim por diante (DRONEY, 2016; ECKS; BASU, 2009; JENKINS, 2011; NAKASSIS, 2013; QUINTERO; NITCHER, 2011; WOLF-MEYER, 2014). Martin mostra como o marketing dos farmacêuticos funciona por meio de imagens e conceitos cuidadosamente desenvolvidos, que são apresentados por meio de palavras escassas e voltadas para capturar desejos e esperanças. Ao mesmo tempo, os efeitos colaterais potenciais dos medicamentos aparecem em fontes minúsculas e difíceis de ler. Estas imagens, ou textos placebo (DEGRANDPRE, 2006), modelam profundamente os modos como os fármacos são experienciados e atuam.

Ao associar os fármacos com esses imaginários atrativos, os produtores de medicamentos precisam navegar pelas moralidades predominantes, mesmo quando estas são contrárias aos seus interesses de mercado. Wentzell (2011) descreve como a Pfizer preferiu ignorar o amplo uso do Viagra como uma droga recreativa nas comunidades gays nas propagandas desse medicamento voltadas para homens heterossexuais. Pelo contrário, a empresa permaneceu presa à visão do Viagra como um tratamento para a disfunção erétil, que constitui uma condição médica. Por meio de comerciais que mostravam casais heterossexuais se abraçando, o Viagra foi divulgado como uma cura para os casais e como uma droga que poderia fortalecer o tecido social por meio do sexo (BAGLIA, 2005). Um aspecto interessante nesse caso é que o *Food and Drug Administration* dos Estados Unidos foi contrário à associação entre o Viagra e o prazer sexual, mesmo no caso de homens heterossexuais. Esse departamento solicitou que a Pfizer retirasse do ar um comercial que mostrava um homem desenvolvendo chifres diabólicos ao ver uma lingerie, argumentando que esta propaganda vendia “sexo” no lugar de um tratamento para uma condição médica (WENTZELL, 2011).

Essas restrições morais modelam os modos como os fármacos são informados, mas elas não necessariamente previnem os usos moralmente desaprovados (GEZON, 2012; RACE, 2009; WYNN; TRUSSEL, 2006). Pesquisas antropológicas têm demonstrado que as informações sobre os efeitos dos fármacos na libido e no prazer circulam rapidamente no mundo globalizado, onde virtualmente qualquer composto químico pode ser comprado online e nos mercados informais, principalmente em lugares com pouco controle sobre as cadeias de fornecimento farmacêutico (ECKS, 2013; ECKS; BASU, 2009; HARDON; IDRUS, 2014; SANABRIA, 2014). Uma outra alternativa, frequentemente empregada por jovens que querem ter acesso a anfetaminas legais como a Ritalina, é pesquisar as indicações dessas drogas e simular os sintomas nas consultas para obter uma prescrição médica (DESANTIS *et al.*, 2008).

Um caso especialmente interessante neste sentido é o do misoprostol. Este fármaco originalmente entrou no mercado para o tratamento da úlcera, mas tornou-se mundialmente conhecido por seus efeitos abortivos. De Zordo (2016) descreve como os saberes acumulados pelas mulheres brasileiras em torno deste remédio circularam das casas e ruas para os laboratórios científicos e hospitais em todo o mundo. As experiências das mulheres, seguidas por pesquisas com financiamento público, levaram à confirmação das propriedades abortivas do misoprostol, contribuindo para o desenvolvimento de

diretrizes de uso mais seguras. Este exemplo mostra como estas informações circulam, especialmente em países onde as mulheres não têm acesso a serviços de saúde que garantam um aborto seguro.

A reinscrição das ações farmacêuticas que acontece depois que os medicamentos entram no mercado, por meio das propagandas e das apropriações pelos consumidores, aponta para a natureza sempre emergente dos efeitos farmacológicos. Estes efeitos só podem ser plenamente compreendidos se seguirmos o fluxo da matéria farmacêutica em suas trajetórias de desenvolvimento, regulamentação, marketing e uso. Esses processos estão longe de serem lineares. A reinscrição frequentemente informa novas pesquisas clínicas, ao mesmo tempo que as regulamentações ou preocupações morais nacionais podem impedir certos fármacos de entrarem no mercado. Enquanto os ensaios clínicos são desenvolvidos para informar sobre os fármacos e convencer os gestores trazendo evidências a respeito de seus efeitos, as propagandas e marcas são pensadas para informar sobre os fármacos empregando eficácias placebo e sociais.

5 Tornando os Fármacos Eficazes em Contextos de Cuidado

No seu estudo sobre medicinas tibetanas, Craig (2012, p. 7) afirma: “Não se pode saber realmente se um remédio ou uma abordagem terapêutica é eficaz até que um praticante o empregue ou prescreva, e até que seja usado por um paciente, que então reage a este uso”. De maneira semelhante, Hsu (2012, p. 35) defende uma compreensão da eficácia baseada na prática, na qual “a-matéria-planta-presente-no-ambiente-em-interação-com-os-humanos forma um continuum”. De fato, as ações farmacológicas continuam a ser atualizadas, modificadas e re-atualizadas nos contextos de cuidado. As diretrizes elaboradas por associações médicas, governos e planos de saúde visam regulamentar e estabilizar a ação farmacológica, bem como disciplinar os pacientes. Entretanto, os estudos etnográficos mostram que esses espaços de estabilização podem ser também espaços de inovação em resposta às preocupações dos pacientes com a sua saúde e a outros desejos.

Um conjunto significativo de pesquisas etnográficas chama atenção para as dimensões micropolíticas do poder presentes em contextos de cuidado cotidiano, nos quais os médicos disciplinam seus pacientes para aderir aos regimes biomédicos (APPLABAUM; OLDANI, 2010; CROWLEY-MATOKA; TRUE, 2012; HUNT; ARAR, 2001). Mattes (2011) mostra como na Tanzânia os pacientes com HIV procuram práticas tradicionais de cura que parecem mais fáceis de manusear, mais apropriadas e menos prejudiciais que as drogas antirretrovirais. Já Kyakuwa e Hardon (2012) descrevem como enfermeiras que têm HIV na Uganda se juntam aos seus pacientes na resistência às diretrizes biomédicas contrárias ao uso da medicina tradicional ao incorporarem no programa de AIDS um creme tradicional que ajuda a aliviar os efeitos colaterais do tratamento antirretroviral. De maneira semelhante, estudos etnográficos a respeito de uma outra condição crônica – a asma – descrevem como os pacientes modificam os usos dos fármacos (FORTUN *et al.*, 2014; WILLEMS, 1992), avaliam os efeitos dos inaladores paralelamente a medicamentos

tradicionais (WHITMARSH, 2008), e experimentam com os regimes farmacológicos (PERSSON *et al.*, 2016; TRNKA, 2014).

