



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

Natália Almeida Bezerra

**"Bombinha, relógio ou pêra": o uso de equipamentos biomédicos no
cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na
Guariroba, Ceilândia, DF**

Brasília, dezembro de 2011

Natália Almeida Bezerra

"Bombinha, relógio ou pêra": o uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia, DF

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para conclusão do curso de Bacharelado em Ciências Sociais, com habilitação em Antropologia.

Orientadora: Soraya Resende Fleischer

Brasília, dezembro de 2011

Natália Almeida Bezerra

"Bombinha, relógio ou pêra": o uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia, DF

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para conclusão do curso de Bacharelado em Ciências Sociais, com habilitação em Antropologia.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Soraya Resende Fleischer
Departamento de Antropologia – UnB

Profa. Dra. Janine Collaço
Departamento de Antropologia - UnB

Brasília, dezembro de 2011

Agradecimentos

Quero agradecer primeiro a Deus, meu guia e protetor de todas as horas, pelo dom da vida e por todos os demais dons que colocou nessa pequenina pessoa que agora escreve. O Senhor deu-me força, coragem, sabedoria e determinação para que eu pudesse chegar até aqui, pois muitos foram os empecilhos, vencidos por boas escolhas e que geraram grandes aprendizados.

Em seguida, agradeço a minha família, ao meu pai que nunca deixou de “banciar” meus estudos e apoiar minhas escolhas, a minha mãe que admira o que eu faço, as minhas tias, que sempre estão presentes nas horas mais difíceis e felizes da minha vida, na hora das minhas “neuras”, sempre dispostas a me reerguer. Um obrigada especial a minha avó Maria, que faz tudo por mim e que me proporciona uma alegria desmedida quando diz ter muito orgulho da pessoa que me tornei e do que eu faço, mesmo tendo escolhido um caminho diferente do que ela sonhava.

A Soraya Fleischer, minha querida orientadora, a qual acreditou em mim e me deu uma chance de iniciar minha vida científica ao seu lado. Ótimos e brilhantes foram os conselhos que ela me deu, broncas também existiram, as quais contribuíram para o meu despertar.

Aos grandes amigos que me acompanharam em toda essa jornada antropológica, amigos que estão ao meu lado desde o início do curso – não é, Ranna Mirthes? – e que acreditam, como eu, que a Antropologia pode fazer algo melhor por esse mundo. A minha grande amiga Flaviana, que sempre agüenta meus discursos fervorosos, antropológicos, intensos, sobre tudo e todos.

Aos familiares e amigos em geral, em especial, aos meus primos queridos, que começam agora suas jornadas universitárias, desejo muita sorte e felicidade, como tive dentro da Universidade de Brasília, um lugar mágico, o qual, além de engrandecer meu currículo, lembra-me todos os dias que posso chegar onde eu quiser, com muito estudo.

Aos meus interlocutores da Ceilândia.

A todos que sempre foram o suporte na hora da dúvida. E a mim, que persisti, lutei e que agora estou aqui para apresentar minha dissertação. Amo todos vocês. Obrigada Deus.

Resumo:

Partindo de uma perspectiva antropológica - mais especificamente da vertente da Antropologia da saúde – em que a enfermidade é vista como polissêmica e multifacetada, e levando em conta que o cuidado com saúde é uma realidade de construção social e cultural, esta pesquisa busca conhecer as experiências dos moradores da Ceilândia Sul-DF em relação ao uso de aparelhos tecnológicos biomédicos, como os medidores de glicemia capilar e os de pressão arterial. A idéia central é entender como estes aparelhos participam da vida dos doentes, entender e buscar as concepções culturais e sociais que sustentam a lógica do uso destes aparelhos e qual é o sentido dos mesmos na vida dos indivíduos. A ação de verificar/medir o nível de açúcar ou a força do sangue é uma realidade subjetiva e delimitadora de comportamentos que cabe ser conhecida. Partiu-se do interesse em se entender um pouco mais sobre como os “números” - que são revelados por meio dos resultados “emitidos” pela tecnologia destes aparelhos - estão presentes na vida dos usuários e como eles passam de objeto a sujeito de mudança na vida dos indivíduos que os utilizam. Os estudos sob esta temática são raros no país, mas não poderiam deixar de ser pesquisados, por diversos motivos, como: aumento do número de pacientes com o diagnóstico de Hipertensão e/ou Diabetes; a venda, cada vez mais numerosa, destes aparelhos em farmácias, internet, lojas online; a reinterpretção diária e diversificada que os “números” recebem; entre outros fatores.

Ama-se mais o que se conquista com esforço.

Benjamin Disraeli

Para João, Marta, Maria, Socorro, Das Dores, Joana, Vera, Bárbara, Fernanda, Henrique,
Ingrid, Felipe e Flaviana.

Sumário

CAPÍTULO 1	10
Introdução	10
CAPÍTULO 2	16
Notas de um percurso intelectual	16
2.1 Interesse inicial pelo tema	16
2.2 Configurando o Campo	19
2.3 Papéis sociais atribuídos em campo à pesquisadora	23
2.4 Lugares antropológicos	25
2.5. Escolhas metodológicas	26
CAPÍTULO 3	29
Representações Sociais acerca de doenças como Hipertensão e Diabetes	29
3.1. Representações concretas e biomédicas para essas doenças	31
3.1.1. O diabetes	32
3.1.2. A hipertensão	33
3.2 Hipertensão e diabetes: as representações populares encontradas	35
3.2.1 O diabetes e suas representações	37
3.2.2 A Hipertensão e suas representações	43
3.3 Como as representações ajudam a pensar os aparelhos	52
CAPÍTULO 4	54
“Reloginho, bombinha ou pêra”: quem são os coadjuvantes da medição	54
4.1 O que os aparelhos têm a nos ensinar?	56
4.2 Quadro geral sobre uso de aparelhos.....	60
4.3 A tecnologia seduz ou preocupa?	62
4.4 Vilões ou mocinhos?	64
CAPÍTULO 5	69
As aferições e seus dilemas	69
5.1 O domínio dos valores revelados	70
5.2 “16 por 8. Tá alta, tá?”: como acontecem as aferições.....	73
5.3. Quando números e sintomas não “batem”: O drama se instaura.....	78
5.4 Fé, chá e internet: ativos participantes das aferições.....	83

Considerações Finais	88
Referências	92

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Uma semana antes de concluir este trabalho, uma colega comentou comigo sobre algumas propagandas que estavam sendo veiculadas, em revistas de grande circulação nacional, sobre a venda de aparelhos de ultrassom portáteis. Geralmente são propagandas de duas páginas, de alto custo publicitário. Quando não estão no meio da revista, entre uma reportagem e outra, estão nas seções de saúde e qualidade de vida. Logo, são dirigidas a um público amplo, não restrito a profissionais de saúde. Acompanhemos um trecho de uma reportagem (2011) sobre tal equipamento, encontrada na internet, em um blog especializado em cuidados da saúde:

Saúde na palma da mão

Vscan: aparelho de ultrassom portátil da GE Healthcare lançado no Brasil na semana passada.



Ele promete contribuir muito com a área de saúde no Brasil, levando o exame de ultrassom a lugares onde um aparelho convencional não chegaria. Estamos falando do Vscan, o ultrassom portátil da GE Healthcare, que foi

apresentado oficialmente ao mercado brasileiro na semana passada, durante a 41ª JPR – Jornada Paulista de Radiologia, em São Paulo.

Com 75 milímetros de largura, 135 milímetros de comprimento e 28 milímetros de altura, o Vscan cabe no bolso e pode ser facilmente carregado pelo médico de uma sala para outra do hospital ou para lugares distantes, como regiões rurais ou comunidades longe dos centros urbanos, que não têm acesso fácil a exames feitos por ultrassom. O Vscan também é indicado para atendimentos de emergências, como em ambulâncias e área de urgência de hospitais. Ele gera imagens em preto e branco em alta resolução, assim como imagens do fluxo de sangue codificado em cores (Doppler Colorido). Através do Vscan também é possível fazer avaliações de problemas cardíacos.

Ao apresentar esse curto texto, extraído do meio virtual, busca-se ilustrar como estes pequenos equipamentos biomédicos estão sendo “apresentados” ao público. Pensar no interesse da grande indústria farmacêutica em pôr a venda este tipo de aparelho, e mais, na tentativa de naturalizar seu uso, nos leva a refletir sobre o lucro intentado por estas empresas. Além disso, a refletir sobre a mais nova necessidade dentro do campo da saúde, que é cuidar do “interior”. Seria como: a indústria produz e o marketing nos faz achar imprescindíveis. Poder ter acesso a valores, número e, principalmente, a imagens de dentro do nosso corpo, torna-se cada vez mais uma necessidade criada em nós, que traz a idéia de que estamos no controle “máximo” da nossa força e vigor.

Assim aconteceu com os aparelhos de pressão arterial e glicemia capilar. Anteriormente, eram restritos ao ambiente médico, mas com a necessidade de um controle mais próximo e “intenso” dessas taxas, estes foram sendo reapropriados no ambiente doméstico, a fim de facilitar um cuidado “íntimo” destes números que representam a “saúde” ou a “doença” que carregamos em nós.

Ter dentro da bolsa uma carteira, um batom, uma agendinha, um celular e um aparelho de ultrassom, deixará de causar espanto em pouco tempo? Assim como já percebemos com certa naturalidade o porte dos aparelhos biomédicos em questão. Quem puder comprá-los, que tenha a tecnologia à sua disposição. Mas o outro lado da situação ainda vai ser conhecido. Assim como quase tudo que passa pelas mãos humanas tende a ser reapropriado ou reinterpretado por suas ações, demanda e/ou criatividade, devido ao meio cultural que o sujeito está inscrito, estes aparelhos também terão suas “contra-dádivas” representadas. Ainda é cedo para determinar quais serão elas, mas à luz do que acontece com os aparelhos de “pressão” e “glicose”, pode-se pensar em números e valores definindo ações e remodelando as condutas interpessoais.

* * *

A tecnologia está ao nosso redor, em todos os lugares que frequentamos, especialmente no cuidado da saúde. Entretanto, poucas vezes direcionamos nosso olhar para reparar como somos “afetados” ou influenciados por ela. Partindo de uma perspectiva antropológica - mais especificamente da vertente da Antropologia da saúde – em que a

enfermidade é vista como polissêmica e multifacetada, e levando em conta que o cuidado com a saúde é uma realidade de construção social e cultural, esta pesquisa buscou conhecer um pouco desta tecnologia biomédica que nos rodeia, as experiências dos moradores da Ceilândia Sul-DF para com os medidores de glicemia capilar – glicosímetro – e os de pressão arterial – esfigmomanômetro – os quais fazem parte do cotidiano terapêutico das pessoas que residem por ali e que freqüentam o centro de saúde n. 04 da Ceilândia Sul.

A ação de verificar/medir o nível de glicose ou da força com que o sangue humano circula é uma realidade subjetiva e delimitadora de comportamentos que cabe ser conhecida, sobretudo porque tem repercussões diretas na adesão ao cuidado dos problemas de saúde e no relacionamento com as instituições de saúde, públicas e privadas, acionadas pelas pessoas envolvidas nessa pesquisa.

Aqui será abordada, portanto, a realidade das medições feitas em um centro de saúde ou “posto”, as quais se mostram ricas pela multiplicidade de situações e interpretações por parte dos “pacientes” e da equipe de saúde. Aproveito o momento para explicar o porquê das aspas nas palavras “paciente” e “posto”. “Paciente” entre aspas quer indicar que antes de estarem doentes, de serem frequentadores dos serviços de saúde, são *peessoas*, com trajetórias de vida, hábitos e costumes arraigados, não podendo ser somente considerados como mais uma peça do sistema de saúde, inerte, sem amarras sociais. A palavra “posto” é a forma usual, conhecida pelo senso comum, para se referir a centro de saúde, logo, usarei como sinônimo para tal. Ao longo do texto, pretendo utilizar essas duas palavras, ressaltando a explicação dada acima e preservando seu verdadeiro sentido.

Vale ressaltar também, a respeito da estrutura gramatical do texto, que em alguns momentos e explicações utilizou o tempo verbal do presente, representando o vivido em campo, relativo ao período do primeiro semestre de 2011. Longe de intentar dizer que os fatos permanecem estáveis ou iguais ao tempo pesquisado. E também que, para resguardar a identidade dos interlocutores, o uso de pseudônimos se faz presente neste texto.

Com o enfoque em seus pacientes e funcionários, com especial atenção àqueles que são possuidores de doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus, pretende-se demonstrar o quão flexíveis podem ser as barreiras impostas por regras medicalizadas, em

função de uma reapropriação do discurso médico acerca dessas doenças e do uso dos aparelhos em questão.

* * *

O que me motivou a pesquisar e escrever sobre este tema foram os aparelhos biomédicos que encontrava de forma recorrente em campo, em minha pesquisa anterior. Ao buscar conhecer mais sobre o uso de “remédios caseiros” como chás, garrafadas e xaropes, comecei a notar que em quase todas as residências, os aparelhos estavam presentes, muitas vezes fazendo parte do momento anterior ou posterior à ingestão destes remédios. Se consultava o aparelho para saber como estava a pressão arterial ou a glicemia, logo, dependendo do resultado, tomava-se ou não o remédio caseiro, a mais ou a menos do que o de costume. Quando não, a situação era invertida. Tomava-se o remédio caseiro e verificava-se se este fazia realmente efeito no controle das doenças. O que importava, não era o momento da aferição em si ou o uso dos chás, mas o fato de que aquelas ações, decisões, eram orientadas, de forma geral, pelos números que apareciam, como resultados, nos aparelhos em questão.

A relevância desse tema está em sua atualidade e pertinência. Pensar em como a tecnologia tem adentrado nossas vidas, nossas casas, nosso corpo, é refletir sobre novos parâmetros que estão sendo construídos sobre o cuidar de si. São tecnologias que vêm ajudar, mas que também podem criar dependência ou ansiedade em se conhecer seu resultado. E os exames médicos tecnológicos estão nesse patamar. Descobriremos melhor como as pessoas envolvidas neste estudo, geralmente pacientes crônicos, percebem o uso desses aparelhos e quais os dilemas levantados por eles. Desde já cabe ressaltar, que mesmo contendo um caráter científico, os aparelhos não convencem por si só.

* * *

Este estudo está dividido em três grandes eixos. O primeiro aborda o tema sobre representação social acerca das doenças crônicas em foco, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Compreender como as pessoas entendem seu adoecer é importante, pois por meio das representações sociais sobre esta experiência, elas nos situam dentro de seu contexto sócio-cultural, visto que a cultura e a estrutura social tendem a organizar a

experiência e o comportamento para com a doença. E como os aparelhos biomédicos fazem parte desse ritual terapêutico, tem todo sentido estarem também presentes neste processo. No 1º capítulo, autores como Durkheim, ao apresentar inauguralmente, o conceito sobre “representações coletivas”, junto a Moscovici, ajudam a pensar a importância da visão de mundo gerada pelo todo social. Ana Maria Canesqui e Reni Aparecida Barsaglini, duas autoras na área de saúde coletiva da Unicamp, apresentaram as idéias mais frutíferas e interessantes acerca do adoecer crônico, num campo escasso de bibliografia e publicações. Elas estão presentes ao longo de todo o trabalho. Claudine Herzlich, Arthur Kleinmann e Luiz Fernando Duarte, também trazem algumas contribuições acerca da representação social sobre o adoecer, sendo este um processo individual e íntimo de cada pessoa, mas ao mesmo tempo compartilhado e construído coletivamente.

No capítulo seguinte, os aparelhos biomédicos, como os glicosímetros e esfigmomanômetros, são os protagonistas. A intenção é apresentar como eles são entendidos, como participam da vida das pessoas, como as concepções sociais e culturais sustentam a lógica de seus usos e qual é o sentido dos mesmos na vida dos indivíduos. É um capítulo mais tecnológico, diríamos. Por isso, abordar Bruno Latour e Donna Haraway se faz necessário, pois ambos discutem a interação homem-máquina e os limites existentes entre a cultura e a técnica. Após uma pequena discussão teórica, parte-se para apresentar o uso dos aparelhos, o impacto que eles têm na vida das pessoas contatadas; os papéis que desempenham, se são de fato “bons” ou “maus” no cuidado da saúde; e o que se pode esperar deles.

Por último, talvez como mais importante, vêm as concepções em si sobre as aferições. São elas que suscitam os mais diversos dilemas sobre o uso dos aparelhos. A construção da experiência do aferir, no caso os índices de glicemia e pressão arterial, abarca as explicações sobre o momento, o resultado, o número, a interpretação da aferição, onde quer se conhecer os sentidos e significados atribuídos a tal ato. Como as pessoas entendem os números revelados pelos aparelhos? Se entendem, onde aprenderam? Que dúvidas ou dilemas suscitam? Estas são algumas questões que tentaram ser respondidas. Novamente, Canesqui e Barsaglini são as autoras que ajudam a embasar estes questionamentos.

Por fim, deparo-me com a mesma temática que me levou a pesquisar sobre os aparelhos biomédicos, os “remédios caseiros”. O intenso contato com o sistema biomédico e com a tecnologia que participa dele não excluiu o emprego de recursos terapêuticos pertinentes a outros modelos de cura, como o consumo dos chás caseiros e dos fitoterápicos. É um ciclo, parece-me. Onde tradições antigas e práticas modernas, alternam-se constantemente, no cuidado da saúde.

A partir de uma experiência de pesquisa, em uma região administrativa localizada no Distrito Federal, pretende-se traçar um paralelo entre o uso de aparelhos biomédicos e as representações sociais que eles contribuíram para construir. O material bibliográfico, inicialmente encontrado foi útil para ordenar as peças dentro do campo etnográfico, posteriormente, se mostrou insuficiente diante da multiplicidade de experiências lá vividas. Com o enfoque em seus pacientes e equipe médica, com especial atenção àquelas pessoas com doenças crônicas, pretende-se demonstrar o quão flexíveis podem ser as fronteiras entre o tecnológico e o cultural, por meio da apropriação social dos aparelhos biomédicos.

CAPÍTULO 2

NOTAS DE UM PERCURSO INTELECTUAL

2.1 Interesse inicial pelo tema

O interesse por essa área de pesquisa, com aparelhos biomédicos, se deu em minha pesquisa anterior quando, no ano de 2009, iniciei um trabalho de Pró-IC – Programa de Iniciação Científica – acerca de “remédios de folha” na Ceilândia Sul. Fui convidada pela professora Soraya Fleischer para participar de um projeto que ela desenvolvia junto a alguns alunos do Campus da Ceilândia. Com a intenção de me envolver mais com a pesquisa científica, aceitei prontamente o convite, mesmo se tratando de uma região administrativa a qual eu não conhecia. Fui apresentada à Ceilândia por um amigo, integrante da pesquisa, que reside nessa cidade. Ele me apresentou alguns dos nossos interlocutores, o centro de saúde n. 04, o Campus da UnB e um pouco da região. Meu campo de trabalho limitava-se às quadras 08, 06, 22 e 24, que estão localizadas no bairro denominado Guariroba. Este compreende as quadras pares QNNs 02 a 10; 12 a 16; 18 a 26 e 28 a 34 e a Nova Guariroba, que faz parte da região, com as quadras pares QNNs 36 a 40.