A antropologia médica tem focado mais as práticas e experiências dos pacientes do que as dos médicos, embora algumas etnografias recentes indiquem que estes também são reflexivos sobre suas práticas. Whitmarsh (2008) mostra como os médicos em Barbados se preocupam com a influência da indústria farmacológica nas diretrizes sobre a asma, que os orientam a medir as funções dos pulmões dos pacientes antes e depois do uso de broncodilatadores farmacêuticos. Estes médicos observaram que com esta nova técnica mais adultos e crianças que não tiveram ataques de asma ou chiados no peito estão sendo diagnosticados como sendo portadores de asma. Eles também expressaram preocupações relacionadas a possíveis prescrições em excesso dessas drogas. Mol (2008) descreve como os médicos envolvidos no cuidado com a diabetes se alinham com seus pacientes ao ajustar os regimes farmacêuticos, com o intuito de adaptar o protocolo de tratamento à situação específica de cada paciente. Mol argumenta que, de maneira geral, na prática os médicos sabem que a evidência que vem dos RCTs e as diretrizes de tratamento baseada nestes ensaios não necessariamente se aplicam a todos os pacientes. Esses médicos observam a ação farmacêutica na prática, em uma população muito mais ampla e mais diversa do que aquela presente nos ensaios clínicos – ver também Knaapen (2014).

O estudo etnográfico de Sanabria (2016) a respeito da prescrição e do consumo de hormônios sexuais no Brasil mapeia a reinscrição dos efeitos colaterais (como a supressão da menstruação) como efeitos principais destes fármacos⁶. Ela examina como novas eficácias são fabricadas para os hormônios, que passam a ser injetados, implantados ou diluídos transdermicamente ou no útero, além de ingeridos por via oral. Trata-se de um contexto com pouca regulamentação, onde os medicamentos são pagos do próprio bolso, sem a necessidade de aprovação prévia da rede pública ou de planos de saúde privados. Deste modo, os pacientes conseguem obter os hormônios diretamente dos médicos e farmacêuticos para um conjunto de aplicações em expansão que vai muito além da contracepção; por exemplo, para aliviar a tensão pré-menstrual, aumentar a libido, emagrecer, e desenvolver massa muscular durante os treinos (EDMONDS; SANABRIA, 2014). Esse potencial para informar posteriormente os fármacos nos contextos de cuidado não passa despercebido pelas corporações farmacêuticas. Estas, por meio de seus representantes de vendas, reúnem informações dos prescritores a respeito de como seus pacientes experimentam as drogas (OLDANI, 2004). Desse modo, as farmácias são lugares chave no processo de negociação e re-atualização da ação farmacêutica (DAS; DAS, 2006; KAMAT; NICTER, 1998; SANABRIA 2014). Kamat e Nitcher (1998) chamam atenção para a proliferação de farmácias nas favelas de Mumbai, onde virtualmente qualquer medicamento pode ser comprado sem receita. Eles argumentam que as farmácias são fornecedoras de atenção primária. Em lugares industrializados, onde as vendas de medicamentos são mais controladas, os farmacêuticos têm um lugar na linha de frente de cuidadores, sendo dotados de expertise técnica. Nesses contextos, eles têm sido cada vez mais acionados para monitorar os usos de fármacos por pacientes que têm condições crônicas, como asma, hipertensão e diabete. Entretanto, ainda há poucos trabalhos antropológicos a respeito de como a ação farmacêutica é re-articulada nas farmácias.

⁶ Sobre a reinterpretação dos efeitos colaterais, ver também Etkin (1992) e Kamat e Nitcher (1998).

6 Vazamentos: pulmões, intestinos e metabolismo

Os estudos que discutimos até aqui vão apenas até o momento no qual os fármacos são consumidos, sendo ingeridos, digeridos e absorvidos (Sanabria 2016). Essas pesquisas abordam pouco a dissolução ou outras metamorfoses da matéria-pharma quando esta entra nos nossos corpos e vaza. Ingold (2012) chama atenção para este ponto quando argumenta que os estudos sobre materialidade enfocam a “materialidade dos objetos” sem levar em conta os materiais e suas propriedades. Estes mudam conforme os objetos se movem não apenas no espaço e no tempo, mas também por meio dos nossos corpos, que são “sustentados graças à contínua introjção de materiais que estão nos seus arredores e, por outro lado, através das descargas no ambiente, por meio dos processos da respiração e do metabolismo” (INGOLD, 2012, p. 438).

Um novo espaço para reflexão crítica tem se aberto na intersecção com as percepções ecológicas sobre os fluxos farmacêuticos dentro, através, fora, e de volta para os corpos (humanos). Nós sugerimos que esse espaço é uma área importante para os pensamentos futuros a respeito dos fluxos da matéria-pharma. Como aponta Nading (2016), os fármacos são apenas parte da infraestrutura de saúde global, que também inclui inseticidas, alvejantes, e outros agentes químicos que contaminam o meio ambiente e afetam nossa saúde. Como observa Murphy (2008, p. 696), nós somos “alterados pelos fármacos, que são absorvidos a taxas de lucro recorde e que, depois de parcialmente metabolizados, são excretados pelos ralos de onde fluem de volta para os cursos de água locais, sendo novamente dispersados através das torneiras para a população em massa”.

Landecker (2015) fornece um exemplo de como podemos seguir os fármacos através das fronteiras corporais. Ela descreve como os antibióticos, embora tenham como alvo os corpos individuais, produzem eventos evolutivos e ecológicos de larga escala que vão muito além desses corpos. Eles sedimentam uma história de gerenciamento de riscos na política corporal das bactérias, que são geneticamente, fisiologicamente e ecologicamente modificadas neste meio ambiente poroso e distribuído de uso disseminado de antibióticos. A leitura histórica de Landecker (2013) sobre o metabolismo fornece insights fundamentais para pensar a respeito destas fronteiras entre o interior e o exterior dos corpos, entre os corpos e o meio ambiente, e sobre a atividade farmacêutica como emergente. Ela sugere que o próprio conceito de metabolismo implica ideia de que existe um organismo distinto do meio ambiente, e mostra que “[...] o intercâmbio de matéria com o meio ambiente não é uma atividade periférica desenvolvida por um núcleo persistente: trata-se do modo total de continuidade (autocontinuação) da própria vida” (LANDECKER, 2013, p. 218).