Inicialmente, éramos uma equipe de três pessoas, cada uma pesquisando uma temática diferente, entretanto, todos dentro do tema central que era Antropologia da Saúde. As temáticas do projeto maior se dividiam em: a) Conhecer os serviços de saúde oferecidos aos moradores da Ceilândia Sul, em especial, oferecidos pelo centro de saúde n. 04; b) Entender sobre o auto-cuidado com a saúde, por parte dos moradores do bairro, pois muitos de nossos interlocutores são idosos e há casos de muitos deles que vivem sozinhos, o que acarreta um cuidado diferenciado da saúde; c) Estudar a cronicidade, por meio da observação do cuidar da saúde por parte de diabéticos e hipertensos, entender um pouco como uma doença de caráter não-transitório interfere na vida destas pessoas, e; d) Conhecer o uso de medicamentos alopáticos e fitoterápicos, realizando um estudo na farmácia do centro de saúde n. 04 e também nas casas da região. Esta última temática coube a eu desenvolver neste primeiro projeto do Pró-IC. Fiquei responsável por pesquisar o tema:

“Remédios de folha, remédios de médico”: concepções sociais acerca do uso de medicamentos na Ceilândia Sul, DF (BEZERRA, 2010) - onde precisei visitar muitas casas para conhecer como as pessoas utilizavam os remédios caseiros, conhecer suas “hortinhas”, suas “farmácias domésticas”. A intenção era entender como as pessoas usavam os remédios caseiros, se os associavam com os medicamentos alopáticos, se tinham fé em sua eficácia, se preferiam estes aos “remédios de médico”, se tinham o costume de fazer chás ou garrafadas, se receitavam estas as vizinhos/amigos, entre outras questões. Andar em grupo facilitou muito a inserção em campo, pois em pouco tempo, eu estava familiarizada com uma parte da Ceilândia. Com o passar do tempo, os colegas foram se dispersando, cada um com novos interesses de pesquisa. Encontrei-me, em poucos meses, uma antropóloga solitária, o que não me fez desanimar.

Em diversas visitas que realizei, conheci pessoas que eram portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus e elas sempre citavam, além dos “remédios do posto”, algum remédio caseiro que utilizavam para cuidar de suas doenças. Uso a palavra “doença”, “doente”, quanto à classificação biomédica usual, bem conceituada por Helman:

No paradigma científico da medicina moderna, doença se refere às anormalidades da estrutura e função dos órgãos e sistemas corporais (EISENBERG, 1977). Doenças são as chamadas entidades patológicas que compõem o modelo médico de saúde debilitada, como diabetes e tuberculose, e que podem ser especificamente identificadas e descritas pela referência a certa evidência biológica, química ou outra. (...) Por exemplo, o modelo de doença pressupõe que a diabetes em um paciente de Manchester é a mesma diabetes em um homem de uma tribo da Nova Guiné. (2009, p. 120)

Quando visitava alguém com uma dessas doenças, observei que muitas vezes as pessoas relatavam que, após tomarem um chá ou uma garrafada, elas consultavam seus aparelhos para saber se aquele “preparado” – termo encontrado em campo para chás ou garrafadas – estava ajudando a controlar seus “níveis” de açúcar ou pressão arterial. Se os números davam “fora do esperado”, algumas atitudes eram tomadas para contornar a situação, como dobrar a quantidade de chá ingerido, ou tomar mais do medicamento prescrito, entre outras. Nisso, pude perceber que muitas famílias possuíam os aparelhos de glicose e pressão arterial em suas casas, mesmo aquelas pessoas que não eram propriamente

tidas como doentes ou se auto-denominavam como tal. Havia quem fizesse o caminho inverso, ou seja, verificava o número que o aparelho revelava, só para então ingerir o medicamento ou o “preparado”. Fiquei intrigada também ao presenciar alguns casos em que pessoas que não eram hipertensas ou diabéticas e ainda sim tinham o costume de “dar uma olhada” na pressão de vez em quando. Diante desse cenário, minha expectativa em conhecer mais sobre o uso desses aparelhos cresceu. Esta foi minha “iniciação” numa segunda pesquisa. Foi por meio dos fitoterápicos que novos temas foram se revelando e comecei a olhar os aparelhos biomédicos de forma diferente.

Muitos outros motivos e situações posteriores vieram a se somar a este. Fiquei mais atenta para reparar e reconhecer que em minha própria casa também existe o costume de se consultar o aparelho digital de pressão. Minha avó, quando não está passando bem, “dá uma olhadinha na pressão” para ter certeza se o seu mal-estar está mesmo relacionado com sua hipertensão. Eu mesma, quando o aparelho está passando de mão em mão entre meus familiares, “dou uma verificada na minha”. Cabe ressaltar aqui que este é um ritual que acontece sempre quando minha avó pega o aparelho e verifica sua pressão, geralmente quem está em volta se lembra de que vale a pena “dar uma olhada” na pressão, então cada um coloca o aparelho envolta do próprio pulso e “vê” como está. Alguns comentários surgem a partir dos resultados, como: “que pressão alta é essa?!”, “faz direito, coloca mais perto do peito”, “esse nove aí é porque você comeu muito sal no almoço”. Eu verifico a minha pressão e adoro enunciar, diga-se de passagem, os números “normais” que são revelados, é uma sensação de auto-afirmação da minha saúde.

Poderia listar inúmeros exemplos de como fui sendo invadida pela vontade de conhecer melhor o “poder” dos números, pois quando estou mergulhada em uma pesquisa geralmente faço de algumas experiências pessoais motivos e exemplos ilustrativos para meu estudo. Tanto é que lembrei que, quando pequena, fui considerada “pré-diabética”, meu nível de açúcar no sangue era bem próximo do limite desejável, então isso gerou uma mudança de hábito na minha infância. Eu não podia comer doce, precisava seguir dietas, exames eram frequentes em meu cotidiano. Eu não tinha o aparelho de glicose – glicosímetro – e tinha que ir ao laboratório, tirar sangue, para “ver como estavam as coisas”. Ainda bem que essa situação perdurou por um curto período da minha vida, dos

seis aos dez/doze anos, entretanto até hoje ainda escuto comentários: “Natália, cuidado, não come muito doce, você não lembra que era ‘pré-diabética’?”. Parece que essa condição pré-patológica é um estigma que carregamos ao longo da vida, uma hora esquecida, outra, lembrada. Mas o que importa é mostrar que eu já senti na pele o peso de um número quase “fora do padrão”, o peso de um número no cotidiano.

E esta é mais uma face do ofício antropológico. Trata-se de colocar não apenas nossas opiniões e posições, mas o nosso próprio olhar na frente do espelho. É quando comparamos nossas próprias categorias conceituais, com as quais costumamos trabalhar, com as categorias encontradas em campo, logo, é a experiência da etnografia que permite esta forma de reconstruir/repensar nossa própria cultura. Lembro-me do texto de Roberto DaMatta, que trata do exótico e do familiar. Segundo ele:

(...) Só se tem Antropologia Social quando se tem de algum modo o exótico, e o exótico depende invariavelmente da distância social (...) vestir a capa de etnólogo é aprender a realizar uma dupla tarefa (...) transformar o exótico no familiar e/ou transformar o familiar em exótico. E, em ambos os casos, é necessária a presença dos dois termos (que representam dois universos de significação) e (...) uma vivência dos dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los (1978, p. 28).

Ao abordar meu tema de pesquisa, o uso de aparelhos biomédicos, precisei transformar o que me era familiar em “exótico”, de modo a poder torná-lo objeto de estudo e, em contrapartida, tracei o caminho inverso, transformando este exótico em familiar, só que em outro nível, por meio de tradução para uma linguagem antropológica. Assim realizei este trabalho. Quando vejo o meu tema de pesquisa dentro de casa, dentro da minha família, em minha vida, percebo que minhas categorias de “familiar e exótico” podem ser modificadas e reconstruídas, e isso é o que faz crescer em qualidade a minha pesquisa etnográfica.

2.2 Configurando o Campo

A presente pesquisa foi resultado de uma soma entre os dois projetos do Pró-IC que participei entre 2009 e 2011. Ao final da primeira pesquisa, a qual trabalhei com “remédios

de planta”, encontrei os aparelhos medidores de glicemia capilar e de pressão arterial nas casas, o que eram usados concomitantemente com os chás e garrafadas, além dos medicamentos. O “ritual” do uso destes objetos começou a despertar em mim a vontade de conhecer mais sobre esse “percurso terapêutico”, em que os aparelhos biomédicos participam ativamente. A nova pesquisa, então, foi pensada como um novo projeto para o Pró-IC 2010, o que contou exatamente com a renovação da bolsa de iniciação científica e também com a disciplina “Seminário”, primeira etapa para a Dissertação. Não seria proveitoso realizar duas pesquisas diferentes ao mesmo tempo, por isso decidi unir as duas atividades em uma só, ou seja, o Pró-IC com a disciplina. Mas somente no ano de 2011 que comecei de fato a visitar as casas e o centro de saúde, observando como essas “tecnologias” participavam da vida das pessoas, pois o fim do ano de 2010 foi direcionado para a pesquisa bibliográfica.

Dois *loci* fizeram parte deste estudo sobre os aparelhos medidores: as casas dos moradores do bairro e o centro de saúde n. 04, o qual presta atendimento básico à população, principalmente das pessoas que residem naquela região. Este último foi o principal lugar onde realizei a presente pesquisa, entre março a julho de 2011.

O centro de saúde n. 04 atende cerca de oito quadras da Ceilândia Sul. Ele possui especialidades como clínica médica, pediatria, gineco/obstetrícia, odontologia, serviço social e nutrição. Oferece também aos seus usuários atendimento especial para acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Estes atendimentos são feitos, primeiramente, por meio de grupos formados por 16 a 20 pacientes. Neles, há um “ritual” a ser desenvolvido, sendo que primeiramente as pessoas têm seus níveis de pressão arterial e/ou glicose aferidos e anotados em um cartão de controle, depois acompanham uma palestra com temas relacionados à saúde, geralmente proferida por uma enfermeira ou assistente social e, posteriormente, são encaminhados à consulta. Isto acontece, para cada paciente cadastrado, a cada seis meses, em média.

Minha entrada e pesquisa no centro de saúde se deram, primeiramente, por meio do acompanhamento das reuniões destes grupos de diabéticos e hipertensos. Eu costumava chegar ao centro de saúde por volta das sete horas da manhã, horário que se inicia o “grupo dos hipertensos”, nos dias de terça-feira e quinta-feira. Caminhava direto para a sala onde

aconteciam as reuniões. Era uma sala no fundo do centro de saúde. Havia várias cadeiras, uma mesa grande onde ficavam os prontuários e um móvel com uma televisão e DVD. Sentava-me, geralmente, no fundo da sala e procurava anotar ao máximo o que acontecia ali, pois eram muitos detalhes, os números eram enunciados a todo momento por causa das aferições, às vezes seguidos de perguntas, outras, de broncas. Eu assistia à reunião calada, não queria atrapalhar a fala da enfermeira, de vez em quando conversava com alguém do meu lado. Entretanto, minha presença intrigava, era como se as pessoas se questionassem o porquê de alguém tão jovem estar ali. De vez em quando, um senhor ou uma senhora me orientava a entregar o cartão da consulta para as auxiliares de enfermagem, me vendo assim como paciente. Eu explicava que estava fazendo uma pesquisa para a faculdade, não iria me consultar. Por volta de duas vezes fui solicitada pela enfermeira a me apresentar, explicar o que eu estava fazendo na reunião. Ao contrário de abrir caminhos para novos diálogos, essa atitude, a meu ver, deixava as pessoas um pouco receosas comigo, acredito que pensando: “E se essa menina for conversar comigo, vou saber o que dizer?”. Penso que quando parecemos estar em um mesmo grau de horizontalidade – quando elas me vêem como mais um paciente – as pessoas se sentem mais confiantes a nos contar suas histórias, a conversa fica um pouco mais “natural”, porém estamos caindo numa inverdade por não contar a elas o que de fato estamos fazendo em campo – atitude que eu evitava sempre que possível. Apresentar-me ao grupo como pesquisadora “letrada” construía um nível hierárquico que atrapalhava um pouco as relações interpessoais, visto a simplicidade do grupo estudado. Fiquei pensando se no caso de andar pelo posto, eu precisasse usar jaleco, tal situação me traria novas “identidades” e dificultaria ainda mais o trabalho “informal” que eu intencionava realizar. É a mesma situação que nos apresenta a pesquisadora Lilian Chazan, em seu campo dentro de uma clínica obstétrica, com a dificuldade com o uso do jaleco:

Percebi que ter de vestir o jaleco havia introduzido um elemento novo na observação, no tocante a como me situava no campo, mas naquele momento não ficou claro o porquê. O desconforto experimentado apontou para o questionamento sobre a explicitação da minha posição em campo, em termos éticos. Estando de jaleco, estava ‘disfarçada’ de médica, e a observação etnográfica ficava impregnada por uma inverdade – principalmente considerando a presença do etnógrafo como parte integrante da etnografia. (2005, p.25)

Passada a reunião, as pessoas eram encaminhadas para a consulta. Neste momento, sentava-me despretensiosamente junto a elas na fila de espera e começava uma conversa, ou às vezes não precisava perguntar nada, elas mesmas lembravam-se da minha presença na reunião e se sentiam à vontade para comentar algum assunto. Eram momentos que rendiam boas conversas, perguntas, respostas, dúvidas de minha parte e, ao cabo, boas anotações em campo. Posteriormente, comecei a frequentar também a sala de acolhimento.

No centro de saúde há uma sala especial que serve de acompanhamento/monitoramento de pressão arterial ou glicemia, para todo tipo de pessoa, seja ela portadora de doenças como hipertensão ou diabetes ou não, que é chamada de *sala de acolhimento*. Nela são usados abundantemente os aparelhos que são os objetos centrais deste estudo. Os pacientes passam por esta sala para ter seus níveis de glicose e/ou pressão arterial aferidos pelos profissionais de saúde, geralmente, duas auxiliares de enfermagem. É nesta sala onde os números são especialmente revelados, geram ações e revelam situações que foram fontes de reflexão para o estudo. Entretanto, como é uma sala perto da entrada do centro de saúde e que fica ao lado do balcão de atendimento, é procurada pelos pacientes para resolver diversos tipos de problemas, ou seja, é palco para outras situações, além da medição. Muitas pessoas batem à porta para perguntar alguma coisa, tirar uma dúvida, buscar medicamentos, para “pegar ou trocar receitas”, para confirmarem uma consulta, descobrir que horas os médicos estarão presentes. Medir é só um dos motivos. Mas também é nesta pequena sala que as conversas mais informais entre profissionais de saúde acontecem, onde eles se descontraem, lancham, fofocam, quando não há paciente vendo.

Em poucas visitas, estava me sentindo à vontade para perguntar, questionar, comentar, sorrir junto com as duas auxiliares de enfermagem que ficam na sala. Toda vez que eu chegava, batia à porta e elas, prontamente, me convidavam para entrar. Tinha sempre “minha” cadeira junto à mesa. Meu lugar ficava em frente às auxiliares, e era possível observar diretamente as aferições e as conversas que aconteciam. Os pacientes sentavam-se à minha esquerda, em uma cadeira branca de metal, também destinada só a eles. A “minha” cadeira, era daquelas compridas, de dois lugares, mas com um dos lados um pouco mais baixo, então ela ficava em falso, estava “quebrada”. Como as pessoas

evitavam sentar nela, com medo de cair, eu percebi que ali poderia virar um lugar “cativo”. Então sempre sentava nela, sentava mais para o meio, para não tombar, daí virou a “minha cadeira”. Só depois fui me dar conta da preciosidade de um antropólogo ganhar seu lugar em campo – além do lugar ideal, ao nível do entendimento, mas um lugar físico. Faz-nos sentir mais pertencentes ao campo, pois saber que existia um lugar me esperando era reconfortante quando a programação para o dia não dava certo. Mas, além disso, significava que eu fazia algum sentido para certas pessoas, pois me questionavam: “Você não veio semana passada? Tá sumida. A sala ficou vazia.”

Há também a contra-dádiva da sala de acolhimento. Nela fui “pressionada” a dar explicações, falar sobre o meu curso ou o que eu estava pesquisando exatamente, falar sobre o que eu escrevia tanto nos diários. Natural isso, despertamos a curiosidade alheia. Alguém mais jovem, não vestindo branco ou jaleco, mas que observava o movimento, entrava e saída do interior do posto e anotava tudo em um caderninho, era ou não uma situação que despertava atenção e interesse?

2.3 Papéis sociais atribuídos em campo à pesquisadora

Pelos principais nativos do campo, os pacientes, não fui questionada ou barrada por anotar as idéias no caderno, mas sempre ouvia perguntas como “Para que é mesmo essa pesquisa?” ou “Você é da enfermagem?”. Quanto à equipe de saúde, esta sempre me perguntava que curso eu fazia na faculdade, o que eu estava pesquisando, o que eu queria descobrir com esse estudo, entre outras dúvidas. Embora tantos questionamentos por parte da equipe, eu tinha tranquilidade para anotar tudo que achava necessário, sem restrições externas. Eu fazia questão de responder a todas as perguntas, falava que era da Antropologia, estava pesquisando sobre saúde para minha monografia, mas não senti em momento algum que intencionassem saber realmente o que eu fazia por ali. Natália Orlandi Silveira (2010), em sua pesquisa em uma Instituição de Longa Permanência na cidade satélite do Núcleo Bandeirante, no Distrito Federal, experenciou situação parecida com a minha, no que tange nosso entendimento e reconhecimento em campo. As pessoas com

que ela conversava, desconheciam o que vinha a ser Antropologia, e principalmente, o que ela queria mesmo fazer naquele espaço. A imagem de profissional da saúde não saía do imaginário das pessoas:

Não bastava entender Antropologia como disciplina, mas também a própria essência e consistência de seu saber-fazer intrigavam alguns de meus interlocutores. A grande maioria desconhecia o que vinha a ser a Antropologia, e mesmo após as explicações dadas da melhor forma encontrada, eu ainda era vista como uma profissional da área da saúde, uma área desconhecida por eles, a Antropologia, mas ainda da saúde. (2010, p. 33).

Como pesquisadora, fui percebida de diversas formas em campo. Esta é uma reflexão importante porque, somente a partir daí, foi possível perceber como se deram os diálogos com as pessoas que conheci e encontrei. Fui notada como “estudante de farmácia” ou “estudante de medicina” por ser jovem e falar parecido como uma estudiosa da área saúde. Também achavam que eu era “pesquisadora do governo” – a maior parte das pessoas falava de política comigo, me perguntavam se eu estava ali para ver o que precisava ser melhorado, pedia para eu dar recado ao governador. Quando não, me viam como “candidata política” que faria melhorias na saúde pública. Outros achavam que eu era paciente e completavam: “Mas você é tão nova para ter pressão alta”. Para outros eu era “representante farmacêutica de aparelhos biomédicos”, após uma pequena conversa, as pessoas pediam para que eu arranjasse aparelhos de glicemia, até mesmo um de surdez me foi solicitado. Acho que represento um pouco a idéia ou imagem que as pessoas têm dos representantes farmacêuticos. Unhas e sobrancelhas feitas, roupa ajustada, não uso do jaleco, mochila, bloco de anotações, trânsito livre pelo posto, entre outras características, afirmavam tal condição. Quando apareciam essas questões, eu as corrigia e lembrava de que estava ali para fazer uma pesquisa para minha faculdade, que não poderia intervir no centro de saúde, talvez, ao final do estudo, poderia sugerir algumas modificações, mas não era minha intenção principal.

Várias classificações me foram atribuídas em campo, na tentativa de compreender minha presença, seja pelos pacientes ou pela equipe dirigente. As pessoas têm vontade de saber mais sobre nossas práticas, pouco usuais dentro do cenário de uma instituição de saúde, sobretudo quando pegamos nosso caderno de campo e anotamos vigorosamente, ao

invés de oferecer atendimento de forma ativa. Na tentativa de conhecer esta resposta, tive meu caderno de campo lido de relance por diversas vezes, minhas anotações eram espiadas de longe. E até uma abordagem direta aconteceu, como a do vigilante do posto, que certo dia aproximou-se, perguntou o que eu fazia tanto por ali e pegou meu caderno de campo para “ler” o que havia escrito. Ele deu uma olhada, folheou, enquanto eu tentava explicar um pouco do que pretendia ali. Penso que ele não compreendeu muito bem o que estava escrito, pois o caderno de campo é o que de mais pessoal existe na pesquisa etnográfica, a meu ver. Por exemplo, o meu caderno contém símbolos, percepções sentimentais, questões, “balõezinhos” de dúvida, setas, além da letra disforme por causa da rapidez da anotação. Essa intromissão, se é que podemos chamar assim, retrata uma das situações embaraçosas que passei em campo, entretanto, ao transportar o fato para a vida cotidiana, estamos expostos a isso em qualquer cenário que frequentemos. Este é o campo etnográfico: tal como se têm o poder de apreender as informações e dados oferecidos por ele, também se recebe a demanda pela “contra-dádiva”, que é ser mais um personagem em questão.

2.4 Lugares antropológicos

Cabe ressaltar que os espaços e principais interlocutores que me deram acesso aos dados etnográficos, foram, respectivamente, a sala de acolhimento e os pacientes que conheci nos grupos de apoio e na fila de espera das consultas. A sala de acolhimento, embora pequena e só com duas auxiliares de enfermagem, é o lugar de grande movimentação, pois em um turno geralmente são feitas de 15 a 20 aferições. Além disso, por lá passam pacientes, médicos, a diretora do posto, a enfermeira, os representantes farmacêuticos, os guardas, os auxiliares de farmácia, os antropólogos. Dados diversos são revelados ali, dados que completam um ao outro, mesmo não estando todos dentro da mesma temática de “saúde”. Foi um lugar estratégico que descobri dentro do posto, o lugar que me permitiu ouvir histórias, conhecer pessoas, acompanhar as aferições, broncas e fofocas. E o melhor, eu tinha meu lugar ali. Este foi o principal ambiente para colher os dados por parte da equipe dirigente. Quanto aos dados por parte dos pacientes, a fila de espera rendia bastante. Eu ficava um bom tempo nela, observando e conversando. É o

momento em que as pessoas estão aguardando a consulta, então elas estão mais aptas a uma conversa, excetuando alguns casos. Costumavam me contar sobre suas doenças, sobre os medicamentos que tomavam, mas, além disso, sobre suas vidas, cidade natal, problemas, filhos, netos. Nada poderia ser deixado de lado, pois estes são dados que nos fazem compreender melhor as respostas que estamos buscando em campo, era um meio de contextualizar os diálogos, ganhar confiança e poder ter acesso aos aparelhos que existiam em casa. Mas, acima disso, eram pessoas que viam em mim alguém disposta a ouvir, o que talvez não encontrassem com frequência ali no posto, onde todos sempre pareciam apressados.

2.5. Escolhas metodológicas

Como base metodológica desta pesquisa, destaca-se a etnografia. Este método é o que diferencia e engrandece o fazer antropológico, pois permite ao pesquisador uma abordagem aprofundada das questões que se propõe a estudar e/ou que surgem como relevantes aos próprios interlocutores em campo e que se materializam em práticas e discursos.

Muitas vezes vamos a campo com alguns temas pré-determinados, buscando encontrar respostas para certas perguntas, entretanto quando nos deparamos com a riqueza de detalhes oferecidos por nossos interlocutores, descortinam-se novos temas que merecem ser levados em consideração ou até mesmo, merecem uma pesquisa exclusiva. Nisso está a diversidade da antropologia. Ela permite, até certo ponto, que a pesquisa agregue novas temáticas, sem esquecer seu referencial, o ponto de partida que foi no caso o sistema de saúde em ação na Guariroba. A mudança de foco que a perspectiva antropológica permite, especialmente por causa do uso da etnografia, tem a vantagem de evitar que enormes dicotomias surjam entres os atores sociais e o investigador.

A presente pesquisa, por esta orientação, ao dar voz aos sujeitos estudados, levando a sério o fenômeno, tido por nossa equipe de pesquisa como relativamente novo, que é ter e usar em casa e na vizinhança doméstica equipamentos de aferição que, até pouco tempo

atrás eram exclusivos do ambiente hospitalar, não teve, *a priori*, a intenção de produzir generalizações para todos os grupos que se assemelhem ao estudado.

A etnografia foi realizada por meio da convivência com os sujeitos em campo, os quais foram se mostrando aptos e interessados a participarem dela. A partir de concordância voluntária, entrevistas foram realizadas nas casas e no Centro de Saúde, por meio de um roteiro de perguntas semi-estruturado, quando possível. Conversas informais e inesperadas também se tornaram fontes importantes de informação. Nos casos de entrevistas, a gravação foi usada, mediante permissão, e depois transcritas. Pude conversar com pacientes, acompanhantes de pacientes, médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e farmacêuticos. Entretanto, os integrantes do meu principal grupo de estudo foram as pessoas da terceira idade. São aquelas com mais de 65 anos de idade. Dialogar, perguntar, ouvir histórias, sorrir com esse público é gratificante, pois, geralmente, são pessoas que têm tempo disponível, gostam de conversar, estão em uma fase da vida que demanda maior cuidado com a saúde, trazem consigo hábitos e experiências de vida, fatos que interessam muito ao contexto antropológico. Não há nada melhor do que encontrar um interlocutor que goste de falar, se “entregue” às perguntas de cunho etnográfico e que ao respondê-las seja simples e ao mesmo tempo verdadeiro. Esta foi umas das melhores experiências em campo: aprender a ouvir as longas histórias que os idosos tinham para me contar, as quais trazem, intrinsecamente, ricos dados etnográficos, os quais revelam o significado da ação cotidiana. Neste caso, o percurso terapêutico seguido.

Em suma, para se ter uma idéia da minha inserção e produção em campo, vi aproximadamente 117 índices de pressão e glicose serem aferidos, foram feitas 12 visitas aos “grupos de apoio” realizados pelo centro de saúde; 21 pessoas foram contatadas por entrevistas ou conversas informais, sendo 65% do sexo feminino; 8 casas foram visitadas e 9 profissionais de saúde foram ouvidos em conversas informais.

Eu registrava os dados encontrados no caderno de campo, quando permitido, gravava as entrevistas, e para a organização e registro sistemático, os diários de campo eram escritos sempre no mesmo dia da observação, a partir das anotações do caderno e das entrevistas. A seguir, os dados foram organizados para esta dissertação, por temas ou blocos, como representações das doenças, questões sobre aparelhos biomédicos, seus usos e

interpretações e, por último, as aferições e os dilemas delas recorrentes. Um tomo cronológico de diários de campo também foi montado, a fim de ajudar na organização e periodização dos dados. Vale ressaltar, que muitas vezes a pesquisa foi realizada de forma coletiva, contando com minha orientadora – Soraya Fleischer; a nova integrante da pesquisa, Natharry Almeida e; por mim. Fomos algumas vezes a campo juntas, conversávamos em grupo com as pessoas, algumas questões eram compartilhadas sobre as entrevistas feitas por de cada uma de nós. A convivência coletiva em campo é enriquecedora, pois podemos ver como cada pessoa tem suas habilidades e seu modo de lidar com os nativos ou com as questões colocadas por eles. No desenvolvimento desta escrita, muita vezes usarei citações dos diários de minhas colegas, fazendo a devida referência e reforçando como estes dados são de construção e autoria coletiva.

Por último, devo ressaltar que muitas conversas tidas em campo foram rápidas, e por isso muitas vezes, ao longo do texto, não há a descrição completas das conversas ou dos personagens, bem como a contextualização das cenas e dos fatos. Foram diálogos com pouco contexto, rapidamente diluídos em um ambiente tão rotativo como uma fila de espera para consultas.

Todo este percurso metodológico, desde a primeira ida a campo até o desenvolvimento das atividades relacionadas acima, contribuíram de maneira intensa para a tentativa de pensar e descrever sobre o que me propus à conhecer com o meu estudo sobre o uso de aparelhos biomédicos, seus números e as variadas interpretações que daí surgiram. Mas, além disso, as experiências vividas em campo me ajudaram a amadurecer meu lado “antropóloga” e também meu lado “Natália”, como uma pessoa inserida nesse contexto social, afinal como explicita Cláudia Fonseca, “ninguém nega que somos parte da realidade que pesquisamos. (...) Ao reconhecer que existem outros “territórios”, ele – o pesquisador – alcança a reflexividade almejada” (1999, p. 65). Tal reflexividade ajudou a selecionar, analisar, descrever e apresentar melhor os dados que serão apresentados adiante, e também ajudou a repensar minha prática e inserção como antropóloga.

CAPÍTULO 3

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DE DOENÇAS COMO HIPERTENSÃO E DIABETES

O conceito de representação social, nos últimos anos, tem aparecido com grande frequência em trabalhos de diversas áreas, o que leva muitas vezes à indagação sobre o que será, afinal, algo de que tanto se fala. Este conceito perpassa as ciências humanas e não é de domínio de certa área de conhecimento. Ele tem raízes na sociologia, uma presença marcante na antropologia e também na psicologia social.

Representação social, segundo Émile Durkheim (2000), um dos mais renomados sociólogos franceses, o qual moldou a primeira definição para o termo, pode ser entendida como uma especificidade e primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual, uma vez que o social tem certo poder coercitivo sobre os indivíduos. Para ele, as representações sociais, ou melhor, coletivas, são as idéias e as várias formas de ações sociais que são impostas sobre as consciências individuais, que precedem os indivíduos e moldam suas consciências. Mostrou-se como elemento básico para a elaboração de teorias da religião, da magia e do pensamento mítico, nas obras de Durkheim.

Em 1961, meio século a frente do conceito de durkheimiano, o psicólogo social Serge Moscovici, aprimorou o que o autor anterior chamava por “representação coletiva”. Dentro das ciências sociais, “sua obra pode ser inserida no campo da sociologia do conhecimento e acredito que esta classificação, embora reducionista, não desagradaria ao autor” (OLIVEIRA, 2004, p. 67), apontou este sociólogo. Moscovici (2003) não desprezou a perspectiva individual das consciências, unindo tal perspectiva à experiência e à visão de mundo gerada pelo todo social. Ele afirmou que não obstante à tese durkheimiana sobre a separação entre representações individuais e coletivas estar correta, o problema encontra-se nos detalhes, nas singularidades, ou seja, no fato de que as representações coletivas tratam de fenômenos gerais e os “relacionam a práticas ou realidades que não o são” (OLIVEIRA, 2004). Em outras palavras, Moscovici não diz se as diversas representações coletivas ou individuais são ou não interdependentes.

Outros autores vieram somar, a estes, diferentes considerações acerca do termo em debate. Entretanto, o que cabe frisar, e o que é relevante para a abordagem das representações, sejam elas chamadas de “coletivas” ou “sociais”, é perceber que funcionam como um sistema de interpretação da realidade que rege as interações entre os indivíduos, seu meio físico e, principalmente, social, pois determinam muitos de seus comportamentos e práticas.

Para a antropologia, entender as representações sociais é válido porque elas revelam idéias e práticas culturais tão investigadas por seus estudiosos. O conceito de representação foi ainda utilizado em substituição ao de simbolismo, detentor de grande tradição de análise no campo da antropologia. Dentro deste do campo, Marcel Mauss deixou uma lição importante, como comenta Canesqui:

Ele enfatizou o quanto a atividade do pensamento coletivo é mais simbólica do que a do pensamento individual e as condutas individuais não são simbólicas em si mesmas e ganham sentido em relação a uma dada sociedade. Admite que as representações coletivas podem adotar formas concretas ou abstratas. (2003, p. 112)

Por meio delas, os nativos deixam “escapar” como percebem o mundo à sua volta, sua estrutura, suas hierarquias, as informações a respeito daquilo que conhecem sobre o objeto da representação, entre outras categorias. Segundo Lima:

Elas possuem uma função identitária que situa os indivíduos e os grupos dentro do contexto social e leva à formação de uma identidade social e pessoal gratificante e compatível com as normas e valores socialmente e historicamente determinados. (2005, p. 96)

Especialmente na área dos estudos da saúde, as representações sobre doença, saúde, enfermidade, anormalidades, patologia, entre outras, revelam categorias interessantes para pensar o adoecer e entender melhor como o senso comum tem organizado seu conhecimento. Como diz Herzlich:

De fato, a doença está hoje nas mãos da medicina, mas ela permanece sendo um fenômeno que a ultrapassa. A interrogação sobre o sentido, em particular, não se reduz à informação médica – o diagnóstico – que aceitamos em numerosos casos. Em um plano mais geral, a história da

medicina nos mostra de que modo as relações entre saber médico e concepções do senso comum podem estabelecer-se nos dois sentidos, sem uma dependência em sentido único, mas com vai-e-vens entre o pensamento erudito e o pensamento de senso comum. (2005, p.128)

A doença não está somente na pauta biomédica, erudita, como aponta Herzlich, mas ganha novos contornos, é representada por diversas características do senso comum. Em Canesqui (2007), este sentido é ressaltado, pois ela destaca que a interpretação de antropólogos e sociólogos da saúde valoriza a complexidade dos significados e sentidos que um episódio de enfermidade contém para seus doentes, diferente da interpretação médica, a qual tem sido limitada, por não se interessar sobre os mais íntimos entendimentos dos adoecidos, geralmente, atendo-se somente ao quadro epidemiológico.

A presente pesquisa, ao tomar emprestado o conceito de “representações”, quer demonstrar como o senso comum – presente nas representações sociais – junto ao conhecimento científico biomédico, podem ser combinados para ajudar a entender o fenômeno da doença e do uso de equipamentos biomédicos no cuidado terapêutico, no caso da hipertensão e do diabetes, em um pequeno grupo de indivíduos, como o estudado na Ceilândia.

Este capítulo apresenta quais categorias nativas foram encontradas acerca da construção da experiência do diabetes e da hipertensão e os significados atribuídos a ambas, ou seja, suas representações sociais.

3.1. Representações concretas e biomédicas para essas doenças

Cabe explicar, antes da apresentação dos dados etnográficos em si, como estas doenças são oficialmente definidas e por meio de quais unidades de medidas biomédicas elas são representadas. Digo “concretas”, pois são valores, números e taxas que definem ou comprovam a existência ou gravidade dessas enfermidades. Inúmeras vezes estas unidade de medida são citadas pelos pacientes ou reveladas pelas máquinas, por isso existe a necessidade de se conhecer previamente sobre que valores e referências os interlocutores

estão se referindo, pois estes números estão muito democratizados e são amplamente manejados pelos especialistas e seus pacientes.

3.1.1. O diabetes

O glicosímetro verifica o índice de glicemia no sangue. Por meio de uma gota de sangue depositada em uma fita reagente, a qual é inserida no aparelho, a quantidade de açúcar no sangue é revelado. Mas o que é esse “açúcar” no sangue? Como é medido?

Diabetes, segundo a Organização Mundial de Saúde é:

Uma doença crônica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o corpo não pode utilizar eficazmente a insulina que produz. Hiperglicemia, ou açúcar no sangue elevado, é um efeito comum da diabetes descontrolado e ao longo do tempo leva a sérios danos a muitos dos sistemas do corpo, especialmente os nervos e vasos sanguíneos. Ao longo do tempo, o diabetes pode danificar o coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos. Fala-se no termo “açúcar” em alusão à glicose que é o resultado da quebra do carboidrato, um dos açúcares mais complexos que temos em nosso corpo. (1999)

Segundo a Associação Brasileira de Diabetes – SBD – existem valores de glicemia para o diagnóstico de diabetes. Estes são os valores diagnósticos da Associação Americana de Diabetes e endossados pela SBD:

Normal: glicemia de jejum entre 70 mg/dl e 99mg/dl e inferior a 140mg/dl 2 horas após sobrecarga de glicose.

Intolerância à glicose: glicemia de jejum entre 100 a 125mg/dl.

Diabetes: 2 amostras colhidas em dias diferentes com resultado igual ou acima de 126mg/dl. ou quando a glicemia aleatória (feita a qualquer hora) estiver igual ou acima de 200mg/dl na presença de sintomas.

Estes índices de referência para o Diabetes são construídos, pensados e dependem do momento do dia que são realizados. Dependem da alimentação, se são realizados em jejum ou não; da finalidade, se o propósito é apenas para uma “checagem” de valores – podem até serem gerados após a refeição – ou se tem a intenção de descobrir a incidência

da doença – preferencialmente em jejum. As situações diferenciam os índices resultantes. O que importa mesmo destacar é que são índices não fixos e seguem, por tabela, protocolos clínicos também não fixos, pois estes também sofrem mudanças ao longo do tempo, devido a atualização dos estudos e pesquisas realizados. Os auto-exames de glicemia, sugeridos pelos profissionais de saúde, são necessários para um acompanhamento mais direto dos níveis de glicose no sangue, ajudando assim, ao paciente a cuidar melhor de si, prestar atenção ao seu tratamento. Mas por outro lado, se o auto-exame é recomendado, os cuidados posteriores a ele, como automedicação, por exemplo, são condenáveis. É preciso procurar um médico. Como relata Barsaglini (2007), os exames de glicemia correspondem à uma informação objetiva, pois segundo a autora, eles dão “visibilidade” e especialização aos problemas de saúde, por conter números e medidas, ter estatuto científico e por serem importantes para convencer os outros e a si mesmo, sobre seu estado de saúde.

3.1.2. A hipertensão

Hipertensão, comumente chamada de “pressão alta”, conceituada pelos médicos e cientistas da Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH – é ter a pressão arterial igual ou maior que 14 por 9, logo:

A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. (...) A pressão alta ataca os vasos, coração, rins e cérebro. Os vasos são recobertos internamente por uma camada muito fina e delicada, que é machucada quando o sangue está circulando com pressão elevada. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados podendo, com o passar dos anos, entupir ou romper. Quando o entupimento de um vaso acontece no coração, causa a angina que pode ocasionar um infarto. No cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso, leva ao "derrame cerebral" ou AVC. Nos rins podem ocorrer alterações na filtração até a paralisação dos órgãos. Todas essas situações são muito graves e podem ser evitadas com o tratamento adequado, bem conduzido por médicos. (2011)

O aparelho de pressão arterial mede a força que o sangue exerce na parede das artérias. Sua unidade medidora é em milímetros de mercúrio (mmHg). Duas pressões são determinadas, segundo a SBH (2010):

Máxima: Quando o coração se contrai, temos uma pressão máxima (sistólica)

Mínima: Quando ele se dilata, temos uma pressão mínima (diastólica)

A pressão arterial é transcrita com o valor da pressão máxima e da pressão mínima, separadas por uma barra, por exemplo: 120/80mmHg (milímetros de mercúrio). A SBH, junto à Organização Mundial de Saúde (1999), classifica os valores da pressão arterial aferida em “ótimo”, “normal” e “ideal”:

Valor ótimo de pressão arterial: <120 x 80 mmHg (12 por 8)

Valor normal de pressão arterial: < 130 x 85 mmHg

Valor ideal de pressão arterial para pessoas com risco de diabetes e doença renal: <130 x 80 mmHg

Pode-se perceber que ambas as doenças estudadas possuem vários números e medidas que as caracterizam e definem sua existência ou gravidade. Para o saber biomédico, dependendo do perfil do paciente, como sexo, idade, doenças pré-existentes, estes números podem variar, mas é desejável que os valores ideais sejam “seguidos”, ou melhor, “perseguidos”. Entretanto, quando passam a fazer parte do conhecimento popular, tornam-se não-fixos, pois são reapropriados e compreendidos a maneira como cada pessoa se envolve no processo do adoecer, como veremos nas seções a seguir.