As infraestruturas químicas reúnem, embora desarticuladamente, especialistas, áreas acadêmicas, e modos de conhecer e acessar tais informações. O problema para os etnógrafos dessas relações químicas distribuídas é que não é possível seguir diretamente o “labirinto vivo” desses efeitos químicos nos corpos ou ecossistemas. Embora os/as antropólogos/as possam observar diretamente as práticas visíveis (como a manufatura, marketing e prescrição), eles dependem de outras pessoas – cientistas, pacientes, ativistas – quando procuram descrever práticas distribuídas, microscópicas, topograficamente invertidas, ou de outro modo invisíveis. Desse modo, eles são pegos em um circuito reflexivo, envolvendo-se em sua descrição como uma descrição da descrição, ou uma

renderização para adotar a terminologia proposta por Myers (2015). Este circuito engloba ainda relatos sobre as políticas e práticas que fazem com que certas descrições se tornem importantes. O diálogo produtivo entre a antropologia médica e os estudos sociais de ciência e tecnologia (CTS) tem gerado uma série de novos trabalhos que não tomam os fatos biomédicos como dados nas análises antropológicas. Pelo contrário, esses trabalhos se engajam de maneira crítica com os fatos farmacológicos, toxicológicos e ambientais como práticas de conhecimento em si mesmas. Estas pesquisas etnográficas mostram como os conhecimentos são constituídos através de práticas especializadas e buscam desenvolver modos de se engajar com as evidências científicas como sendo historicamente situadas, emergentes, negociadas, apresentadas de maneiras estratégicas, parciais e incompletas (HEIMER, 2013; MCGOEY, 2012; HEALY, 2006; SISMONDO, 2015).

Os corpos não são o locus passivo de uma ação farmacêutica, mas “o penúltimo órgão multissensorial” (THOMPSON *et al.*, 2009, p. 128). A análise de Wilson (2015, p. 89) é exemplar neste sentido quando ela indica como as pesquisas têm conferido mais atenção a como “os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) são representados, comercializados e prescritos” do que a como eles são “fisiologicamente absorvidos, distribuídos, metabolizados e excretados”. Sua análise da farmacocinética dos ISRS não atribui “toda a agência farmacológica às pílulas” (WILSON, 2015, p. 99); pelo contrário, ela levanta perguntas a respeito das redes mais amplas de alianças através das quais os corpos e mentes exercem influência sobre as drogas. Seu objetivo é questionar a centralidade que as teorias críticas conferem ao cérebro e mobilizar os dados biomédicos para mostrar como o corpo periférico (em particular o intestino) está envolvido na depressão e no seu tratamento. A análise de Wilson (2015) sobre como os antidepressivos se tornam biodisponíveis nos corpos ressalta como as diferenças entre uma droga e seus subprodutos, entre efeitos primários e efeitos colaterais, entre distribuição e eliminação, são constantemente produzidas e reproduzidas. “Estas pílulas não são agentes autocráticos que operam unilateralmente no corpo e na mente; pelo contrário, elas são substâncias que encontram sua eficácia farmacêutica ao serem traficadas, ao circularem, ao serem transformadas e decompostas” (WILSON, 2015, p. 102). Wilson aponta que não procura construir uma narrativa sem falhas ou chegar a uma conciliação entre a farmacologia e a teoria crítica, mas sim fazer experimentos de como estas abordagens podem se interromper e se reconfigurar mutuamente. O estudo etnográfico de Cousin (2015a; 2015b; 2016) a respeito dos emaranhados entre intervenções nutricionais e terapias antirretrovirais na África do Sul também o levou a examinar a constituição da eficácia farmacológica no intestino. Ele rastreou as intersecções entre a atenção especializada nos intestinos e expressões locais que associam o ventre à força, exaustão e desordens cosmológicas. Nesse contexto, as cobras mágicas que ocupam o ventre, enviadas por parentes sem escrúpulos, são tratadas com eméticos e purgantes pós-coloniais. De maneira semelhante, Ecks (2013) rastreia a importância central do ventre e das metáforas digestivas nas reconfigurações pós-coloniais das percepções sobre saúde mental, bem-estar e parentesco em Calcutá.

Ao chamarmos atenção para o vazamento intrínseco dos fármacos (que precisam se dissolver e ser absorvidos para serem eficazes) e para sua farmacocinética, os corpos e seus interstícios também deixam de aparentar estarem contidos pela pele. Pelo contrário,

os intestinos, pulmões, pele e metabolismo atuam como zonas de intercâmbio entre os corpos e ambientes de regulamentação pós-coloniais e quimicamente saturados.

7 Conclusão

Os trabalhos discutidos aqui demonstram que a ação farmacêutica não pode ser reduzida às propriedades químicas dos fármacos; pelo contrário, ela é articulada, invocada e informada dentro de uma malha de contextos experimentais, de regulamentação e de cuidado. Reunidos, estes estudos fazem parte de um esforço mais amplo de olhar para as coisas-em-si-mesmas, sem extraí-las das práticas e dinâmicas sociais por meio das quais os objetos vêm a ser e por meio das quais eles se tornam significativos. Nossa análise dos processos em questão se inspira em abordagens contemporâneas, características de uma virada deleuziana mais ampla na teoria social (POVINELLI, 2016). Essas abordagens se deslocam dos objetos e estruturas autocontidas para as composições e processos de atualização, desatualização e reatualização dentro de arranjos fluidos. Ao olharmos para os fluxos e movimentos dos materiais farmacêuticos através da pesquisa e desenvolvimento, dos regimes de regulamentação, das propagandas e práticas de cuidado, nós apontamos para a natureza sempre-emergente da ação farmacêutica.