E quanto às representações por parte da equipe médica? Existe uma forma de percebê-las além do discurso biomédico. A enfermeira do posto, por volta de seus 36 anos, grávida, que ministrava as palestras para o grupo de hipertensos e diabéticos, com pouco mais de dez anos de experiência na área da saúde, contou que procura explicar sobre hipertensão de uma forma diferente para os pacientes. Nilde usa uma linguagem diferenciada nas palestras, pois costuma comparar a pressão à uma mangueira de jardim, para tornar ilustrativa sua explicação:

As veias são as mangueiras, a água, o sangue. Ela continua: O que acontece quando alguém dobra a mangueira? A pressão da água aumenta. É assim dentro do corpo. A “mínima”, por exemplo, é o esvaziamento do coração, se ele não esvazia direito, vai perdendo a sua elasticidade, pois ele vai crescendo com tanto sangue no seu interior, fica perigoso. (Diário, 07 de junho de 2011)

Este é apenas um exemplo para demonstrar que a linguagem médica, mesmo dentre seus profissionais, não se configura sempre como dominante frente às explicações dadas aos pacientes.

3.2 Hipertensão e diabetes: as representações populares encontradas

A doença é individual por alcançar profundamente o mundo subjetivo, corporal e íntimo do adoecido, inscrevendo-se também em uma biografia específica (KLEINMANN e SEEMAN, 2000). Por tal motivo, as representações e especificidades, a partir do ponto de vista do adoecido, são múltiplas e variáveis, pois dependem de um contexto cultural, de hábitos e crenças aprendidas durante todo o percurso individual. Algumas características sobre as doenças tratadas aqui nesta pesquisa são comuns e assumem grande aceitação por parte do público. Outras delas terão inúmeros fatores para explicá-las, especialmente quando se trata de causas e tratamentos para tais.

Começamos pela mais comum categoria encontrada. Para meus interlocutores, invariavelmente, hipertensão e diabetes foram consideradas “doenças”, e graves. A maioria, ao falar delas, fazia ligação ao AVC (Acidente Vascular Cerebral) e ao derrame, como “não-cuidado” com a pressão arterial; além da cegueira e da amputação de membros, como possíveis conseqüências sérias para o não cuidado do diabetes. Rosália, uma senhora de 72 anos, dona de casa, contou:

“(…) A diabete é um negócio que parece que tá dentro, parece que tá comendo”, apontando para o estômago. “São doenças e grandes. Não têm cura. São igual a AIDS. A gente toma remédio para ir maliando. Tem que se pegar com Deus e tomar o remédio direitinho”. (Diário, 10 de maio de 2011)

Outro senhor, Seu Osvaldo, ao contar sobre sua pressão alta, quando lhe perguntei se achava que hipertensão era uma doença, ele me disse: “É, porque mata e dá problema”.

Ambas as condições ainda possuem o estigma da cronicidade, que envolve uma dimensão sociocultural da enfermidade de longa duração, como aponta Canesqui:

Abordar as enfermidades de longa duração significa olhar para o sujeito (com)vivendo com uma condição que o acompanha a todos os lugares e cuja forma de entendê-la, explicá-la, representá-la e lidar com ela decorre de um constante movimento em que interpretação e ação se realimentam reciprocamente. (2007, p. 21)

Entretanto, embora sejam doenças que trazem “medo” por sua gravidade, parece que a hipertensão não assume um lugar tão grave quanto o diabetes, pois, em grande parte dos casos estudados, as pessoas pareceram menos preocupadas ao falar da hipertensão, ao passo que, quando eu as questionava sob o diabetes, me respondiam com frequência: “Diabetes não, Deus me livre!”. Vários fatores ajudam a pensar as possíveis razões para o diabetes ter tamanha feição negativa, dentre eles, o mais importante que apareceu foi o uso da insulina. Este fato será tratado mais a frente.

Outro ponto que chamou a atenção sobre essas doenças foi seu caráter “silencioso”. Em muitas ocasiões, essas doenças não apresentaram sintomas, mas revelaram números acima do limite quando feitas as aferições. São o que as pessoas chamam de “doenças silenciosas”, aquelas que geralmente aparecem no corpo, mas não “dão sinais”, não provocam sintomas. Dona Lúcia, uma senhora negra, dona de casa, contou que às vezes sua pressão estava super alta, mas que não sentia nada, me disse assim: “Minha pressão é perigosa, porque é silenciosa. Hoje ela deu 14 por 8, vou perguntar ao médico se é alta”. Contou que um dia, ao preparar o café da manhã, sua filha ficou aflita ao ver uma mancha vermelha em todo seu olho esquerdo, perguntou à mãe se ela não estava sentindo nada e Lúcia disse que não, então procuraram um médico. Ele diagnosticou um derrame ocular, devido à alta pressão no interior do olho de Dona Lúcia, acarretado, por sua vez, pela pressão arterial “descontrolada”. Outro caso foi o do senhor Antonio, de aproximadamente 67 anos, ele comentou que sua pressão é do tipo “sem sintomas”, que “quando ataca [fica ‘descontrolada’] mata logo”. “Um médico me disse que essa é a pior”, completou ele.

Por último, como umas das características mais arraigadas à representação dessas duas doenças, em conjunto, é o fator “idade”. Para meus interlocutores, estas são doenças

que “não combinam com pouca idade”. Tem-se a idéia que hipertensão e diabetes são problemas acometidos em idosos, carregam o estigma de serem “doenças da velhice”. Pude perceber diretamente esta situação, pois quando chegava às reuniões de hipertensos e sentava-me perto dos pacientes, as pessoas me olhavam de forma estranha, às vezes me orientavam para entregar meu cartão para a enfermeira ou aferir minha “pressão”. Eu explicava que não estava ali para me consultar, estava ali pesquisando sobre saúde e as pessoas completavam: “Menina assim, não pode ter pressão alta mesmo!”. Uma vez, na reunião de diabéticos, presenciei um pai chegar com a filha, que passava mal, e pedir para verificarem a glicemia dela, pois o aparelho que tinham em casa não estava funcionando bem. Todos na sala pareceram ficar um tanto assustados com a cena, pois a menina aparentava uns treze anos. A enfermeira orientou o pai a ir até a sala de acolhimento, pois tinham duas auxiliares de enfermagem que poderiam ajudá-lo. Quando eles deixaram a sala, um senhor comentou: “Uma menina tão nova e já é diabética! Ela tá pegando todo mundo.” As pessoas concordaram com ele.

Diabetes e hipertensão, se confirmadas pelo médico e respaldadas pelos exames de laboratório, ganham status de doenças graves. Certos casos, nos quais estas doenças ainda não foram diagnosticadas cientificamente, são menos preocupantes para as pessoas, veremos isso ao longo do texto. São momentos em que as pessoas entendem que estão a passar por “fases” de “pressão alta” ou de “descontrole no sangue”, referindo-se ao nível alto de glicemia no sangue, mas que ainda não se auto-denominam “doentes”. Por hora, me atenho ao fato de que uma doença pode ser “silenciosa”, por não apresentar sintomas; e que diabetes e hipertensão ainda estão ligadas a “doenças de velho”.

3.2.1 O diabetes e suas representações

O diabetes frente à hipertensão parece configurar-se como uma doença mais grave. Enquanto o cuidar do diabetes estiver sendo feito somente com comprimidos, assim como é o cuidar da hipertensão, está “tudo bem”, o problema é quando existe a necessidade de usar

a insulina.¹ Em Canesqui (2007), a hipertensão é vista como uma doença pertencente ao campo do invisível, pois não ameaça a identidade e o autoconhecimento da pessoa. Os diabéticos também estão nesta categoria, entretanto quando precisam portar objetos depreciáveis, como seringas, que denunciariam sua condição, eles são potencialmente estigmatizáveis nas relações familiares. Passar a usar a insulina como medicamento é tido como “o auge da trajetória nefasta do diabetes” (Barsaglini, 2008). É o atestado de que seu corpo é incapaz de lidar com o adoecimento, pois, em muitos casos, o pâncreas não produz mais a substância insulina, ou seja, o paciente será dependente de algo artificial para o resto de sua vida, como ressalta a autora:

A aversão manifestada à insulina pode ser atribuída aos incômodos práticos do uso diário, mas também pelos seus significados, como sinalizar que a enfermidade se agravou por um processo natural ou resultante da negligência do seu portador, que não seguiu as recomendações para controlá-la (Hunt, Valenzuela, Pugh, 1997). Acrescenta-se o fato de a insulina suscitar traços estigmatizantes no adoecido (Hopper, 1981), por dar visibilidade à dependência de medicamento injetável (alusivo às drogas ilícitas), sendo preferível o comprimido pela sua discricção, que não denuncia ser portador da enfermidade. (2008, p.32)

Além da dor física, ao furar-se para a aplicação do fármaco, tal fato confirma a cronicidade de sua doença. Algumas pessoas contatadas em campo, que fazem uso da insulina, encontram um jeito de “disfarçar” sua condição. É o caso de Dona Juraci, mineira de 54 anos, a qual conheci na fila de espera das consultas:

Foi uma luta para eu começar a tomar. O médico disse que eu tava muito magra, por causa do Diabetes, e passou a insulina. Eu passei umas três semanas olhando para as seringas, com medo de começar a usar. Mas ao saber de um vizinho que faleceu perto de casa por causa do Diabetes, tomei coragem e iniciei o tratamento. Mas é pouquinho mesmo, só são 10 ml. (Diário, 16 de abril de 2011)

Pode-se perceber, na fala de Dona Juraci, que a baixa dosagem atenua a situação da dependência da insulina, minimizando o problema e a relação que se começa a ter com o

¹ Insulina: é a hormônio responsável pela redução da glicemia ao promover o ingresso de glicose nas células. (Wikipédia, 2011)

medicamento. Vemos como os tipos de medicamentos ajudam a definir as doenças, as sensações, as identidades clínicas. O diabetes, quando tratado com insulina, ganha um novo estigma, intensificando a gravidade da doença.

Outro fator que preocupa e torna o diabetes mais “agressivo”, são as experiências com a visão, a qual é prejudicada pelo não cuidado da doença. Geralmente, o diabético relata que com o tempo a dificuldade de enxergar aumenta, o olho fica mais “seco”, tanto que encontrei várias pessoas no centro de saúde que estão esperando uma consulta oftalmológica há meses, relatando esses sintomas. Mesa et al. (1987) acrescentam que, em sua experiência em pesquisas com doenças crônicas, os transtornos da visão no diabético, por si mesmos, constituem uma fonte de alterações emocionais, não só porque afetam um dos órgãos de maior importância para o conhecimento e percepção do mundo de que dispõe o homem, mas também devido às mudanças que provocam na auto-avaliação do sujeito e em suas relações com seu meio. Possuir uma doença na qual sua taxa se altera cotidianamente e mais, tem “o potencial de se disseminar negativamente pelo corpo (...) onde tal trajetória [pode ser] degenerativa e irreversível” (BARSAGLINI, 2008), é algo que provoca sim, uma auto-avaliação do indivíduo, no sentido deste ponderar se está mesmo se cuidando da “forma certa”, pois caso não esteja, a tendência é a doença prejudicar novos órgãos, representando uma desordem em sua moral e em seu meio, ao revelar tal situação.

Como o diabetes causa problemas de circulação sanguínea, outros sintomas, menos graves, incomodam as pessoas, como varizes e inchaço nos pés e nas pernas. Uma senhora comentou comigo, ao conversarmos na reunião do grupo:

Eu tenho muito medo do Diabetes, porque é muito perigoso. A Diabetes do tipo 1 é a mais forte, causa mais perigo e meu inchaço nas pernas e minhas varizes são por causa da doença. Mas, ao mesmo tempo que me mostra as pernas inchadas, se consolou, dizendo que “para tudo tem medicina.” (DIÁRIO, 07 de junho de 2011)

Quando questionadas sob como percebem o diabetes dentro de seus corpos, as pessoas não sabiam explicar exatamente como ele era/agia, mas sabiam que estava correlacionado com o sangue. Entretanto, embora não soubessem explicar exatamente e em

termos biomédicos “o que era” ou “como era” o diabetes dentro do corpo, elas tinham vários exemplos para explicar como o diabetes aumentava ou diminua no sangue, grande parte relacionado a momentos de vida por quais elas passavam. Para elaborar as explicações, o sujeito se apóia numa multiplicidade de elementos disponíveis no seu contexto sociocultural, mas que serão apropriados diferentemente em virtude da distribuição desigual e das singularidades da trajetória pessoal (ADAM e HERZLICH, 2001) São alguns tipos de representações usuais que as pessoas usam para explicar a alteração de seus números que serão apresentadas a seguir.

a) O “nervoso” adocica o sangue

Relacionar os altos índices de glicemia a problemas de estresse, ao cansaço do dia a dia ou ao “passar um nervoso”, é comum. Clássica é a representação apresentada por Duarte (1986) sobre a categoria do “nervoso”. Para ele, o nervoso são “perturbações físico-morais” e ajudam a conceituar as difíceis situações da vida, que são contrárias as idéias de calma, tranqüilidade, paz.

Um senhor que conheci no posto, por intermédio de Soraya, nos contou um pouco sobre a história de sua vida e de seu reaprendizado, com a descoberta do diabetes e da hipertensão. Seu nome era José, ele veio do Espírito Santo em 1970, com os pais. Morou no início no Núcleo Bandeirante, que antes eram as Vilas Urubu e Tenório. Só depois mudou para Ceilândia. Quando conversávamos sobre sua doença, Seu José afirmou algumas vezes que achava que o diabetes é uma doença que vai “matando aos poucos” e deu um exemplo particular de como seus níveis de açúcar no sangue se “descontrolam”: “minha diabetes sobe se passo alguma raiva, por exemplo, de manhã fico chamando os meninos para levantarem, ir à escola, mas eles ficam dormindo... Aí ela sobe.” (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

Para ele, ser contrariado, em especial pelos netos, faz com que sua glicemia suba. O diabetes para Seu José é uma questão de nervosismo, de estresse. Ele nos deu outro exemplo de “chateação” que eleva sua diabetes e, por tabela, segundo ele, sua pressão arterial. Ao se consultar, quando não consegue a marcação com seu médico preferido, Seu José é visto por outro médico, o qual não aprecia muito, pois segundo ele, “este não olha

para o paciente, não apalpa, não conversa”, daí ele se questiona: “como ele vai saber o que o paciente tem?”. E completa: “As pessoas vêm ao médico para achar uma solução, mas já saem da sala com as coisas aumentadas [glicose/pressão]”. (idem)

Seu José novamente se refere ao fato de não ser atendido como gostaria, com atenção e zelo, então, ao ficar chateado, sua glicemia se altera. Barsaglini (2008) lembra que quando o adoecido busca ajuda médica, ele tem noção do que está escolhendo e do que espera obter dessa ajuda, frustrando-se, muitas vezes, quando sua expectativa não é atendida, não só nos casos do atendimento médico em si, como relatou Seu José, mas, principalmente, no sucesso de seu tratamento.

Às vezes, até o ato de consultar o glicosímetro faz a glicose subir. Parece que a ansiedade em conhecer o resultado daquela medição causa o aumento da glicemia, como nos conta Dona Roseli: “minha colega disse para eu pegar um aparelho para ver a glicose, mas eu nem preciso, porque vai que a gente fica muito ansiosa para ver a glicose e ela sobe, daí eu nem prefiro”. (DIÁRIO, 06 de maio de 2011)

O que pode alterar a glicemia são fatores referidos e baseados na experiência pessoal. Passar “nervoso”, “chateação” ou mesmo um “susto” na hora de aferir a pressão arterial ou a glicemia, podem “descontrolar” nosso organismo. Os episódios relatados mostram a resposta orgânica motivada por uma suposta falha de responsabilidade no cuidado com outra pessoa, corroborando que “o social atravessa a pele” (HERZLICH, 2005), não sendo possível compreender o adoecimento dissociado das dimensões corporal e social. Assim, sugiro que o “nervoso”, muitas vezes resultado das interações sociais, adocicaria o sangue por refletir em suas taxas de glicose.

b) A comida como vilã

A comida também se configura como “vilã” em boa parte dos casos estudados. Sobre a alimentação, eis uma passagem substantiva, muito interessante, relatada por uma senhora paraibana, Dona Neide, 63 anos, a qual tem uma banca de comidas nordestinas na feira da Guariroba. Ela se diz uma cozinheira de “mão cheia”, que por lá faz muita comida

boa, como buchada de bode, caldos, carne de sol com mandioca, entre outras “delícias”. Ela comenta:

Aqui em Brasília tudo é muito gorduroso, as pessoas cozinham tudo com óleo, no Nordeste não, lá o arroz é com leite, tem feijão com farinha, não tem gordura, como aqui. Toda essa comida com óleo faz o colesterol subir, é por isso que dá [diabetes]. Tive diabetes porque comecei a comer isso. Hoje a galinha recebe remédio e o gado, a injeção, eles não crescem naturalmente como antes, mas são forçados, por isso o mal da comida. No interior não acontece isso, a galinha é criada com milho. (DIÁRIO, 14 de abril de 2011)

Dona Neide ainda aponta que quem tem diabetes deve comer tudo mais leve, como peixe, galinha, filé de frango. É uma explicação de como a comida pode interferir nos níveis de glicemia. A alimentação é um dos temas preferidos pelos médicos neste centro de saúde para alertarem seus pacientes a cuidarem de sua saúde. Existe uma tabela contendo os alimentos “proibidos”, como gorduras, doces, refrigerante, pães; outra com alimentos “liberados”, como verduras, frutas e legumes. Talvez o que Dona Neide queria nos mostrar é que nem sempre é fácil, na altura da vida em que ela está, mudar seus hábitos alimentares, até porque foi cozinheira a vida toda, fazendo comidas típicas de sua região e se alimentando das mesmas. Ela também alerta que por mais que se esforce para conseguir um cardápio mais “light”, não conseguiria, pois a comida de hoje é manipulada, a “galinha não cresce naturalmente como antes”, os enlatados e industrializados são presentes em nossos hábitos alimentares. Como ser saudável do ponto de vista biomédico, se grande parte dos alimentos que são prescritos por eles, como – linhaça, pães integrais, leite de soja, entre outros – são de difícil acesso para uma população de renda mais modesta. Além disso, são alimentos “diferentes”, poucas vezes consumidos, e incorporá-los nos hábitos alimentares formados por toda uma vida, torna-se uma tarefa complicada. Para finalizar nossa conversa, Dona Neide, próxima a ser atendida, diz identificar o diabetes como uma doença do pâncreas e do fígado, que ela pode “vir de família” ou “da comida”, do passado ou do presente, e, às vezes, as pessoas não nascem com ela, mas ela pode surgir.

Uma situação que se passou nos grupos de hipertensos, reforça a dificuldade dos adoecidos de lidar cotidianamente com a questão da comida. Ao ministrar a palestra sobre diabetes, a enfermeira costumava usar um vídeo chamado “Peso saudável”. Este “ensina”,

ou tinha a intenção de ensinar, como as pessoas devem vigiar sua rotina, procurando fazer exercícios físicos, evitar o fumo e controlar a alimentação. Interessante notar que no filme, quando é falado para comer pouca gordura e usar, no máximo, uma lata de óleo ao mês, as pessoas caíram na risada, como se não fosse possível seguir a “regra”. Muitas delas questionaram a enfermeira ao final do vídeo, dizendo que muitas regras não podem ser cumpridas, pois como usar uma lata de óleo ao mês em uma família grande? Além disso, as pessoas também questionaram vários itens apontados no vídeo, se perguntando: Como fazer exercícios físicos depois de um dia cheio de trabalho, principalmente quando o ofício rouba-lhe o vigor físico, como um trabalho de diarista, de mestre de obras, pedreiro, dona de casa?