Nossa análise processual abordou primeiramente práticas de pesquisas nas quais a ação molecular é atualizada ou bloqueada por meio de técnicas e dispositivos situados. A seguir, mostramos como experimentos inovadores direcionam a influência do ambiente experimental para intensificar a eficácia dos materiais. Neste contexto, diversos interesses comerciais e preocupações sociais modelam os tipos de efeitos farmacêuticos que são atualizados e reatualizados, guiando a entrada dos fármacos nos mercados. Ressaltamos também como certas eficácias são ignoradas e bloqueadas devido a questões morais. Ao mesmo tempo, indicamos como o fluxo global, tanto dos fármacos quanto das informações sobre seus efeitos, implica que os obstáculos morais e normativos podem ser contornados por usuários e por profissionais da área da saúde, como enfermeiros e farmacêuticos. Descrevemos como as instituições reguladoras e os gestores das políticas de saúde procuram estabilizar as ações farmacêuticas através das diretrizes que elaboram. Ao mesmo tempo, farmacêuticos, profissionais da saúde e usuários que estão nas linhas de frente do cuidado ajustam as dosagens e indicações para adequar as ações farmacêuticas a situações específicas. As companhias farmacêuticas conhecem estas práticas de rearticulação há muito tempo, e tentam capturá-las através de pesquisas de mercado voltadas para a reinscrição dos materiais com novos potenciais. Finalmente, nos voltamos para um conjunto de autores e autoras que seguem os fluxos das matérias para dentro dos corpos. As pesquisas antropológicas recentes a respeito de como os intestinos metabolizam os fármacos e os tornam eficazes, ao torná-los bioavaliáveis, podem ser lidas conjuntamente com uma literatura que examina os fluxos tóxicos dos compostos químicos em paisagens pós-industriais. Depois que os fármacos são absorvidos pelo metabolismo humano, eles vazam de volta para os ciclos hidrológicos, perturbando e reconfigurando topologias e percepções sobre causalidade (FORTUN, 2012).

Nossa revisão aponta para um horizonte metodológico além da pesquisa de campo multisituada (MARCUS, 1995), que conecta os químicos sintéticos que estão no cerne do nexus farmacêutico (PETRYNA *et al.*, 2006) com compostos que ingressaram recentemente no escopo das preocupações de saúde global envolvendo saúde ambiental e toxicidade. Neste cenário, estão emergindo novos trabalhos que tentam pensar ao mesmo tempo sobre essas “eficácias voluntárias e involuntárias” (SANABRIA, 2016), relacionando os efeitos colaterais carcionogênicos da implementação global massiva dos antirretrovirais ao capital tóxico (LIVINGSTON, 2021). Ao mesmo tempo, esses trabalhos conectam explicitamente a defesa da infraestrutura de bem-estar nacional com a redução da regulamentação ambiental e as isenções fiscais para as indústrias dependentes de petróleo, que saturam o meio ambiente com lixo tóxico (MURPHY, 2011). O enfoque nos fluxos farmacêuticos implica em ver o corpo como poroso e em constante intercâmbio com seus ambientes, constituídos de forma múltipla. Para os/as antropólogos/as, o desafio envolve manter uma reflexão crítica a respeito de como mobilizar as percepções biológicas, farmacológicas e ecológicas, e para quais fins (FRASER, 2003; LOCK; NGUYEN, 2010). A tarefa não pode consistir apenas em substituir uma metáfora ou construto biológico por outro; por exemplo, substituir uma narrativa sobre a depressão centrada no cérebro por outra centrada nos intestinos. Pelo contrário, evocar outras metáforas biológicas pode revelar a multiplicidade das práticas médicas e científicas (BERG; MOL, 1998; MOL, 2002).

Esta revisão tem o objetivo de reunir uma gama de trabalhos antropológicos geralmente não relacionados a respeito dos fármacos (sua economia política, as práticas de evidência e regulamentação, o marketing e os usos nos contextos de cuidado) com um enfoque comum em como as materialidades emergem localmente. A literatura antropológica sobre os fármacos tende a focar separadamente como a matéria-pharma é informada nas práticas de regulamentação e de produção de evidências, ou como ela é empregada em práticas locais e estratificadas que se estendem do Norte ao Sul Global. Nós reunimos estas análises e nos perguntamos quais eficácias são permitidas ou atualizadas dentro da miríade de iterações locais possíveis da ação farmacêutica. Sugerimos que não existe um objeto (farmacêutico) puro que precede sua socialização: as práticas sociais, os interesses de mercado e os regimes experimentais podem potencializar ou desestimular novas eficácias farmacêuticas. Neste sentido, os fármacos têm predisposições abertas (GOMART; HENNION, 1999). Os/as antropólogos/as têm feito um excelente trabalho ao desvendar as dinâmicas do mercado e do Estado que afetam a constituição e a atuação dos fármacos. Por outro lado, eles têm se envolvido menos em empreitadas interdisciplinares visando reconceitualizar as modalidades dos ensaios clínicos ou o chamado efeito placebo. Entretanto, a antropologia certamente tem um papel importante não apenas para analisar quais tendências são estimuladas ou bloqueadas, mas também para colocar a etnografia numa posição de indicar novas maneiras de constituir a matéria-pharma. Barry (2005) argumenta que a matéria química é inerentemente relacional e Strathern (2005; 2014) sugeriu que a antropologia enquanto disciplina usa as relações para revelar outras relações. Estas sugestões apontam para caminhos produtivos para empreitadas colaborativas que impulsionem a forma de conhecimento altamente específica presente na etnografia com a finalidade de desenvolver novos *insights* a respeito de como os fármacos poderiam, talvez, vir a funcionar melhor.

Declaração de ausência de conflitos de interesse

As autoras não têm conhecimento de nenhuma associação, filiação, financiamento ou participações financeiras que poderiam afetar a objetividade desta revisão.

Agradecimentos

Nós agradecemos ao *ERC Advanced Grant ERC-2012-AdvG-323646 Chemical Youth* pelo financiamento generoso, à equipe do *Chemical Youth* pelas incríveis discussões a respeito das eficácias químicas, e a Amade M'Charek por nos incentivar durante a escrita e por comentar a versão final deste artigo. Agradecemos aos participantes do painel *Fluid Drugs* na conferência da 4S em Denver, Colorado, realizada em novembro de 2015; aos participantes dos painéis *Chemical Refrain* e *Chemical Relations* realizados na reunião da *American Anthropological Association* de 2016 pelos seus comentários, em particular a Cori Hayden, Richard Rottenburg, Kaushik Sunder Rajan e Nick Shapiro. Agradecemos ainda à Jennifer Mann e aos pareceristas anônimos da revista *Annual Review of Anthropology*. Finalmente, gostaríamos de declarar que durante a escrita deste artigo tivemos o apoio de diversos fármacos e outras substâncias - inaladores anti-histamínicos para asma, paracetamol, aspirina, 5HTP, pycnogenol, café, óleos essenciais, chocolate amargo (com mínimo de 72% de cacau), e vinho tinto natural.

Referências

- 'T HOEN, E. TRIPS – pharmaceutical patents, and access to essential medicines: a long way from Seattle to Doha. **Chicago J. Int. Law**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 27-46, 2002.
- ADAMS, V. **Metrics: What Counts in Global Health**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2016.
- AKRICH, M. The de-scription of technical objects. In: J. BIJKER, J.; LAW, W. (org.). **Shaping Technology/Building Society – Studies in Sociotechnical Change**. Cambridge, MA: MIT Press, 1992. p. 205-224.
- AKRICH, M. Petite anthropologie du médicament. **Tech. Cult.**, [s.l.], p. 25-26, 1995.
- APPLBAUM K. Getting to yes: corporate power and the creation of a psychopharmaceutical blockbuster. **Cult. Med. Psychiatry**, [s.l.], v. 33, n. 2, p. 185-215, 2009.
- APPLBAUM, K.; OLDANI, M. (org.). Introduction: Towards an era of bureaucratically controlled medical compliance? Special Issue: Towards Era Bureaucratically Control. **Med. Compliance? Anthropol. Med.**, [s.l.], v.17, n. 2, p. 113-127, 2010.
- BAGLIA, J. **The Viagra Ad Venture: Masculinity, Marketing, and the Performance of Sexual Health**. New York: Peter Lang, 2005.
- BANERJEE, D. Markets and molecules: a pharmaceutical primer from the south. **Med. Anthropol.**, [s.l.], v. 13, p. 1-18, 2016.
- BARRY A. Pharmaceutical matters: the invention of informed materials. **Theory Cult. Soc.**, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 51-69, 2005.
- BENSAUDE-VINCENT, B.; STENGERS, I. **A History of Chemistry**. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1996.
- BERG, M.; MOL, A. **Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 1998.

- BIEHL, J. Pharmaceuticalization: AIDS treatment and global health politics. **Anthropol. Q.**, [s.l.], v. 80, n. 4, p. 1.083-1.126, 2007.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. **When People Come First: Critical Studies in Global Health**. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press, 2013.
- BLAIKIE, C. Wish-fulfilling jewel pills: Tibetan medicines from exclusivity to ubiquity. **Anthropol. Med.**, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 7-22, 2015.
- BRIVES, C.; LE MARCIS, F.; SANABRIA, E. What's in a context? Tenses and tensions in evidence-based medicine. **Med. Anthropol.**, [s.l.], v. 35, n. 4, p. 369-376, 2016.
- CASSIER, M.; CORRÊA, M. Éloge de la copie: le reverse engineering des antirétroviraux contre le VIH/sida dans les laboratoires pharmaceutiques Brésiliens. **Sci. Soc. Santé**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 77-103, 2009.
- CASSIER, M.; CORRÊA, M. Access to medicines in developing countries: ethical demands and moral economy. **Dev. World Bioeth.**, [s.l.], v. 14, n. 2, p. ii-viii, 2014.
- CHAPUT DE SAINTONGE, D.; HERXHEIMER, A. Harnessing placebo effects in health care. **Lancet**, [s.l.], v. 344, p. 995-998, 1994.
- CONRAD, P. **Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior**. Abingdon, UK: Routledge; Expand, 2006.
- COUSINS, T. A mediating capacity: toward an anthropology of the gut. **Med. Anthropol. Theory**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 1-27, 2015a.
- COUSINS, T. HIV and the remaking of hunger and nutrition in South Africa: biopolitical specification after apartheid. **BioSocieties**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 143-161, 2015b.
- COUSINS, T. Antiretroviral therapy and nutrition in Southern Africa: citizenship and the grammar of hunger. **Med. Anthropol.**, [s.l.], v. 35, n. 5, p. 433-446, 2016.
- CRAIG, S. R. **Healing Elements: Efficacy and the Social Ecologies of Tibetan Medicine**. Berkeley; London: Univ. Calif. Press, 2012.
- CROWLEY-MATOKA, M.; TRUE, G. No one wants to be the candy man: ambivalent medicalization and clinician subjectivity in pain management. **Cult. Anthropol.**, [s.l.], v. 27, n. 4, p. 689-712, 2012.
- DAS, V.; DAS, R. K. Pharmaceuticals in urban ecologies: the register of the local. *In*: PETRYNA, A.; KLEINMAN, A.; LAKOFF, A. (org.). **Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2006. p. 171-205.
- DAVIS, C.; ABRAHAM, J. **Unhealthy Pharmaceutical Regulation: Innovation, Politics and Promissory Science**. New York: Palgrave Macmillan, 2013.
- DE ZORDO, S. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. **Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 19-35, 2016.
- DEGRANDPRE, R. **The Cult of Pharmacology: How America Became the World's Most Troubled Drug Culture**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2006.
- DESANTIS, A.; WEBB, E. M.; NOAR, S. M. Illicit use of prescription ADHD medications on a college campus: a multimethodological approach. **J. Am. Coll. Health**, [s.l.], v. 57, n. 3, p. 315-24, 2008.
- DOSHI, P. *et al.* Restoring invisible and abandoned trials: a call for people to publish the findings. **BMJ**, [s.l.], v. 346, f2865, 2013.
- DRONEY, D. Networking health: multi-level marketing of health products in Ghana. **Anthropol. Med.**, [s.l.], v. 23, n.1, p. 1-13, 2016.
- DUMIT, J. **Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2012.