Diante dessa ironia entre os participantes do grupo, verifica-se que a dieta é um ponto divergente entre as orientações médicas e o que realmente é seguido pelo paciente. Muitas vezes o que é recomendando clinicamente não pode ser atendido pelo cotidiano. Podemos perceber que para a classe trabalhadora, os alimentos de alto teor calórico, os que realmente fornecem energia, têm um valor material e também simbólico já que promovem energia e manutenção da força física, empregada em suas atividades diárias (BARSAGLINI, 2008), além da sensação de saciedade, satisfação e fartura.

3.2.2 A Hipertensão e suas representações

Dentre as duas doenças crônicas estudadas, a hipertensão acometia a maior parte das pessoas pesquisadas. Ela é fonte de riscos para outras doenças, como o próprio diabetes, segundo a Associação Brasileira de Hipertensão e para as pessoas contatadas também. Levar em consideração as perspectivas dos adoecidos crônicos, implica em escutar e entender como eles representam e conceituam simbolicamente a doença em sua vida, não só do ponto de vista biológico.

A seguir, vou apresentar algumas situações ocorridas em campo que refletem certas categorias nativas que representam a hipertensão arterial, seu surgimento ou fatores que desencadeiam sua alteração, tanto para pacientes, como para a equipe de saúde.

a) “Eu sou hipertensa, quer dizer, mais ou menos”

Existem algumas categorias que foram encontradas em campo que chamaram atenção por suas especificidades. A primeira delas é o fato de ser “hipertenso mais ou menos”. Conheci uma mulher, na fila de espera para as aferições da sala de acolhimento, que se auto-definia nessa categoria. Era Jurema, 53 anos. Ela chegou um pouco esbaforida ao posto, sem ar, querendo “ver sua pressão”, batia à porta da sala de acolhimento e sentava, ficava cruzando e descruzando as pernas, depois repetia o pequeno ritual. Neste instante, como eu estava sozinha, apenas observando e escrevendo, aproveitei a oportunidade e comecei uma conversa com ela. Perguntei a ela por que estava tão ansiosa. Ela me contou que vem uma vez por semana ao posto para “ver sua pressão”, “só para checar mesmo”, pois trabalhava numa escola lá perto, então não “custava nada dar uma olhadinha na pressão”. Perguntei se era hipertensa. Ela disse que sim, pensou um pouco, e disse “mais ou menos”. Pergunto como é isso. Então me contou que já teve episódios de pressão alta, entretanto, não mais aconteceram. Consultou com o doutor do posto para saber se estava “tudo certo” com a pressão e este a orientou a não se preocupar, pois ela não pode ser considerada hipertensa porque a sua pressão alta não é constante. E ele completou dizendo, segundo ela, que a pressão deveria estar alterada porque ela poderia estar nervosa aquela semana, estar passando por um problema – parece que o médico também guiava-se pela categoria do “nervoso”. Nisso, ela foi chamada na sala de acolhimento. Depois de verificar sua pressão arterial, saiu feliz lá de dentro dizendo que a pressão estava ótima, despediu-se rápido de mim.

Em um novo caso, numa visita que fiz à casa de Dona Sônia, uma dona de casa religiosa, de 66 anos, ao perguntar se ela era hipertensa, ela me respondeu assim:

“Sou, no meu parecer, eu era.” E eu completei: “Você disse que não é mais hipertensa...”. E Sônia me esclareceu: “Sou e não sou porque tem que controlar, né? Quando não se é mesmo [hipertensa] não toma [remédio] de jeito nenhum, mas se ela tiver descontrolada tem que tomar. Mas não sou aquela da pressão altíssima, graças a Deus não.” (DIÁRIO, 16 de maio de 2011)

Continuando nessa mesma linha de argumentação, outra interlocutora me contou que “ter pressão alta não é necessariamente ser hipertensa”. Esta moça, que estava sentada perto de nós (Soraya e eu), no banco de espera em frente aos consultórios, ao ouvir minha conversa com a minha orientadora sobre “nervos e nervosos”, sentiu-se à vontade para compartilhar suas experiências particulares e “hipertensivas” conosco. Era Ana, com idade próxima aos 33 anos, que coincidentemente eu a conhecia de um salão perto da minha casa, no Guará. Contou que recentemente havia perdido um bebê por causa da pressão alta. Os médicos a classificaram como “hipertensa crônica”, categoria relatada por ela. Disse ainda que sua doença é hereditária, pois ambos os pais tiveram esse problema. Ana nos contou que um tempo depois do nascimento da primeira filha, a pressão alta “sumiu”, mas agora, na última gravidez, “voltou”. Entretanto, ela acredita que sua pressão alta pode ter outra causa, além da hereditariedade. Apontou que alguns problemas de saúde podem causar pressão alta, como síndrome do pânico, nervoso, estresse. Completou dizendo: “as pessoas podem ter pressão alta, mas não necessariamente ser hipertensas! Os médicos acham mais fácil diagnosticar com a hereditariedade e não investigam a causa verdadeira.” (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

Assim, percebemos que a pressão elevada, em momentos esporádicos, não se configura para estas pessoas como caso de hipertensão. Já, ter a pressão constantemente fora dos níveis desejáveis, isto sim, é ser hipertenso.

Para complementar este campo de especificidades sobre hipertensão, uma última idéia cabe ser conhecida, a de que cada pessoa costuma ter “seu” valor normal para a pressão sanguínea. Talvez o que se configura “normal” para alguém, não seja o mesmo valor para outra. Relatando mais uma vez sobre a conversa que tive com a Dona Sônia, em sua residência, ao me contar de sua pressão arterial, comentou:

“Olha, eu tinha a pressão perto dos 17 por 10, agora a minha pressão normal, praticamente, é 12 por 8, 11 por 7, o mais alto é 13 por 8, é difícil chegar aos 14. Agora, graças a Deus, minha pressão tá assim”. Natália: “Então a pressão alta é a partir dos 14?” Sônia: “Ué, depende da pessoa, para mim é.” (DIÁRIO, 12 de maio de 2011)

Uma vez, na sala de acolhimento, presenciei a aferição da pressão arterial de uma mulher acompanhada pelo marido. Segundo ele, ela estava “passando mal, com fraqueza”. Uma das auxiliares de enfermagem, Carla, perguntou para ela:

“Tomou café?”, ela respondeu: “Só um cafezinho...”. A auxiliar então responde: “Tem que tomar café, se não passa mal mesmo!”. Ao verificar a pressão da mulher, Carla comenta: “Eu não sei qual é o normal **de sua pressão**, mas ta baixinha sim... Tem que comer!” (DIÁRIO, 07 de junho de 2011, ênfase minha)

Percebemos que não existe um valor fixo para os níveis “normais” de pressão arterial, parece que cada pessoa tem um valor personalizado de normalidade para seus índices.

Por fim, “Ter pressão alta não é a mesma coisa de ser hipertensa”, afirmou uma interlocutora. Esta frase mostra o quão tênue é a linha que separa o “ser” do “estar” doente. A pessoa pode estar passando por episódios de “pressão alta”, por exemplo, mas não se considerar hipertensa. A pergunta que fica é o que definirá esta condição? A constância dos “descontroles” é que definirá essa condição, em muitos casos. “Sou hipertensa mais ou menos”, “mais” quando estou com meus índices “alterados” ou “menos”, quando não.

b) Preocupações como cerne da “pressão alta”

As preocupações do cotidiano configuram-se como fontes principais para os desequilíbrios da pressão arterial, assim como para o diabetes. Várias causas como problemas em família, problemas psicológicos ou emocionais, dívidas, trabalho, desemprego, saudade, filhos e netos, dentre outros exemplos, foram relatados como “fontes de preocupação” que desencadeariam a alteração da pressão arterial. Os casos de hipertensão estão presentes no cotidiano ao lado dos conflitos e das dificuldades da vida, e não apenas no estilo de vida “não-saudável” que as pessoas eventualmente levem. São casos que extrapolam o cuidado unicamente por meio da medicalização, mas necessitam de mudanças interiores, psicológicas e familiares, muitas vezes. Os trechos seguintes são

referentes às diversas experiências que podem fazer a pressão arterial se alterar, por causa de preocupações. Dona Sônia, viúva há 8 meses, contou-me que quando sente saudade do marido, sua pressão arterial se altera: “às vezes sinto falta do meu marido e a pressão sobe. Minha filha disse que é normal, ela já conversou comigo. Quando eu tava triste, acabada, a pressão tava alta. Problema emocional. Tem dias que eu fico assim.” (DIÁRIO, 12 de maio de 2011)

Outras pessoas alertaram que ter a “cabeça cheia de problemas”, pode ser um fator desencadeante para alterar a “pressão”:

As preocupações também podem alterar a pressão. Ana, a moça que citei anteriormente, a qual perdeu o bebê por causa da pressão alta, explicou que grande parte de sua hipertensão resultou das preocupações que passavam por sua cabeça quando estava em casa. Conta-nos que verificava em casa a pressão e dava altíssima, mas quando chegava ao médico, não dava alterada. Ela disse que não entendia o que acontecia, pois quando está em casa, com o corpo tranqüilo, a cabeça começava a trabalhar, ficava pensando em muitas coisas, como por exemplo: Se ela ia ter um bebê normal, se iria viver para cuidar dele, se teria condições financeiras para sustentá-lo. Segundo Ana, a mente cria a ansiedade, daí a pressão sobe. (DIÁRIO, 28 de maio de 2011)

Problemas na vizinhança configuram-se como mais um tipo de “perturbação” que pode “aumentar a pressão”, como mostra o trecho a seguir extraído dos diários de Soraya:

Ter vizinhos barulhentos também pode ser fonte de preocupação que desencadeia a pressão sanguínea. D. Lúcia lembra que uma das coisas que mais lhe “perturba a saúde” são as crianças vizinhas na sua rua. “Eles jogam bola bem na frente da minha casa. Nem para jogar na frente de outra casa. Mas não, é ali em casa. E a bola fica batendo na grade lá de casa o tempo todo. Aquilo me deixa muito perturbada”. (DIÁRIO, 25 de maio de 2011).

Ela analisa a situação:

Observo como relações vicinais - que tanto podem ser úteis e importantes para resolver problemas e solidariedade - também podem ser fruto de discórdia e aborrecimento. Além disso, ela nos mostra como a pressão, que era o assunto desse momento, se altera e se acirra com “perturbações”,

não necessariamente aspectos e efeitos biológicos sobre o corpo, como geralmente ouvimos dos profissionais da saúde. (FLEISCHER, 2011)

Por último, não menos importante, estão as relações familiares como protagonistas ativos para alterar as taxas de pressão arterial. Dona Iraci, uma senhora ainda contatada na pesquisa anterior, contou que morar com netos e filhos homens causa “muita cansa na cabeça” e isso alterava sua glicose, bem mais do que a pressão arterial:

Morar com os filhos e netos também pode alterar a pressão, me contou Dona Iraci. Em uma visita que fiz a casa dela, após uma longa conversa, eu perguntei: “A senhora acha que quando está, assim, agoniada como a senhora diz, com problemas na cabeça, a glicose sobe?” Iraci responde: “Eu acho! Eu já reclamei com o médico e ele me perguntou com quem eu morava, disse que era com meus filhos. Daí ele disse que eu não deveria morar com meus filhos. Perguntei porquê. Ele disse: “porque filho homem dá muita cansa na cabeça (risos) e isso aí [glicose] sobe ou desce quando a pessoa fica com preocupação na cabeça.” (DIÁRIO, 06 de maio de 2010)

Uma situação interessante que escutei no campo, como potencialmente desencadeadora dos níveis de pressão arterial, e também da glicose, foi a chamada “Síndrome do Jaleco Branco”. O que define este estado é o fato de as pessoas não serem rotineiramente hipertensas, apenas apresentam sua pressão sanguínea aumentada quando estão diante do medidor. É a “hipertensão de consultório” (termo técnico), ou "síndrome do jaleco branco", com ouvi em campo, por parte dos pacientes. Acredita-se que o “clima” de hospital e o contato com outros doentes graves, além do medo da cobrança médica, aumentem a tensão emocional e o estresse do paciente. Algumas pessoas relataram este tipo de situação, vivida por elas ou por algum familiar. Ana conta a experiência de sua irmã: “A Isis entra em pânico, fica com pressão alta, dor, treme, se vê alguém com jaleco branco.” (DIÁRIO, 31 de maio de 2001). Em um dos diários de campo de minha orientadora, também encontrei tal relato, assim explicado por uma senhora:

“É assim, quando eu vou pra uma consulta, eu fico muito nervosa. Minha pressão sobe muito. Eu fico preocupada com o que o doutor vai falar e tal, a minha pressão sobe. Então, comprei o aparelho para medir antes, ver como tá, e poder vir mais tranqüila para a consulta”. (DIÁRIO DE SORAYA, 25 de abril de 2011)

Outra mulher, Silvia, contou que seu marido “tem a tal da síndrome do jaleco branco”. Sempre que ele vai ao médico, sua pressão sobre “horripelmente”, acima do que geralmente é o seu normal. Entender melhor esses episódios de alteração da pressão arterial, frente aos aparelhos de medição ou aos profissionais de saúde, é necessário para se descobrir se eles afetam na forma como os pacientes percebem suas enfermidades, que poderia ser um ótimo tema para uma nova pesquisa.

c) A dificuldade com a alimentação

Ao conversar sobre hábitos alimentares com os recém diagnosticados hipertensos, eles confessaram que tentam seguir a dieta alimentar receitada pelos médicos, mas adaptam as restrições como podem. Alguns dizem não se preocupar quando estão comendo os alimentos gordurosos. “Eu comecei a controlar o refri. Beber, eu não bebia antes mesmo. Mas a comida era mais gordurosa. Ah, o doce, ainda como uma pontinha. Pouca carne vermelha. Hoje é o pão é aquele... aquele, especial, integral.” (DIÁRIO, 25 de abril de 2011)

Este relato é de Seu Francisco, hipertenso há 5 anos, trabalhador de uma empresa de construção civil. Conta também que a família teve, junto com ele, que se adaptar à nova dieta, sem muito sal, mais leve:

“(...) a família vai se adequando, vai comendo sem sal igual eu. É meio dispendioso fazer duas comidas, né? (...) Mas vão se acostumando com a comida fria a sal. Tem que ficar consciente, né. Eu falo para eles, falo para eles verem que o pai já tem problema. Eles têm que se cuidar, se não, vão ter também depois.” (Idem)

Geralmente quando a dieta alimentar não é seguida segundo a recomendação médica, ou seja, evitando-se os doces e as gorduras, o fator preocupante é o aumento do colesterol que pode alterar a pressão arterial. Continuando a conversa com Seu Francisco, eu lhe perguntei quais eram as causas para as pessoas terem “problema de pressão”, ter a pressão alterada. Ele responde: “Ter alguma coisa no corpo, né? Acho que o colesterol é

que faz subir a pressão. A minha família toda tem. Meu pai morreu do coração. Agora, parece que eu virei pro lado do pai, né?” (idem)

O “vilão alimentar” mais apontado para alterar a pressão arterial foi o sal, como diz Seu Antônio, um senhor de 62 anos que conheci na fila de espera da consulta:

“Você sabe que o rei para fazer a doença é o sal, né? Ele é o pior alimento. Aumenta mesmo a pressão.” Uma senhora ao lado completa: “O problema todo é a alimentação. Como a gente vai saber se um alimento tem muito sal? Eu mesma não sei, por isso vou ao nutricionista”. Pergunto a ela o que faz a pressão subir e ela diz: “Agitação, nervoso, a comida ajuda também.” (DIÁRIO, 10 de maio de 2011)

d) O clima alterando a pressão sanguínea

Fatores externos ao corpo – comida, vizinhos, filhos – podem elevar a pressão arterial, isto está demonstrado. Mas será que, extrapolando as explicações físico-biológicas e as psicológicas, outros fatores podem interferir na pressão arterial? Sim, e dentre eles, um fator grandioso apareceu em campo, o clima de uma região.

O clima do DF, caracterizado pelo verão úmido e chuvoso e um inverno seco, é um fator que complica a saúde, segundo alguns de meus interlocutores, e pode vir a alterar a pressão arterial. Ao conversar com um senhor na fila de espera, ele contou-me:

“Lá em Fortaleza, você transpira, o sal sai no suor. Essa seca daqui retém o sal no corpo, até as roupas ficam manchadas de branco, sabe, aqui no braço [apontando para as axilas]. Aí você sabe, se o sal não sai do corpo, a pressão aumenta.” (DIÁRIO, 12 de maio de 2011)

O sal, mais uma vez, está configurando um papel preponderante na explicação para a alteração da pressão sanguínea. Segundo este senhor, se não há transpiração, o sal é retido no corpo, prejudicando a saúde, aumentando as taxas de pressão arterial, percebemos um relação direta entre o suor e o sal, talvez por causa do sabor salgado em si. A preocupação com este elemento é justificada devido às recomendações que os pacientes recebem no

posto, para restringirem ao máximo seu uso na comida. Muitos deles não sabem bem o porquê de não poder consumi-lo, mas tem a noção que não faz bem à saúde.

Outra explicação para a alteração da “pressão” por causa do clima, ou do tempo (como preferem usar os nativos), foi dada em uma reunião do grupo de hipertensos, na qual eu estava presente. Uma senhora comentou que quando vai à Aparecida do Norte-SP, não precisa tomar remédio, porque não sente nada, o “tempo lá é fresco”, parece que nem está doente. Outra senhora, de mais idade, que estava presente no grupo, complementou:

“(…) As pessoas falam que o tempo seco sobe a pressão. Uma hora, aqui em Brasília, tá quente, outra, tá frio, isso altera a pressão. O tempo seco, agitado, sobe a pressão, pois fica quente. No tempo úmido, fresco, a chuva, a pressão desce.” (idem)

Parece que quando nos agitamos, mantemos nossa pressão mais “alta”. Segundo as pessoas contatadas, o “tempo quente” ajuda a manter a pressão elevada porque faz com que a pessoa fique “agitada”, devido a uma caminhada, à realização de algumas atividades, enfim, mantenham o corpo “aquecido” devido às diversas atividades que realiza. Já no frio, a tendência é ficar mais quieto, “amuado”, “em casa, com uma coberta. Daí quando você fica mais paradinho, a pressão fica tranqüila.” (DIÁRIO, 14 de maio de 2011). Como o tempo aqui em Brasília oscila muito, as pessoas tendem a associar, muitas vezes, suas mudanças rápidas de pressão arterial às mudanças climáticas, mais especificamente, às mudanças de temperatura.

Um relato, dentro desta mesma temática, foi dado pelo auxiliar de farmácia que trabalha no posto, conhecido na pesquisa anterior sobre plantas medicinais. Ele contou que o número de hipertensos que pegam medicamentos na farmácia do centro de saúde é alto. E, acrescentou que eles costumam contar pequenas histórias a ele, enquanto este procura os medicamentos. Ele citou uma delas:

“Muitos falam que quando vão lá para o Nordeste, não toma o remédio e não sente nada, por causa da diferença climática daqui do DF. A maior parte das pessoas do DF é nordestina. Eles moram aqui, mas têm suas

raízes lá. Natal, ano novo, férias... Eles se deslocam pra lá, passam um mês, dois meses e dizem que se sentem bem.” (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

O que realmente faz estas pessoas se sentirem bem assim? Seria o clima mesmo? Ou o fato de estarem longe dos problemas e das “preocupações” de casa? Não seria por estarem em romaria à Aparecida do Norte, onde o poder simbólico da fé atua? São apenas alguns questionamentos. Independente destas respostas, o importante é frisar que existe uma explicação causal para as alterações da pressão arterial. Geralmente alguma causa física – comida, “nervoso”, clima – são apontadas como fatores desencadeantes para alterar a pressão sanguínea. As explicações causais que extrapolam o corpo tendem a ficar nas entrelinhas desses problemas, pois, segundo o observado, os fenômenos físicos tendem a dar mais concretude às explicações dadas pelas pessoas.

3.3 Como as representações ajudam a pensar os aparelhos

As representações são importantes porque elas nos situam dentro do contexto sócio-cultural. A cultura e a estrutura social tendem a organizar a experiência e o comportamento para com a doença. São as práticas de vida, as experiências que as pessoas adquirem ao longo do tratamento, a fala de um conhecido ou mesmo o discurso médico que ajuda a formar estas concepções. As explicações e representações citadas até aqui a respeito das doenças em questão ajudam a pensar como as pessoas lidam com os aparelhos, com as aferições, números, pois, por meio das representações culturais construídas sobre estas doenças, várias características ajudam a encontrar o posicionamento dos aparelhos biomédicos e a importância dos números na vida destes pacientes. Barsaglini confirma este posicionamento:

A vivência da doença é um processo permanente, interpretativo, prático e contextualizado. O adoecido se apóia nas **representações sociais**, na própria experiência e de outras pessoas enfermas para atribuir significado à situação vivida e para gerenciar a doença. A vivência do adoecimento é sensível às necessidades cotidianas e aos recursos (materiais, relacionais, simbólicos) disponíveis, acessíveis e mobilizados pelo sujeito no seu

contexto imediato; além de ser intermediada por elementos da estrutura social, de gênero, da organização e oferta de serviços de cura (oficiais e alternativos), e, ainda, pelos sistemas de valores e as referências culturais que ganham sentido quando reportadas a uma trajetória pessoal única. (2008, p. 9, grifo meu)

Procurou-se primeiramente compreender como as pessoas entendem as doenças em foco, depois os fatores que as intensificam ou as alteram. À frente, buscar-se-á entender as concepções culturais e sociais que sustentam a lógica do uso destes aparelhos e qual é o sentido dos mesmos na vida dos indivíduos. A ação de verificar o nível de glicose ou da força com que o sangue humano circula é uma realidade subjetiva e delimitadora de comportamentos que cabe ser conhecida, sobretudo porque tem repercussões diretas na adesão ao cuidado com problemas de saúde, e com o relacionamento com os serviços de saúde prestados pelas instituições públicas e privadas acionadas pelas pessoas envolvidas nessa pesquisa. Este é o tema que será apresentado no próximo capítulo sobre os aparelhos biomédicos concretamente.

CAPÍTULO 4

“RELOGINHO, BOMBINHA OU PÊRA”: QUEM SÃO OS COADJUVANTES DA MEDIÇÃO

O ato de medir foi uma necessidade humana aprendida durante toda sua história. Desde tempos passados, de formas diferentes em cada cultura, procuramos mensurar aquilo que nos rodeia. Segundo a enciclopédia Barsa, as sociedades antigas faziam medições para diferentes tarefas, como controle de rebanho, construção de casas, coleta de alimentos ou de matérias-primas. Medir é conceituado como “a atividade de aplicar sobre todas as partes de uma grandeza outra conhecida, para se verificar algo. É como comparar uma quantidade com um padrão pré-definido.” (1987, p. 98)

Logo, pode-se dizer que é por meio dela, que o homem expressa uma quantidade, extensão ou capacidade, ou seja, expressa numericamente qualidades de um objeto ou fenômeno, podendo pensar, se organizar e planejar sobre essas dimensões. Nesse processo, estão envolvidos, antes de tudo, dois elementos fundamentais: a unidade de medida em questão e o instrumento usado em sua medição.

Ao se analisar o cotidiano, notamos que estamos cercados de elementos que podem ser medidos, de aparelhos medidores, de unidades de medição, dos números revelados por esses atos. Não obstante, as medidas não estão mais presas à concretude da matéria, aos objetos físicos, mas ultrapassaram a externalidade do ser, pois agora podem medir o que há no interior dos corpos, decifrar o “invisível” que carregamos.

Temperatura, gordura corporal, percentual de músculos, água, calorias, peso, isto nos dá uma noção do que temos “carregados” em nós. Enquanto ao universo corporal “micro”, temos algo em nós que revela informações imprescindíveis à saúde, sobre nosso bem estar geral, que é o sangue. O sangue tem inúmeras funções. Dentre tantas, podemos destacar o transporte dos gases oxigênio e dióxido de carbono pelo corpo. Ele media a troca de substâncias entre órgãos e transporta os produtos metabólicos. O sangue também distribui hormônios ao longo do organismo. Ele informa o número de plaquetas, hemácias, vírus, anticorpos, doenças, genética, hormônio, glicose, pressão arterial. Destacando estes

dois últimos elementos, pode-se demonstrar a importância desse fluido corporal para esta pesquisa, pois é ele quem “carrega” os valores referentes à nossa pressão arterial e à nossa glicemia.

Entretanto, pode-se ir mais longe quanto à sua importância. Ao pesquisar sobre tipos de “representatividade” que o sangue pode ter para cada sociedade ou cultura, foi-se descoberto, que além de informar sobre nossa saúde, ele pode ser usado como referência quando a intenção é determinar características psicológicas, fases de vida ou o comportamento do ser humano. Revelar características genéticas é apenas uma função orgânica do sangue em nossa sociedade. Suas representações sociais são diversas e variam entre os grupos sociais. Uma das representações mais conhecidas na antropologia é a importância do elemento “sangue” para o grupo étnico Tikuna. Isto só para se ter uma pequena noção da abrangência de sua representatividade.

Segundo Erthal (2001), a passagem de uma pessoa da condição de adolescente para o estatuto de adulto pode ser um processo pleno de rituais, dependendo da sociedade na qual está inserido. Alguns povos possuem formas muito especiais para apresentar e inserir seus cidadãos na sociedade, quando estes são considerados prontos para desempenhar seus papéis no mundo dos adultos. São os chamados rituais de passagem, depois dos quais a pessoa iniciada passa a gozar novos direitos e assume novos deveres. Entre os Tikunas, povos indígenas que localizam-se na região do Alto Solimões, no Estado do Amazonas, a iniciação da adolescente se faz através de uma grande festa. É a Festa da Worecu ou Festa da Puberdade, mas conhecida como Festa da moça nova, cujos rituais estão totalmente voltados para o corpo. A festa só ocorre depois que a menina Tikuna atinge a menarca. Inicia aí seu período de recolhimento ou reclusão. Durante esse período a Moça Nova deve permanecer reclusa, longe dos olhares de todos, aguardando o momento de reingressar no mundo social: o dia da sua festa. Seja qual for a idade, espera-se que a menina atinja a menarca para fazer sua iniciação. Entretanto, é necessário que esse aspecto biológico – sangue menstrual – seja confirmado por um acontecimento cultural para se tornar legítimo.

Tomo este exemplo para mostrar o quanto o sangue pode ter uma função social, dependendo do atores que o estejam manipulando. O corpo não é nada mais que uma

máquina entre tantas máquinas, onde o sangue é seu “lubrificante” essencial (DUARTE, 1988), que pode ser conhecido, (re)montado, manipulado para atingir um fim. Este é apenas um exemplo, dentro de um grupo étnico específico, de como o “sangue” pode marcar as relações sociais e representar algo muito além do que apenas um fluido corporal. Dentro de nossa sociedade, se analisarmos, o “sangue” também define regras de parentesco, herança, convívio, uniões, pois os laços sanguíneos são fortes definidores das relações sociais e representam, simbolicamente, as mesmas.

* * *

Voltando às questões técnicas, o sangue tem sido “decifrado” cada vez mais. Com o avanço da tecnologia, tornou-se cada vez mais freqüente a necessidade de se conhecer cada vez mais sobre o corpo humano, sobre os dados, imagens e valores que podem representá-lo. E, diga-se de passagem, são cada vez mais precisos. Para isso foram desenvolvidos instrumentos cada vez mais sofisticados, sensíveis, microscópicos, acompanhados de alta tecnologia. Dentre estes aparelhos tecnológicos, dois foram escolhidos para fazerem parte da pesquisa realizada, que são os aparelhos de glicose – glicosímetro – e o aparelho de verificar a pressão arterial – esfigmomanômetro.

Mas, vale ressaltar, que o objetivo geral do capítulo é mostrar como as pessoas entendem e lidam com os aparelhos biomédicos em destaque, pois são instrumentos que estão dentro das casas e vêm sendo ressignificados.

4.1 O que os aparelhos têm a nos ensinar?

Partindo de uma perspectiva antropológica, a intenção é apresentar neste capítulo como esses aparelhos biomédicos são entendidos, como participam da vida das pessoas, como as concepções sociais e culturais sustentam a lógica de seus usos e qual é o sentido dos mesmos na vida dos indivíduos, sejam eles pacientes crônicos ou não. Os exames ganham destaque no estudo de Fleischer, por gerarem ações e compreensões interessantes, como ela relata:

Os exames, as medidas, os números são tidos como representações muito concretas e confiáveis da existência confusa e invisível que cada pessoa leva dentro de si. Os exames, cada vez mais comuns e imprescindíveis na linha de montagem em busca de uma “saúde”, são compreendidos como um *blue print* legível e linear de um mundo caótico, tridimensional e diretamente intangível e invisível como a fisiologia, as entranhas, a circulação dos fluidos e das substâncias. Constituem, para a pessoa – tanto para aquela que demanda o exame, quanto para quem o oferta – o espelho do “corpo” e, conseqüentemente, de um estado de “saúde”. (2010, p. 3-4)

Pensar nas tecnologias e nas informações que eles nos revelam, em especial sobre nosso corpo, e buscar entender como nos apropriamos desses dados, abre espaço para um dos fenômenos mais marcantes da contemporaneidade, que é a convergência da cultura e da técnica. Donna Haraway, em *Antropologia do Ciborgue*, trata da relação entre a tecnologia e os seres humanos, como tal relação se intensificou a ponto de “virarmos” ciborgues, por causa de tal dependência tecnológica. As transformações advindas deste processo dizem respeito, principalmente, aos desafios trazidos pelo binômio “ciência e tecnologia” ou “cultura e técnica”, tanto no que diz respeito à nossa percepção do mundo e de nós mesmos, quanto às nossas relações sociais. Com as novas tecnologias, as fronteiras entre o orgânico e o inorgânico, entre cultura e natureza entraram, de certa forma, em colapso. Essas idéias levam a pensar em como os aparelhos realmente entram nas vidas das pessoas, pois sua manipulação tem um caráter instrumental, oferecido pelos profissionais de saúde, mas também é cercado de uma manipulação, diríamos, um pouco artesanal, advinda da experiência particular da pessoa com seu aparelho. Os instrumentos de medida do sangue, vamos chamá-los assim, são essa fronteira citada por Haraway, entre o orgânico, nosso corpo, e o inorgânico, os aparelhos. Não podemos afirmar neste estudo que há tal aproximação entre os aparelhos e seus usuários, a ponto de usarmos o termo “ciborgue” apropriado por Haraway, mas devemos levar em conta a relação humano-máquina bem construída por ela.

Quanto à hierarquia e importância desses aparelhos no mundo biomédico, podemos fazer uma pequena analogia com o texto de Lilian K. Chazan e Maria T. Citeli, sobre o uso de aparelhos de ultrassom em clínicas obstétricas em São Paulo, onde elas nos asseveram que:

(...) a utilização do ultra-som no campo observado revela uma hierarquia no topo da qual encontra-se a aparelhagem, seguida pelo operador capaz de obter imagens a partir de sua utilização; em seguida, os alunos para quem algo deve ser ensinado (...); e, em último lugar, uma gestante com seu feto que serão traduzidos em imagens, gráficos e números. (...) Como a outra face da mesma moeda, a aparelhagem se torna central: os aparelhos devem ser manuseados com cuidado, e por vezes a atenção dispensada a eles é maior do que a proporcionada às gestantes. No amálgama formado por fetos, gestantes, médicos, alunos, aparelhos, números e imagens, o imbricamento corpo-máquina torna-se evidente, com uma hierarquização nítida na qual o elemento humano não ocupa necessariamente o topo. O cuidado com a sonda faz pensar mesmo que a parte mais ‘sensível’ do conjunto é a tecnologia. (p. 17, grifo meu)

Assim como em seu texto Chazan e Citeli vão ressaltar que o aparelho de ultra-som é a parte mais “sensível” do exame obstétrico para a equipe médica, diminuindo assim a importância da mãe e do feto. Analogamente, temos em campo uma valorização dos aparelhos em questão. Os pacientes hipertensos ou diabéticos não se configuram como a parte mais “sensível” dos exames, mas sim, àquela que tem que ser investigada. Os equipamentos sim, estes carecem de cuidado, ao serem usados corretamente e para não “perderem” sua calibragem.

Chazan e Citeli apresentam ainda outra idéia instigante quanto aos números e imagens apresentados pelos exames. Ao fazer uma analogia, tem-se em primeiro lugar, a aparelhagem “sensível”. No nosso caso, como aparelhagem, temos os equipamentos de medição, onde os números são os protagonistas dos exames, estão no topo da pirâmide hierárquica. Em segundo lugar, onde há o conhecimento e a prática do operador da máquina, como diz Chazan, está o saber biomédico que o profissional de saúde carrega, e este prepondera em várias situações. Por último, no patamar menos considerado da pirâmide, análogo à gestante e ao feto, vem o adoecido crônico, com seus sintomas e suas concepções.

Os aparelhos revelam-se concentradores de um saber científico, por isso sua alta posição hierárquica. A evidente aceleração provocada pelas tecnologias digitais, cujos dados são conhecidos instantaneamente, não corresponde em uma mesma medida à capacidade de processamento de suas informações por parte dos pacientes, deixando-os mais distantes do topo da pirâmide. É interessante frisar que esta configuração será

questionada por alguns de meus interlocutores, que verão as máquinas com certa desconfiança. Passarei a isso mais a frente.

O antropólogo Bruno Latour, buscou entender como na prática os humanos e não-humanos se associam, por meio do estudo das *redes*. Em sua famosa frase, ele diz: “vivemos em sociedades que têm por laço social os objetos fabricados em laboratório” (1994, p. 27), e percebemos que os aparelhos aproximam pessoas, são dados como presentes em datas comemorativas e fazem parte de vários tipos de relações interpessoais. Ainda há mais, em *A Esperança de Pandora*, sobre a estreita relação entre humanos e máquinas, ele afirma:

Se os humanos fazem as coisas, também as coisas (os objetos, os não-humanos, ou melhor, os “quase-sujeitos”, “quase-objetos”) fazem os humanos. (...) Há tanto uma história social das coisas quanto uma história “coisificada” dos humanos (...) Tanto a história do envolvimento dos humanos na construção dos fatos científicos quanto o envolvimento das ciências na feitura da história humana. (2001, p. 32)

Assim, ao acompanhar o pensamento de Latour, tal como o homem inventa e aprimora suas técnicas e objetos, tem-se que as tecnologias podem moldar a ação humana, e em seu menor sentido, influenciá-la. Se os aparelhos biomédicos foram pensando para esclarecer sobre o que de “misterioso” carregamos em nós, para atestar a saúde ou comprovar o implícito, por outro lado, tornou-se molde do agir humano, pois veta ou libera ações, a partir dos dados, imagens, números ou valores revelados por eles. Acompanharemos bem esse fato mais adiante. Por hora, basta termos a idéia que não são simples aparelhos que estão em nossas casas, seu uso é condicionado, e interfere, ao menos, no nosso pensar, quiçá no agir. O que os aparelhos têm a nos ensinar é que se uso, assim como grande parte da tecnologia que nos cerca, foi reapropriado e está intimamente ligado à nossa cultura e aos valores que nos cercam. Vejamos algumas representações que o público desta pesquisa apresentou sobre os aparelhos biomédicos em questão, o glicosímetro e o esfigmomanômetro.

4.2 Quadro geral sobre uso de aparelhos

A maior parte das pessoas que conheci na Guariroba prefere verificar sua pressão arterial e/ou índice de glicemia no centro de saúde. São diferentes casos que levam as pessoas ao posto para fazerem suas aferições, por exemplo: quando há uma consulta; quando estão próximas ao centro de saúde e estão com tempo livre para fazer a aferição; se estão passando mal ou com algum sintoma desconhecido; e em último caso, geralmente, para (re)afirmar as aferições que fizeram em casa.

Na sala de acolhimento, são usados dois tipos de aparelhos: o glicosímetro, em que se utilizam fitas, e nelas são colocadas a gota de sangue do paciente para que a aferição possa acontecer, e o esfigmomanômetro, aparelho **manual** de pressão, chamado de “reloginho”, “pêra” ou “bombinha” por meus interlocutores. Este último parece ganhar maior credibilidade na visão das pessoas, pois são os aparelhos “escolhidos” para serem usados no posto e por serem manipulados por profissionais da área, logo, geram maior confiança. Alguns depoimentos adiante nos ajudarão a perceber isso melhor. Quanto aos esfigmomanômetros **digitais**, estes são chamados de “aparelhos de pulso” ou “aparelho digital”.

Outros lugares também são locais de aferição, como a própria residência, a vizinhança, a casa de algum familiar, a farmácia privada, o local de trabalho ou tendas de cuidado da saúde montadas em espaços públicos. As “aferições caseiras”, categoria analítica que opto usar, geralmente são feitas pelos próprios pacientes, quando estes possuem os aparelhos em questão. Quando não, contam com a ajuda de algum vizinho ou de um membro da família, o qual geralmente tem alguma relação com a área da saúde ou de primeiros socorros, ou que mesmo vivenciam com maior proximidade situações de hipertensão arterial ou diabetes mellitus em seu cotidiano. Diversos casos foram encontrados, como filhos que fazem curso de técnico de enfermagem ou parentes que trabalham no Corpo de Bombeiros ou SAMU. As farmácias privadas são lugares de verificar a pressão em casos de urgência, quando não dá para ir ao centro de saúde, pois estas, quase sempre, cobram pelo serviço. Já o local de trabalho, como centros de saúde ou hospitais, são lugares utilizados pelos “funcionários-pacientes” para cuidado da saúde, nos

momentos de folga ou hora de almoço. E como caso mais interessante, citado por apenas uma interlocutora, as tendas de cuidado da saúde, montadas próximas às pistas de *Cooper* ou em rodoviárias e praças movimentadas, oferecem serviços como pesagem, aferição de pressão arterial e glicose, servem de *loci* público para uso de aparelhos biomédicos.

Os aparelhos digitais para medir a pressão sanguínea foram encontrados na maior parte das casas, sendo que a maioria foi comprada em farmácias ou recebidas como presentes por familiares. Já os aparelhos de glicemia, em sua maioria, são fornecidos pelo centro de saúde aos pacientes, sobretudo, àqueles já usuários de insulina². Em termos de preferência, os dois tipos de aparelhos de pressão aparecem empatados, entretanto o aparelho digital tem se tornando muito popular, por ser mais fácil de usar, mais barato e mais prático. Os que preferem o manual acreditam que ele seja mais confiável, pois podem ver sua calibragem no “reloginho”. Esta ação nativa diz respeito à verificação do funcionamento do ponteiro que existe no aparelho de pressão manual. Geralmente, as pessoas observam se ele está corretamente posicionado no “zero”, antes de começar a aferição. Caso esteja, o aparelho é considerado calibrado, apto para o uso.