- DYKE, E. **Psychedelic Psychiatry**: LSD from Clinic to Campus. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. Press, 2008.
- ECKS, S. **Eating Drugs**: Psychopharmaceutical Pluralism in India. New York: NYU Press, 2013.
- ECKS, S.; BASU, S. The unlicensed lives of antidepressants in India: generic drugs, unqualified practitioners, and floating prescriptions. **Transcult. Psychiatry**, [s.l.], v. 46, n. 1, p. 86-106, 2009.
- EDMONDS, A.; SANABRIA, E. Medical borderlands: engineering the body with plastic surgery and hormonal therapies in Brazil. **Anthropol. Med.**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 202-216, 2014.
- EPSTEIN, S. **Impure Science**: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge. Berkeley: Univ. Calif. Press, 1998.
- EPSTEIN, S. Bodily differences and collective identities: the politics of gender and race in biomedical research in the United States. **Body Soc.**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 183-203, 2004.
- ETKIN, N. L. "Side effects": cultural constructions and reinterpretations of western pharmaceuticals. **Med. Anthropol. Q.**, [s.l.], v. 6, p. 99-113, 1992.
- FORTUN, K. Ethnography in late industrialism. **Cult. Anthropol.**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 446-64, 2012.
- FORTUN, K. *et al.* Experimental ethnography online: the asthma files. **Cult. Stud.**, [s.l.], v. 28, p. 632-642, 2014.
- FRASER, M. Material theory: duration and the serotonin hypothesis of depression. **Theory Cult. Soc.**, [s.l.], v. 20, n. 5, p. 1-26, 2003.
- GARRIOTT, W.; RAIKHEL, E. Addiction in the making. *Annu. Rev. Anthropol.*, [s.l.], v. 44, n. 2, p. 477-491, 2015.
- GAUDILLIÈRE, J. Professional or industrial order? Patents, biological drugs, and pharmaceutical capitalism in early twentieth century Germany. **Hist. Technol.**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 107-133, 2008.
- GAUDILLIÈRE, J. P. L'industrialisation du médicament: une histoire de pratiques entre sciences, techniques, droit et médecine. **Gesnerus**, [s.l.], v. 64, p. 93-108, 2007.
- GAUDILLIÈRE, J. P.; HESS, V. **Ways of Regulating Drugs in the 19th and 20th Centuries**. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2013.
- GEZON, L. **Drug Effects**: Khat in Biocultural and Socioeconomic Perspective. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2012.
- GOMART, E. Methadone: six effects in search of a substance. **Soc. Stud. Sci.**, [s.l.], v. 32, n. 2, p. 93-135, 2002.
- GOMART, E.; HENNION, A. A sociology of attachment: music amateurs, drug users. **Sociol. Rev.**, [s.l.], v. 47(S1), p. 220-247, 1999.
- GRANADO, S. *et al.* Appropriating "malaria": local responses to malaria treatment and prevention in Abidjan, Côte d'Ivoire. **Med. Anthropol.**, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 102-121, 2011.
- GREENE, J. **Generic**: The Unbranding of Modern Medicine. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. Press, 2014.
- GREENSLIT, N. Depression and consumption: psychopharmaceuticals, branding, and new identity practices. **Cult. Med. Psychiatry**, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 477-502, 2005.
- HARDON, A. Contesting contraceptive innovation – reinventing the script. **Soc. Sci. Med.**, [s.l.], v. 62, n. 2, p. 614-627, 2006.
- HARDON, A.; IDRUS, N. I. On Coba and Cokok: youth-led drug-experimentation in Eastern Indonesia. **Anthropol. Med.**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 217-229, 2014.

- HARDON, A.; IDRUS, N. I. Magic power: changing gender dynamics and sex-enhancement practices among youths in Makassar, Indonesia. **Anthropol. Med.**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 49-63, 2015.
- HARDON, A.; POOL, R. Anthropologists in global health experiments. **Med. Anthropol.**, [s.l.], v. 35, n. 2, p. 447-451, 2016.
- HARTLEY, H. The “pinking” of Viagra culture: drug industry efforts to create and repackage sex drugs for women. **Sexualities**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 363-378, 2006.
- HAYDEN, C. A generic solution? Pharmaceuticals and the politics of the similar in Mexico. **Curr. Anthropol.**, [s.l.], v. 48, n. 2, p. 475-495, 2007.
- HAYDEN, C. Rethinking reductionism, or, the transformative work of making the same. **Anthropol. Forum**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 271-283, 2012.
- HEALY, D. The new medical Oikumene. In: PETRYNA, A.; KLEINMAN, A.; LAKOFF, A. (org.). **Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2006. p. 61-84.
- HEIMER, C. A. Inert facts and the illusion of knowledge: strategic uses of ignorance in HIV clinics. **Econ. Soc.**, [s.l.], v. 41, n. 2, p. 17-41, 2012.
- HELMAN, C. “Feed a cold, starve a fever” - folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. **Cult. Med. Psychiatry**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 107-137, 1978.
- HENARE, A.; HOLBRAAD, M.; WASTELL, S. **Thinking Through Things: Theorising Artefacts Ethnographically**. London: Routledge, 2007.
- HSU, E. Plants in medical practice and common sense: on the interface of ethnobotany and medical anthropology. In: HSU, E. **Plants, Health and Healing: On the Interface of Ethnobotany and Medical Anthropology**. New York; Oxford, UK: Berghahn, 2012. p. 1-48.
- HSU, E. From social lives to playing fields: “the Chinese antimalarial” as artemisinin monotherapy, artemisinin combination therapy and qinghao juice. **Anthropol. Med.**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 75-86, 2015.
- HUNT, L. M.; ARAR, N. H. An analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of chronic disease management. **Med. Anthropol. Q.**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 347-367, 2001.
- INGOLD, T. **Being Alive: Essays on Movement, Knowledge and Description**. Abingdon, UK: Routledge, 2011.
- INGOLD, T. Toward an ecology of materials. **Annu. Rev. Anthropol.**, v. 41, p. 427-442, 2012.
- JENKINS J. H. (org.). **Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology**. Santa Fe, NM: Sch. Adv. Res. Press, 2011.
- KAHN, J. **Race in a Bottle: The Story of BiDil and Racialized Medicine in a Post-Genomic Age**. New York: Columbia Univ. Press, 2013.
- KAMAT, V. R.; NICHTER, M. Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. **Soc. Sci. Med.**, [s.l.], v. 47, p. 779-794, 1998.
- KAPTCHUK, T., Miller F. Placebo effects in medicine. **N. Engl. J. Med.** [s.l.], v. 373, n. 2, p. 8-9, 2015.
- KIRMAYER, L. J. Unpacking the placebo response: insights from ethnographic studies of healing. **J. Mind-Body Regul.**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 112-124, 2011.
- KNAAPEN, L. Evidence-based medicine or cookbook medicine? Addressing concerns over the standardization of care. **Sociol. Compass**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 823-836, 2014.