Seguindo essa linha, uma leve preferência pelos aparelhos digitais é perceptível tanto por parte dos pacientes quanto da equipe de saúde, entretanto várias questões são colocadas sobre seu uso:

Pergunto a dona Elenice se ela tem o aparelho de verificar pressão em casa e ela confirma. Disse que tem os dois, o de “pêra” e o “do pulso”. Diz preferir o “digital” [do pulso], pois acha mais fácil medir do que o de “pêra” [manual], que não pega sua veia rapidamente. (DIÁRIO, 19 de abril de 2011)

Quanto à equipe de saúde, esta se tivesse à sua disposição os dois tipos de aparelho, preferiria o digital, por facilitar o trabalho na sala de acolhimento:

² Estes aparelhos são “doados” por representantes de indústrias farmacêuticas, que distribuem na rede de saúde alguns equipamentos, fazendo assim, com que o governo se comprometa a comprar as fitas de medição, pois sem elas os mesmos não funcionam.

Antes de ir, pergunto às meninas [auxiliares de enfermagem]: “Por que vocês não usam o aparelho digital?” Uma delas responde: “Vários postos têm aparelho digital, é muito melhor. Aquele lá é muito melhor.” Eu volto a pergunta: “Melhor? É mais confiável?” Ela responde: “É, ele é científico!” Natália: “Engraçado... O pessoal lá fora tem o aparelho digital, mas preferem ver aqui, por que será?” Nádia: “Porque eles não têm mais nada que fazer. Vem aqui perturbar.” Cida, alerta a colega: “Que isso, fala isso não para a menina. Eles não têm instrução para usar o aparelho, colocam o aparelho quando estão tomando café, conversando, rindo... assim não adianta. Eles não sabem usar, aí dá tudo errado.” Natália: “Se vocês tivessem que escolher?” Elas respondem: “Claro que seria o digital!” (DIÁRIO, 24 de maio de 2011)

Percebo que, para a equipe de saúde, utilizar o aparelho digital representaria um avanço em seu trabalho oferecido, maior agilidade nas aferições. Mas isso não é o encontrado. Raros são os centros de saúde que possuem os aparelhos de pressão digitais, segundo o que me contaram as enfermeiras.

Como citado, para alguns profissionais de saúde, os pacientes parecem não utilizar corretamente o aparelho em casa ou mesmo não o possuem, por isso vêm ao posto verificar sua pressão ou glicose. Entretanto, não foram só estes os motivos percebidos que trazem os pacientes ao centro de saúde, mas eles têm suas preferências e especificidades ao procurar o atendimento hospitalar. Muitos vêm ao posto justamente para atestar a validade da correção dos dados revelados pelos aparelhos que possuem, pois mesmos digitais, “científicos” como disse a auxiliar de enfermagem, despertam muitas dúvidas e desconfianças em seus usuários. Vejamos alguns casos em que a tecnologia tem-se mostrado paradoxal em relação à sua confiabilidade. Cabe perguntar: É confiável por que é tecnológico? Ou é desconfiável justamente por que é tecnológico?

4.3 A tecnologia seduz ou preocupa?

Trechos de meus diários mostram que existe uma desconfiança, em diversos casos, nos aparelhos biomédicos, em especial, no aparelho de pressão digital. Embora sejam tecnologias aparentemente refinadas e detenham um conhecimento científico tão valorizado pelo mundo ocidental, percebe-se que não retêm imediata e automática confiança e

credibilidade por parte de seus usuários. Assim, sugiro que o uso da tecnologia não se trata apenas de ter aparelhos e máquinas, mas depositar certa espiritualidade ou crença nos mesmos, tanto por parte da equipe de saúde quanto das pessoas comuns. A primeira interlocutora é dona de casa, perto de seus 40 anos, e diz:

(...) que também tem o aparelho digital em casa. (...) Ela nos contou que gosta mais do aparelho de “bombinha”. Soraya pergunta: “Tem diferença de aparelho?” Ela diz: “Acho que o que põe no braço dá mais certo. Não confio muito no outro, não [digital]. Se ele der duas vezes o mesmo resultado, aí confio!” (DIÁRIO, 19 de abril de 2011)

Jurema, mulher de 53 anos:

Pergunto se ela tem o aparelho em casa. Ela confirma e completa: “Mas o médico disse que aquele aparelho e nada é a mesma coisa. Ele disse que o certo é medir em casa e se der alta é para correr aqui no posto. Dois médicos já me falaram isso.” Jurema gosta mais do aparelho do posto, o de “bombinha”. (DIÁRIO, 24 de maio de 2011)

Alberto, 65 anos:

Pergunto a ele de qual aparelho gosta mais [o digital ou de bombinha] e ele me disse que o de pulso [digital] não é muito confiável, não é a mesma coisa, prefere vir ao posto se sente alguma coisa. E finaliza: “Mas como aquilo é uma máquina, pode estar funcionando normal ou não.” (DIÁRIO, 10 de maio de 2011)

Entrevista com Silvana, senhora de 68 anos, dona de casa, religiosa:

“E nessas tecnologias, a senhora confia?” Ela me diz: “Nem sei, eu confio em Deus. Olha, às vezes vou ao posto, dou uma olhada e confiro se deu como em casa. Tava tudo ok aquele dia.” Eu digo: “Algumas pessoas me disseram: ‘Ah, eu confiro duas vezes para ver se dá o mesmo número!’ A senhora não faz o mesmo?” Silvana: “Ah, mas não pode olhar duas vezes seguidas. Dizem que tem que dar um tempinho”. (DIÁRIO, 12 de maio de 2011)

Percebemos que as pessoas têm a tendência de testar os resultados revelados pelos aparelhos, seja uma vez em casa e outra vez no posto, ou seja, medindo duas vezes seguidas

em casa. Como em laboratórios geralmente faz-se duas vezes o mesmo exame para confirmar uma doença, elas apropriaram essa prática para testar seus aparelhos, pois sabem que isso acontece quando um resultado é duvidoso. Costumam verificar duas vezes seguidas para ver se dá o mesmo resultado ou aferem uma vez em casa e vão ao centro de saúde, uma segunda vez, checar os valores. Dona Jurema foi mais longe, acima disse que o médico, ao mesmo tempo em que recomenda a compra dos aparelhos, diz que quando o valor der alterado, o melhor a fazer é procurar ajuda médica. Estes são só alguns exemplos de como as pessoas vêm testando as tecnologias que estão ao seu redor, especialmente aquelas que ajudam a lidar com o seu adoecimento. Seu Alberto já parte de um pressuposto interessante “Mas como aquilo é uma máquina, pode estar funcionando normal ou não”, logo existe uma idéia de não se confiar plenamente nos equipamentos, pois podem estar defeituosos. É prova de que o meio científico muitas vezes não é tão hegemônico nem homogêneo como se pressupõe e nem a tecnologia é tão naturalizada e apropriada em nossas vidas.

Os aparelhos biomédicos em estudo são um sistema de tecnologia interativa, a qual demanda o acoplamento do corpo com o sistema artificial com o qual interage, provocando, em tempo real, uma ação compartilhada, onde algo acontece pelas conexões humano/máquina. O homem participa com seu mais importante fluido – o sangue – e a máquina revela qualidades e valores processados. Esse compartilhamento é gerador de algumas das mais interessantes temáticas para o estudo e interpretação da ação social e do tecnológico. Revela uma energia transformadora, um ritual interativo, que não está pronto, rígido, prescrito numa cartilha ou receita médica, mas que é reconstruído pelos atores sociais, sejam adoecidos ou não, e que despertaram para novos questionamentos que colocam em dúvida a eficácia científica das máquinas e dos serviços e cuidado da saúde.

4.4 Vilões ou mocinhos?

Os aparelhos biomédicos pesquisados, em especial o glicosímetro, podem transitar entre dois papéis de forma bastante corrente, como “mocinhos” pelo lado positivo, pelo fato de ajudarem a cuidar da saúde; como “vilões” pelo lado negativo, pelo motivo de seu uso

revelar uma condição de “doente”, fragilidade física, influenciando nos laços sociais e no cotidiano como visto. E por despertarem novas dúvidas e desconfiança.

O lado “mocinho” do uso dos aparelhos é ressaltado pelos exames e resultados mostrados por eles. São importantes para alertar sobre uma alteração no corpo, confirmar uma doença e, principalmente, auxiliar no controle dos índices variáveis que a hipertensão e o diabetes apresentam. Estas funções dão aos aparelhos conotações positivas, como apontam alguns interlocutores. Um senhor de 67 anos, que conheci na fila de espera das consultas, contou-me: “pergunto a ele como descobriu a pressão alta e ele me disse que foi com trinta e poucos anos quando fazia alguns exames [de rotina]. Contou que passou uma semana verificando a pressão, para ter certeza que era hipertensão. (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

Outra senhora apontou que descobriu sua hipertensão no momento que aferia a pressão em seu trabalho:

Tereza me contou quando deu o primeiro episódio de pressão alta nela. Foi por volta de uns sete anos atrás, sempre media sua pressão no centro de saúde (pois ali trabalhava como servente). Falou que sua pressão sempre dava 11 por 7 e o médico dizia que era como uma pressão de criança. O médico disse que a pressão dela tava um pouco alta, mas só depois iria trocar o remédio, depois que ela fizesse novos exames. (DIÁRIO, 24 de abril de 2011)

Em uma entrevista feita nas casas da vizinhança do centro de saúde, conversei com Silvana, senhora viúva, de 68 anos. Ela me contou como descobriu a diabetes:

Já tem muito tempo, assim que eu cheguei aqui no DF, eu sempre fui pro hospital fazer exame de rotina e nunca acusou. Aí, depois que meu marido faleceu, não sei o que foi, se foi nervosismo, tristeza... Aí tinha aquela Saúde em casa, tinha uma médica, e foi ela que descobriu que eu tinha Diabetes, ela pediu para eu fazer um exame de sangue e ela descobriu que eu tinha Diabetes. (DIÁRIO, 12 de maio de 2011)

Observar que os aparelhos revelam os primeiros sinais de perigo, de que algo pode estar “fora do controle” é importante. São eles que, geralmente, nos casos observados,

precedem os exames mais específicos, como os de laboratório, e descobrir logo ou antes é positivo porque há maior chance de cuidar da doença.

Entretanto, as pessoas percebem o lado negativo dos aparelhos, apesar de todos os pontos favoráveis apontados. O fato do aparelho “viciar” seus usuários, sendo esta categoria entendida pelos nativos como “vontade de conferir os índices várias vezes ao dia”, figura-se como o maior risco em seu uso. Depois, ter que carregar o próprio aparelho, e por tabela, os comprimidos, a quase todos os lugares que se vai, foi apontado como outro fator negativo:

O ponto alto da conversa com Sônia é quando ela fala que o aparelho **vicia**, “Gente, aquilo ali vicia. Toda hora você quer olhar, tudo você vai olhar. Meu marido tomava café da manhã e ia olhar, ele almoça e olhava, jantava e olhava. Tudo que era lugar eu tinha que levar o negócio. Se eu saía com ele, eu levava o aparelho; se eu viajava, eu levava o aparelho. (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

Às vezes, as pessoas desistem de ter seus aparelhos, justamente pelo medo de “viciar”. É o caso de Paola, uma mulher jovem, de 30 anos, que sofre com picos de hipertensão, mas que não se considera hipertensa: “ela nos contou que tinha o aparelho, mas ele estragou e ela não quis mais comprar outro, pois sabe que iria ficar olhando a cada minuto, gerando mais ansiedade”. (DIÁRIO, 07 de junho de 2011)

Uma senhora mineira, Roseli, de 63 anos, que conheci na pesquisa anterior, relatou que não é bom ter o aparelho em casa, pois o fato de pensar em verificar sua glicemia era motivo da mesma alterar-se, por causa da ansiedade em se conhecer o resultado: “minha colega disse para eu pegar um aparelho para ver a glicose, lá no posto, mas eu nem quero, porque vai que a gente fica muito ansiosa para ver a glicose e ela sobe, daí eu nem prefiro (risos)”. (DIÁRIO, 16 de outubro de 2010)

Este quadro se assemelha à “síndrome do jaleco branco”, apresentada anteriormente. Para algumas pessoas, o fato de ter que ir ao centro de saúde ou ter que consultar, gera uma ansiedade, um “nervoso”, que acabam por alterar seus índices de pressão arterial ou glicose.

São “mocinhos” porque ajudam no cuidado da saúde, contribuindo na descoberta e no tratamento da doença, também possuem a contra-dádiva, que é revelar certa condição de

“dependente”, de frágil, de alguém que necessita de “cuidados extras”. Carregar aparelhos e/ou agulhas – no caso de diabéticos – configura-se como uma experiência negativa para muitos, pois denunciam sua condição crônica. Mas é por meio deles que, posteriormente, o conforto e o “alívio” por saberem que podem “gerenciar” sua doença por meio dos aparelhos, é que farão com que as “licenças sociais” sejam liberadas ou não, dependendo do valor que lá aparecer. “São as ‘licenças sociais’ que permitem ‘esquecer a dieta’, pois a sociabilidade é mais valorizada em detrimento do controle da glicemia.” (BARSAGLINI, 2007). Consultar o aparelho e perceber que a pressão arterial ou a glicose está “normal”, permite uma “extravagância” a mais dentro do grupo social, por exemplo, ficar mais tempo na festa ou no churrasco, comer um docinho a mais, tomar mais um chope, deixar o medicamento “pra depois”.

Os aparelhos são importantes para as pessoas quando estas querem atestar o que é saúde, emergência, doença ou, simplesmente, fazer um “check-up”. Seus usuários são diferentes atores sociais – pacientes, profissionais de saúde, homens, mulheres, crianças – logo, é a partir de sua representação de saúde e doença, e hábitos de vida, em relação ao cuidado de si, que conferirão o peso do número mostrado pelo aparelho. Seus resultados refletem uma realidade muitas vezes subjetiva e invisível, que até delineiam comportamentos. O número é um signo, tem um significado e gera uma ação, por isso a importância de se conhecer tal interpretação.

Os aparelhos medem o “momento”. Frase ampla, mas que consegue abarcar a dimensão da ideia expressa neste capítulo. O “momento” refere-se a como a pessoa está se sentindo, que influências exteriores estão ao seu redor, que hábitos de vida estão a lhe acompanhar nesse instante da aferição, entre tantas outras dimensões possíveis. Os aparelhos apresentam “números”, os quais não são só números em si. Eles pedem para serem contextualizados. Por fim, para interpretar toda essa cena, entram os pacientes.

Quanto à confiabilidade nos resultados mostrados por tais máquinas, as pessoas se apresentaram divididas. Quando as aferições são feitas dentro do centro de saúde ou por um vizinho enfermeiro, há intrinsecamente um poder biomédico instaurado, logo, estas aferições ganham maior legitimidade frente às aferições caseiras, em muito casos, independente do tipo de aparelho que se use, manual ou digital. Entretanto, de forma mais

interessante a meu ver, estes números não possuem uma verdade absoluta, sendo ressignificados de acordo com a situação vivida pelo paciente naquele momento de sua vida, pois o mesmo elabora as suas próprias explicações para os seus “números”, ao se apoiar numa multiplicidade de elementos disponíveis em seu contexto sociocultural, mas que serão apropriados diferentemente devido às singularidades de sua trajetória pessoal.

Este é o passo inicial para o próximo capítulo. Buscar-se-á compreender como tais interpretações podem influenciar na conduta do paciente frente a sua enfermidade. Sabemos que muitos deles possuem os aparelhos, cumprem frequentemente o ritual de aferição, sabem o que os números significam, questionam os resultados, mas isso tudo será o suficiente para diluir todos os dilemas suscitados por tais medições? Olhar para o ato do exame a partir da perspectiva antropológica vai muito além de perceber uma simples enunciação de um número. É intencionar apreender todo o significado social conferido à esta ação e resultado.

CAPÍTULO 5

AS AFERIÇÕES E SEUS DILEMAS

De forma sutil, e também artificial, é que se faz a separação deste capítulo com o anterior. Ressaltar que os aparelhos estão intrinsecamente ligados ao ato medidor e, de fato, com os seus dilemas e questionamentos, é de extrema importância, pois são partes inseparáveis de um mesmo processo, de uma mesma cena.

A construção da experiência do aferir, no caso os índices de glicemia e pressão arterial, abarca as explicações sobre o momento, o resultado, o número, a interpretação da aferição, aonde quer se conhecer os sentidos e significados atribuídos a tal ato. Geralmente, se feitas em ambiente hospitalar, as aferições são ajustadas às demandas e às explicações biomédicas de saúde e doença; por outro lado, se são aferições caseiras, realizadas em um ambiente íntimo e familiar, são feitas de forma mais “livre”, ainda sim permeadas pelos valores biomédicos, onde conta-se com as experiências dos outros, a interpretação pessoal, com as sensações, os sinais do corpo, para se determinar quando usar o aparelho e quais ações realizar posteriormente.

As aferições, realizadas por meio dos aparelhos apresentados, geram nas pessoas questionamentos, dúvidas, interpretações das mais diversas, as quais tendem a guiar suas ações posteriores, com a intenção final de equiparar – normalizar – os números encontrados àqueles desejados pela biomedicina ou pela idéia de “normalidade” para aquele sujeito especificamente. Mas, para saber como agir frente aos números, saber se estão “baixos” ou “altos”, é preciso conhecer os valores e resultados apresentados pelos aparelhos biomédicos. As pessoas geralmente conhecem estes valores, não porque tiveram acesso direto aos números (cartilhas, panfletos, campanhas), mas porque lidam com eles quase que diariamente, por meio das situações que envolvem a própria saúde ou a de familiares, as quais levam muitos ao convívio com o mundo médico e seus exames.

5.1 O domínio dos valores revelados

Existe um conhecimento acerca dos números revelados pelos aparelhos biomédicos. A convivência com pessoas adoentadas é determinante para se aprender sobre os números, em muitos casos. O fato de freqüentar com constância as instituições de saúde da cidade, seja para própria consulta ou para acompanhar um parente, faz com este contato seja mais próximo com os exames, imagens, resultados, valores e verdades biomédicos. As pessoas ouvem os comentários dos médicos, das enfermeiras, dos farmacêuticos, escutam histórias na fila de espera, conversam com o colega de grupo de apoio, enfim, estão em contato com aquele universo biomédico e tendem a prestar atenção ao que é enunciado de forma natural pela equipe de saúde, mas que por elas é apreendido de outra forma. Em diversos casos, ao cuidar de algum familiar, a pessoa aprende a manusear os aparelhos e a interpretar o que eles revelam. Poderia se dizer que elas se apropriam, em parte, de um “idioma biomédico” necessário para entender as informações oferecidas por tais exames e também para transitar por estes espaços. Diferentes casos foram encontrados em campo, como de mulheres que cuidam do marido ou de seus pais, doentes crônicos. Elas lidam de perto com o adoecer na família. Geralmente, são as mulheres que assumem esse ato de cuidar e que acabam “herdando” os aparelhos e dominando o aprendizado sobre os números apresentados, porque, de certa maneira, elas precisam estar mais próximas desse universo biomédico. Parece que mulheres cuidam mais de sua saúde do que os homens, pois nesta pesquisa, a quantidade de mulheres encontradas foi, em média, três para cada homem.

Ao cuidar do outro, muitas vezes, as pessoas começam a usar os aparelhos nelas mesmas, a olhar com mais atenção para sua própria saúde. O ato de usar o aparelho no “doente” acaba, muitas vezes, influenciando sua utilização pelos demais membros da família, mesmo que não seja com caráter tão rígido, nem terapêutico por si mesmo.