- KOHN, E. **How Forests Think**: Toward an Anthropology Beyond the Human. Berkeley: Univ. Calif. Press, 2013.
- KOPYTOFF, I. The cultural biography of things: commoditization as process. *In*: KOPYTOFF, I. **The Social Life of Things**: Commodities in Cultural Perspective. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press, 1986. p. 64-94.
- KYAKUWA, M.; HARDON, A. Concealment tactics among HIV-positive nurses in Uganda. **Cult. Health Sex.**, [s.l.], v. 14 (Suppl. 1), p. S123-133, 2012.
- LAI, L.; FARQUHAR, J. Nationality medicines in China: institutional rationality and healing charisma. **Comp. Stud. Soc. Hist.**, [s.l.], v. 57, n. 2, p. 381-406, 2015.
- LAKOFF, A. Adaptive will: the evolution of attention deficit disorder. **J. Hist. Behav. Sci.**, [s.l.], v. 32, n. 2, p. 149-169, 2000.
- LANDECKER, H. The metabolism of philosophy, in three parts. *In*: COOPER, I.; MALKMUS, B. F. (org.). **Dialectic and Paradox**: Configurations of the Third in Modernity. Bern, Switz.: Peter Lang, 2013. p. 193-224.
- LANDECKER, H. Antibiotic resistance and the biology of history. **Body Soc.**, [s.l.], v. 22, p. 19-52, 2015.
- LANGLITZ, N. **Neuropsychedelica**: The Revival of Hallucinogen Research Since the Decade of the Brain. London: Univ. Calif. Press, 2012.
- LANGLITZ, N. Is there a place for psychedelics in philosophy? Fieldwork in neuro-and perennial philosophy. **Common Knowl**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 373-384, 2016.
- LANGWICK, S. A. Partial publics: the political promise of traditional medicine in Africa. **Curr. Anthropol.**, [s.l.], v. 56, n. 2, p. 493-514, 2015.
- LAPLANTE, J. **Healing Roots**: Anthropology in Life and Medicine. New York; Oxford, UK: Berghahn, 2015.
- LATOURE, B. **We Have Never Been Modern**. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1993.
- LIVINGSTONE, J. **Improvising Medicine**: An African Oncology Ward in an Emerging Cancer Epidemic. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2012.
- LOCK, M. M.; NGUYEN, V. K. **An Anthropology of Biomedicine**. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2010.
- MARCUS, G. E. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annu. Rev. Anthropol.**, [s.l.], v. 24, p. 95-117, 1995.
- MARKS, H. M. **The Progress of Experiment**: Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press, 2000.
- MARTIN, E. The pharmaceutical person. **BioSocieties**, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 273-287, 2006.
- MATTES, D. "We are just supposed to be quiet": the production of adherence to antiretroviral treatment in urban Tanzania. **Med. Anthropol.**, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 158-182, 2011.
- MCGOEY L. Strategic unknowns: towards a sociology of ignorance. **Econ. Soc.**, [s.l.], v. 41, n. 2, p. 1-16, 2012.
- MILLER, F.; COLLOCA, L.; KAPTCHUK, T. The placebo effect: illness and interpersonal healing. **Perspect. Biol. Med.**, [s.l.], v. 52, n. 2, p. 518-539, 2009.
- MOERMAN, D. E. Against the "placebo effect": a personal point of view. **Complement. Ther. Med.**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 125-130, 2013.
- MOERMAN, D. E.; JONAS, W. B. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. **Ann. Intern. Med.**, [s.l.], v. 136, n. 2, p. 471-476, 2002.
- MOL, A. **The Body Multiple**: Ontology in Medical Practice. Durham, NC; London, UK: Duke Univ. Press, 2002.

- MOL, A. **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**. Abingdon, UK: Routledge, 2008.
- MONTOYA M. J. Bioethnic conscription: genes, race, and Mexicana/o ethnicity in diabetes research. **Cult. Anthropol.** [s.l.], v. 221, p. 94-128, 2007.
- MURPHY, M. Chemical regimes of living. **Environ. Hist.**, [s.l.], v. 13, n. 4, p. 695-703, 2008.
- MURPHY, M. Distributed reproduction. In: M. J. CASPER, M. J.; CURRAH, P. (org.). **Corpus: An Interdisciplinary Reader on Bodies and Knowledg**. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2011. p. 21-28.
- MYERS, N. **Rendering Life Molecular: Models, Modelers, and Excitable Matter**. Durham, NC/London, UK: Duke Univ. Press, 2015.
- NADING, A. M. Local biologies, leaky things, and the chemical infrastructure of global health. **Med. Anthropol.**, [s.l.], v. 36, p. 141-56, 2016.
- NAKASSIS, C. V. Brands and their surfeits. **Cult. Anthropol.**, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 111-126, 2013.
- NELSON, N. C. *et al.* Testing devices or experimental systems? Cancer clinical trials take the genomic turn. **Soc. Sci. Med.**, [s.l.], v. 111, p. 74-83, 2014.
- NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. **Soc. Sci. Med.**, [s.l.], v. 39, n. 11, p. 1.509-1.525, 1994.
- OLDANI, M. J. Thick prescriptions: toward an interpretation of pharmaceutical sales practices. **Med. Anthropol. Q.**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 325-356, 2004.
- ORAM, M. Efficacy and enlightenment: LSD psychotherapy and the Drug Amendments of 1962. **J. Hist. Med. Allied Sci.**, [s.l.], v. 69, n. 2, p. 221-250, 2014.
- PERSSON, A. *et al.* On the margins of pharmaceutical citizenship: not taking HIV medication in the “Treatment Revolution” era. **Med. Anthropol. Q.**, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 359-377, 2016.
- PETERSON, K. **Speculative Markets: Drug Circuits and Derivative Life in Nigeria**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2014.
- PETRYNA, A.; KLEINMAN, A.; LAKOFF, A. (org.). **Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2006.
- POLLOCK, A. **Medicating Race: Heart Disease and Durable Preoccupations with Difference**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2012.
- PORDIÉ, L. Hangover free! The social and material trajectories of PartySmart. **Anthropol. Med.** [s.l.], v. 22, n. 2, p. 34-48, 2015.
- PORDIÉ, L.; HARDON, A. Drugs’ stories and itineraries. On the making of Asian industrial medicines. **Anthropol. Med.**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 1-6, 2015.
- POVINELLI, E. A. **Geontologies: A Requiem to Late Liberalism**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2016.
- PRINCE, R.; GEISLER, P. Knowledge of herbal and pharmaceutical medicines among Luo children in western Kenya. **Anthropol. Med.**, [s.l.], v. 8, p. 211-35, 2001.
- QUINTERO, G.; NICHTER, M. Generation RX: anthropological research on pharmaceutical enhancement, lifestyle regulation, self-medication and recreational drug use. In: M. SINGER, M.; ERICKSON, P. I. (org.). **A Companion to Medical Anthropology**. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2011. p. 339-357.
- RACE, K. **Pleasure Consuming Medicine: The Queer Politics of Drugs**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2009.
- SAETHRE, E. J.; STADLER, J. Gelling medical knowledge: innovative pharmaceuticals, experience, and perceptions of efficacy. **Anthropol. Med.**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 99-111, 2010.

- SANABRIA, E. Le médicament, un objet évanescant: essai sur la fabrication et la consommation des substances pharmaceutiques. **Tech. Cult.**, [s.l.], v. 52-53, p. 168-189, 2009.
- SANABRIA, E. "The same thing in a different box": similarity and difference in pharmaceutical sex hormone consumption and marketing. **Med. Anthropol. Q.**, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 537-555, 2014.
- SANABRIA, E. **Plastic Bodies: Sex Hormones and Menstrual Suppression in Brazil**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2016.
- SISMONDO, S. Linking research and marketing, a pharmaceutical innovation. In: QUIRKE, V.; SLINN, J. (org.). **Perspectives on Twentieth-Century Pharmaceuticals**. Bern, Switz.: Peter Lang, 2010. p. 241-256.
- SISMONDO, S. Pushing knowledge in the drug industry: ghost-managed science. In: S. SISMONDO, S.; GREENE, J. A. (org.). **The Pharmaceutical Studies Reader**. Oxford, UK: Oxford Univ. Press, 2015. p. 150-164.
- STRATHERN, M. **Kinship, Law and the Unexpected: Relatives Are Always a Surprise**. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press, 2005.
- STRATHERN, M. Reading relations backwards. **J. R. Anthropol. Inst.**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 3-19, 2014.
- SUNDER RAJAN, K. **Pharmocracy: Value, Politics, and Knowledge in Global Biomedicine**. Durham, NC: Duke. Univ. Press, 2017.
- THOMPSON, J. J.; RITENBAUGH, C.; NICHTER, M. Reconsidering the placebo response from a broad anthropological perspective. **Cult. Med. Psychiatry**, [s.l.], v. 33, n. 2, p. 112-152, 2009.
- TRNKA, S. Domestic experiments: familial regimes of coping with childhood asthma in New Zealand. **Med. Anthropol.**, [s.l.], v. 33, n. 2, p. 546-560, 2014.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. The charm of medicines: metaphors and metonyms. **Med. Anthropol. Q.**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 345-367, 1989.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R.; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annu. Rev. Anthropol.**, [s.l.], v. 25, p. 153-178, 1996.
- WAHLBERG, A. Herbs, laboratories, and revolution: on the making of a national medicine in Vietnam. **East Asian Sci. Technol. Soc.**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 43-56, 2014.
- WALSH, V.; GOODMAN, J. From taxol to taxol®: the changing identities and ownership of an anti-cancer drug. **Med. Anthropol. Cross-Cult. Stud. Health Illn.**, [s.l.], v. 21 n. 3-4, p. 307-336, 2002.
- WENTZELL, E. Marketing silence, public health stigma and the discourse of risky gay Viagra use in the US. **Body Soc.**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 105-125, 2011.
- WHITMARSH, I. **Biomedical Ambiguity: Race, Asthma, and the Contested Meaning of Genetic Research in the Caribbean**. Ithaca, NY: Cornell Univ. Press, 2008.
- WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON A. **Social Lives of Medicines. Camb. Stud. Med. Anthropol.** Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press, 2002.
- WILLEMS, D. Susan's breathlessness: the construction of professionals and lay persons. In: J. LACHMUND, J.; STOLLBERG, G. (org.). **The Social Construction of Illness**. Stuttgart, Ger.: Franz Steiner, 1992. p. 105-114.
- WILSON, E. **Gut Feminism**. Durham, NC: Duke Univ. Press, 2015.
- WINKELMAN, M. J.; ROBERTS, T. B. (org.). **Psychedelic Medicine: New Evidence for Hallucinogenic Substances as Treatments**. Westport, CT: Praeger, 2007.

WOLF-MEYER, M. Therapy, remedy, cure: disorder and the spatiotemporality of medicine and everyday life. **Med. Anthropol.**, [s.l.], v. 33, n. 2, p. 144-159, 2014.

WYNN, L. L.; TRUSSELL, J. The social life of emergency contraception in the United States: disciplining pharmaceutical use, disciplining sexuality, and constructing zygotic bodies. **Med. Anthropol. Q.**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 297-320, 2006.

Anita Hardon

Atua na área da antropologia da saúde e está engajada em amplos estudos interdisciplinares e multissituados sobre imunização, novas tecnologias reprodutivas, e medicamentos para AIDS. Esses estudos têm gerado importantes *insights* etnográficos a respeito da apropriação dessas tecnologias em diversos contextos socioculturais, sua eficácia na vida cotidiana, o papel dos movimentos sociais no seu design, e as dinâmicas de cuidado e de elaboração de políticas envolvidas no seu fornecimento.

Endereço profissional: AISSR, Room C4.09, Nieuwe Achtergracht 166, 1001 NA Amsterdam, Netherlands.

E-mail: A.P.Hardon@uva.nl

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2761-5502>

Emilia Sanabria

Antropóloga franco-colombiana que estudou no Reino Unido e atualmente atua no CNRS em Paris, França. Suas pesquisas estão situadas nas interfaces entre a antropologia da saúde, do cuidado e do corpo e os estudos de ciência e tecnologia. Seus trabalhos examinam as relações complexas entre a ciência e a biomedicina ocidental e os conhecimentos indígenas e tradicionais por meio de uma gama de projetos sobre saúde sexual e reprodutiva, nutrição e justiça alimentar e as fronteiras entre drogas e medicamentos. Seu primeiro livro, *Plastic Bodies: Sex Hormones and Menstrual Suppression in Brazil* ("Corpos plásticos: hormônios sexuais e supressão menstrual no Brasil) foi publicado em 2016 pela Duke University Press. Desde 2017 ela é a pesquisadora principal do projeto "Healing Encounters: reinventando uma medicina indígena na clínica e além" (ERC/CNRS).

Endereço profissional: ACERMES3, Campus CNRS, 7 rue Guy Môquet, Paris, 94800 France.

E-mail: emilia.sanabria@cnrs.fr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5595-7905>

Isabel Santana de Rose (Tradutora)

Antropóloga, brasileira e pesquisadora no campo das religiões ayahuasqueiras há mais de vinte anos. Sua tese de doutorado, defendida na UFSC em 2010, enfocou a formação de redes xamânicas contemporâneas no Brasil. É coautora do livro "Ayahuasca religions: a bibliography & critical essays" (publicado pela MAPS em 2009) e de sua versão em português "Religiões ayahuasqueiras: um balanço bibliográfico" (publicado pela Mercado de Letras/FAPESP em 2008). É também autora de diversos artigos, publicados em livros e periódicos nacionais e internacionais. Atualmente é pesquisadora no projeto "Healing Encounters: reinventando uma medicina indígena na clínica e além" (ERC/CNRS). Suas principais áreas de interesse incluem antropologia da saúde, antropologia da religião, xamanismo e redes xamânicas contemporâneas, saberes e fazeres tradicionais.

Endereço profissional: CERMES3, Campus CNRS, 7 rue Guy Môquet, Paris, 94800 France.

E-mail: belderose@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5629-8203>

Como referenciar este artigo:

HARDON, Anita; SANABRIA, Emilia. Drogas Fluidas: revisitando a antropologia dos fármacos. Tradução de Isabel Santana de Rose. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e91717, p. 263-285, jan. de 2023.