Em uma conversa na fila de espera para as consultas, conheci Lourdes, uma mulher com aproximadamente 50 anos, não diabética e não hipertensa, mas que estava acompanhando o irmão em uma consulta, este sim, portador das duas doenças. Lourdes ilustra bem o cuidado que recai sobre o gênero feminino quando o assunto é doença familiar. Ela cuidou da mãe e cuida dos irmãos hipertensos. Ressaltou em nosso diálogo

que, muitas vezes, o uso do aparelho é dispensável, pois conhece bem os sintomas que o irmão apresenta quando está com a pressão alterada. Relaciona isso ao fato de presenciar, quase sempre, esta situação:

Pergunto novamente a Lourdes se ela conhece os números, os resultados que os aparelhos dão. Ela deu vários exemplos que passou com sua mãe e que passa com seu irmão. Falou que quando o irmão tá com pressão alta, ela nem precisa olhar no aparelho, o irmão fica todo vermelho, tem coceira e fica nervoso, precisa tomar um banho frio, tomar um chá. Ela completa: “A pressão, a gente não sabe o porquê, tem hora que tá alta, tá baixa, basta só comer um pão”. Respondendo diretamente à minha pergunta, Lourdes diz que foi aprendendo os números no posto, nas reuniões, e que, até uma vez, ganhou uma cartelinha com os valores bons para pressão, na rua. Ela disse que de tanto carregar seus pais, de posto em posto, foi aprendendo muita coisa. Comentou que seus próprios amigos dizem que ela deveria ser médica, pois sabe muita coisa. (DIÁRIO, 18 de maio de 2011)

O convívio e a atenção são itens importantes nesse processo, como nos conta Dona Leonice, uma dona de casa mineira, há 24 anos morando no DF: “para complementar nossa conversa, pergunto a Leonice como ela sabe que valores dão alto ou baixo para pressão. Ela diz: “Já tenho os valores na cabeça. Eu ficava no posto e observava. É algo simples de aprender.” (DIÁRIO, 19 de abril de 2011)

Ao conversar com outro senhor, descobri melhor como ele sabia sobre seus valores:

Eu perguntei: “O senhor sabe o que os números significam?”, “Olha, se o número tá alto, a pressão tá alta. Mas como aquilo é uma máquina, pode estar funcionando normal ou não. Às vezes a gente chega ao posto, vem andando, e a pressão fica agitada, precisa de uns trinta segundos para relaxar. Nesse momento, pode estar alterada ou não. Se medir assim que chega ao posto pode estar alterada. Se espera o médico, pode estar mais baixa, por causa do tempo de espera. Eu já sei se tá alta, nem pergunto para a enfermeira, a pressão não avisa nada não, pega de surpresa”. (DIÁRIO, 10 de maio de 2011)

Nota-se que para além dos números, a pressão sanguínea tem vida própria, pois mesmo “controlada”, pode gerar surpresas, subir de repente, sem motivos aparentes. Outros pacientes atestam que sabem o que os números significam, à sua maneira: “Seu Osmar

geralmente verifica sua glicose umas duas vezes por semana e prefere aferir pela manhã, de jejum, pois dá uns 230, o que para ele ainda não é boa, é alta, pois o normal, o bom, seria 100. Quando ele vê à tarde, dá uns 400” (DIÁRIO, 3 de maio de 2011). Ou como uma senhora me contou: “Pergunto a ela quanto deu de pressão hoje, ela me diz que deu 9 por 13. Pergunto se isso é bom e Tereza me fala: “Tá meio altinha, um pouquinho. Mas o treze é por causa do colesterol que aumenta um pouquinho.” (DIÁRIO, 07 de junho de 2011)

Seu Itamar, pedreiro, 62 anos, revela sua pressão arterial: “Ele me diz que deu 14 por 8. Pergunto se isso era bom, ele me diz que o perigoso é a mínima [como não deu mais de 8, acho que para ele está normal], mas toda aquela espera pode ter feito ela subir, pois estava até aquela hora sem consultar”. (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

Logo, por meio da fala de seu Itamar, a espera não “baixa” a pressão, ao contrário do que é recomendado pela equipe médica, a qual pede que os pacientes aguardem uns vinte minutos para aferirem a pressão arterial. Segundo meu interlocutor, ao contrário, essa espera desencadeia uma alteração na pressão porque a pessoa fica aborrecida por estar ali há tanto tempo, por ter que aguardar.

Em relação a campanhas de saúde para o cuidado da hipertensão ou do diabetes, não me foi comentado sobre nenhuma delas que estivessem sendo executadas pelo posto. A enfermeira contou-me que, há tempos atrás, alguns folhetos explicativos acerca dos valores recomendados para uma “boa” pressão arterial ou glicemia, foram distribuídos, mas não voltaram mais para a rede pública. Lembro-me, apenas, de uma campanha que vi estampada em um ônibus local, a qual dizia: “Eu sou 12 por 8!”³. A campanha, nacional, fazia alusão ao índice saudável de pressão arterial, tentando incentivar as pessoas a persegui-lo, visto que se tenta estabelecer este par de números como o ideal.

³ Disponível em: <http://www.eusou12por8.com.br>. "Eu sou 12 por 8" é uma campanha humanitária criada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia para conscientizar a população sobre os benefícios de manter a pressão arterial em níveis adequados e sobre os riscos da hipertensão.

Conhecer sobre os números faz parte da realidade dessas pessoas. São vários casos que revelam as interpretações que as pessoas fazem sobre os mesmos. Alguns indivíduos acham fácil decorar os valores referentes à sua pressão arterial, porque observam e aprendem como outras pessoas, geralmente a equipe biomédica, classificam os valores. Outras associam seus valores “altos” ou “baixos” a momentos específicos que vivem no posto, por exemplo, se aferem logo que chegam ao posto, o esperado é que o resultado dê alto, pois estão com o corpo aquecido da caminhada, “o sangue está quente”. Alguns preferem aferir em certo momento do dia, pela manhã de preferência, quando o “corpo está descansado”, seguindo a orientação do centro de saúde, o qual sugere que muitas das aferições sejam feitas em jejum. Por fim, são as experiências e o contato com esses valores que levam à naturalização e incorporação desses atos no estilo de vida e no cuidado com a saúde de cada paciente.

5.2 “16 por 8. Tá alta, tá?”: como acontecem as aferições

Antes de aprenderem sobre os números ideais que seu corpo tem que apresentar, as pessoas passam por um convívio com estes valores até se habituarem ao que de fato significam para si próprios ou para os médicos. Isso foi apontado acima. É um processo de aprendizagem que ao poucos vai acumulando experiências. É algo individual, pois depende da experiência que cada um teve com a própria enfermidade, e isto não obedece a um padrão rígido, não são experiências únicas nem definitivas (HUNT e ARAR, 2001). Para elaborar estas explicações sobre seus “números ideais”, o sujeito se apóia numa multiplicidade de elementos disponíveis no seu contexto sociocultural, mas que serão apropriados diferentemente devido às suas singularidades da trajetória pessoal (ADAM e HERZLICH, 2001).

As primeiras aferições que acompanhei, tanto na sala de acolhimento ou durante as reuniões dos grupos de hipertensos, eram reveladas assim pela equipe que aferia, por exemplo: “14 por 8, só aguardar!”. Eu me intrigava por não existir nenhum questionamento para aqueles números por parte dos pacientes. Ficava inquieta ao pensar em algumas

explicações para a “não-pergunta” e o “não-comentário”. Minhas principais hipóteses eram: os pacientes têm vergonha de perguntar ou conhecem bem os significados dos números enunciados. Contudo, depois fui percebendo que grande parte das pessoas conhece os números, mas poucos comentam sobre eles com a equipe de saúde. Após alguns dias em campo, percebi que a “não-pergunta” não era regra. Em uma visita à sala de acolhimento, vi um senhor questionar sua aferição. Ao entrar na sala, ele verificou sua pressão e ao ouviu um simples “18 por 8”, não se conteve e comentou: “Mas hoje cedo tava 16, agora tá 18!”. Foi uma frase simples, um questionamento rápido, mas que representava sua surpresa frente a mudança rápida dos números. Young (1982) apontou que os números intrigam as pessoas, porque não são fixos, eles mudam rapidamente, podendo variar no tempo, no espaço e no curso da doença. Variam no tempo, pois em questão de horas, podem se mostrar alterados; no espaço, porque, dependendo do local da aferição, estes podem ser diferentes, como na aferição em casa, onde o número dá “baixo”, ou na aferição do posto, onde se mostra alterado, devido ao nervoso por estar na frente do médico “síndrome do jaleco branco”, por exemplo. Por último, variam dentro do curso da doença, pois são diferentes no momento de “crise”, nos quais estão muito “altos”, do que num momento de “normalidade”. Estas foram apenas algumas situações que podem gerar “números” diferentes.

Durante o campo, os questionamentos acerca das aferições se intensificaram. Geralmente, ficava bem atenta ao que era dito depois das medições. Numa manhã, na sala de acolhimento, uma senhora questionou a enfermeira se sua “pressão” estava alta, demonstrando que gostaria de ouvir o “lado médico” se expressar: “deu 16 por 8, tá alta, tá?”. A enfermeira falou: “Tá, mas a mínima não”. Fugindo ao protocolo da comunicação mínima, a senhora insiste na conversa, “Tem problema?”. E a enfermeira responde, “Tem não”. A senhora então sorri e deixa a sala”. (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

Embora curtas as respostas, a senhora fica satisfeita em saber que sua “pressão está boa”. Se ela entendeu por completo as explicações da enfermeira, sobre a “mínima”, isto pareceu não importar muito para nenhuma das partes. São situações que o paciente quer saber a opinião biomédica para seus valores. São momentos que um número, em si, não é suficiente. Ele quer ouvir um comentário. O número precisa ser adjetivado, classificado, traduzido. A expectativa é de que, num estabelecimento de saúde, os “especialistas”

possam oferecer justamente esse processo de adjetivação. Por meio desse processo de adjetivação, os números vão sendo aprendidos ou apreendidos, são os fatos do dia a dia, a comparação com outro número anterior, a escuta incansável sobre resultados das aferições de todos os presentes que contribuem para tal. O papel da equipe médica é importante nesse ato de conhecimento, entretanto, quase sempre, a indisponibilidade explicativa da mesma limita sua ação e interação.

Por outro lado, para a equipe de saúde, a sua omissão na hora do questionamento por parte do paciente se deve a outros motivos, a meu ver. Em certas conversas com a equipe, perguntei se eles notavam a preocupação das pessoas com o resultado apresentado pelos aparelhos, pelas aferições, caso estes fossem “altos”. As auxiliares de enfermagem responderam: “tem uns que ficam”. Volto à pergunta: “Mas percebo que alguns nem falam nada!” E elas dizem: “É porque eles sabem que aprontaram. Preferem nem comentar.” (DIÁRIO, 12 de abril de 2011)

Quando Nádia, uma das auxiliares de enfermagem, me responde isso, parece querer dizer que os próprios pacientes evitam perguntar para não começar um diálogo, no qual o risco de “se entregarem” é alto, pois, terão que justificar um número fora do padrão. Podem dizer que tal valor é culpa do “doce” ingerido horas atrás, ou de um “deslize” alimentar do final de semana, ou do fumo, entre outros.

Em uma entrevista semi-estruturada realizada com a enfermeira chefe, perguntei a ela se achava que os pacientes entendem os números dos aparelhos, ela respondeu: “exatamente o que significam, não. Mas têm noção, depende muito do nível de esclarecimento da pessoa. Elas entendem na hora, mas não sabem como este número vai refletir no todo, na saúde do corpo.” (DIÁRIO, 7 de junho de 2011)

Percebe-se assim que a equipe biomédica faz outro juízo a cerca do entendimento que os pacientes possuem sobre as aferições. Para ela, eles não conseguem compreender, em grandes proporções, como aquele número pode afetar o corpo, a saúde. Podem até entender se a glicose está “baixa” ou se a pressão arterial está “alta”, ou vice-versa, mas só naquele momento. Poder-se-ia pensar em um ato de “infantilização” do paciente, por parte da equipe, onde as capacidades cognitivas e interpretativas deste último são subestimadas.

Mas seria arriscado pensar assim, numa “infantilização”, quando os dados não podem comprovar. Logo, algumas hipóteses podem ajudar a pensar o porquê desse julgamento por parte da equipe. O fato de esta lidar com as interpretações de senso comum, as quais estão fora do âmbito oficial, pode auxiliar o entendimento de tal situação. Comentários “estranhos” sobre as doenças e sobre as medições, conceitos “absurdos”, uso de chás “milagrosos”, credices populares, contribuem, de certa forma, para a desconfiança “do cuidar-se” correto, por parte dos profissionais de saúde. A equipe, ao usar estritamente o olhar biomédico, do qual nada que não for científico e oficial escapa, limita sua interpretação acerca da capacidade das pessoas poderem dar significados e reposicionar as peças “fixas” do jogo médico, confirmando que “a interpretação biomédica tem sido limitada, apesar de seu enorme arsenal tecnológico, por desprezar os entendimentos dos adoecidos sobre sua enfermidade” (CANESQUI, 2007, p. 35). Logo, acham que os pacientes, por não compreenderem as categorias científicas, estão errados em suas análises, pois, segundo Le Breton:

A medicina paga aí pelo seu desconhecimento dos dados antropológicos elementares. Ela esquece que o homem é um ser de relação e de símbolo, e que o doente não é somente um corpo que precisa ser consertado. (...) A medicina separa-se então de um recurso, aquele do símbolo [da interpretação pessoal], apto, entretanto, a potencializar seus efeitos médicos. (2003, p. 290)

Quanto ao ritual de aferição realizado no centro de saúde, este não é discreto. Embora não aconteçam longos diálogos acerca dos números revelados, estes não são enunciados com discrição. São falados em voz alta, para quem quer que esteja presente, e como afirmei acima, raras vezes, são comentados. Pode-se pensar que para os profissionais de saúde estes são apenas resultados, valores de um exame. Mas para o paciente, eles representam uma “resposta” de seu próprio corpo, do tratamento, do medicamento, de seus hábitos de vida. É como expor algo particular sobre eles ao comentário alheio, à interpretação alheia. As doenças tratadas aqui requerem um reaprendizado corporal, mudanças de hábitos, isso pode levar a uma reconstrução da identidade da pessoa, pois: “a construção da doença envolve a identificação de sensações diferentes ou alterações na

aparência corporal, o que torna o corpo não familiar, impondo a perda do seu controle pela pessoa”. (CORBIN *apud* CANESQUI, 2007, p. 39)

Visto desse modo, o fato de não conseguir controlar seus índices e tê-los expostos, geram um sentimento de “peso”, pela razão da perda da capacidade que a pessoa tem de se auto-controlar. É o que Canesqui (2007) chama de *experiência estigmatizante*. Nelas, o olhar do outro classifica e prepondera sobre as diferenças que nos cercam. A autora aponta duas maneiras em que as pessoas se sentem estigmatizadas: “a primeira pela descoberta por ser diferente e da vergonha que a acompanha; a segunda, pela internalização de valores sociais sobre essa diferença” (2007, p.30). Esta experiência não se configura somente no momento da aferição, mas nos casos de restrição alimentar, “crises”, nervosismo, no porte de “atributos depreciáveis”, como medicamentos e, especialmente, a insulina, no caso dos diabéticos. Tal ação leva a pensar se não existe uma hierarquia entre os pacientes, de quem está mais ou menos doente por meio dos valores revelados. Ou uma exaltação daquele paciente que faz o tratamento corretamente, que está de “parabéns” por “controlar” seus índices. Enunciar os números em voz alta, uma ação aparentemente corriqueira, da perspectiva da equipe, revela algumas categorias de diferenciação, pois as pessoas têm uma curiosidade pelos números alheios. Ao conversar com um grupo de senhores na fila de espera, depois da reunião do grupo de hipertensos, notei que realmente existe este olhar de interesse pela aferição do outro:

Eu perguntei a um deles: “E a pressão, como tava hoje?”. Ele me disse que tava normal, tipo 13 por 8. Os outros amigos participaram da conversa, dizendo cada um os seus valores. Até que um deles corrigiu o amigo ao lado, dizendo que a dele tinha dado igual a sua, 16-8. Outro disse que a de uma mulher do grupo tinha dado super alta, tipo uns 17-9... E assim por diante. Nessa hora percebi que eles [pacientes] reparam um no outro, nos valores apresentados pelos exames. (DIÁRIO, 24 maio de 2011)

As pessoas podem não observar ou não olhar diretamente para o ato da verificação alheia, mas ficam atentas quando o resultado é comunicado. Ouvem para poderem comparar, como uma senhora comentou comigo depois de aferir sua pressão na reunião do grupo:

Ela comentou comigo que achava que sua pressão não subira muito, pois só havia aumentado um número em cada lado [um número na mínima e outro, na máxima]. E me explicou, “Quando tá muito alta é porque aumentou uns cinco ou seis números de cada lado, como a da senhora ali.” (DIÁRIO, 7 junho de 2011)

E ouvem para continuar aprendendo sobre os números e sua gramática nosológica e diagnóstica.

5.3. Quando números e sintomas não “batem”: O drama se instaura

Sintomas e números são formas de legitimar uma enfermidade crônica. O ideal é que ambos andem juntos, confirmando um ao outro. Ao se sentir bem, os números da aferição deveriam comprovar isso, não se mostrando alterados. Seria perfeito se fosse assim. Mas não é o que acontece em todos os casos.

Quando números e sintomas não correspondem, a cena se desdobra em duas possibilidades. A primeira, quando a pessoa chega ao centro de saúde com sintomas e dores desagradáveis, os quais ela associa, por sua experiência, a uma alteração em sua pressão arterial ou glicose, mas ao utilizar o aparelho, nota que seus números estão “normais”. A segunda é quando o paciente não está sentindo absolutamente nada de errado em seu corpo, mas o aparelho acusa um número alterado.

Acompanhei inúmeras situações em que o paciente chegava à sala de acolhimento dizendo estar mal, apresentando dor de cabeça, tontura, enjôo, mas na hora da aferição, o resultado apresentava-se dentro da normalidade específica para aquela pessoa. Canesqui explica e conceitua muito bem esta condição de experiência do sofrimento, biomedicamente invisível, numa passagem interessante:

São condições de sofrimento percebidas pelos adoecidos e que fogem do enquadramento espacial corporal, que é critério fundamental da identificação das doenças pela clínica, como observou Foucault (1973), não se incluindo nos diagnósticos. (2007, p. 40)

Para a equipe de saúde, estes são aqueles pacientes que se encaixam na classificação de poliqueixosos ou portadores de dores “imaginárias” (CANESQUI, 2007), referindo-se à figura típica do usuário que “reclama” e, de queixa em queixa, vai tentando encontrar solução para os problemas que o acometem. Algumas situações foram observadas:

Numa ocasião, uma senhora entra na sala de acolhimento passando mal. Diz que está com dor na nuca, dor ao respirar, dor perto do coração, visivelmente está bem debilitada mesmo. Parecia cansada, frágil, quase não conseguiu falar. Cida [outra auxiliar de enfermagem] verificou a pressão, 14 por 9 e disse que estava boa. A senhora ficou meio sem acreditar: “Mas como? Eu tô com dor!”. Cida diz: “Mas sua pressão tá boa! Pode ser alguma chateação em casa”. As duas ficam caladas e a senhora sai da sala, meio que insatisfeita. Antes de ir, Nádia, a outra auxiliar, diz que a pressão está boa, que deve ser algum problema em casa que está alterando a pressão, se continuar se sentindo assim, ela deve procurar a emergência do Hospital Regional da Ceilândia. (DIÁRIO, 7 de junho de 2011)

A equipe acha que a dor é “imaginária”, a paciente, não. O desencontro dos sintomas com os números gerou, para esta senhora, uma desconfiança na medição. Sua insatisfação está na falta de explicação para aquele estado de “dor”. Como, em um ambiente hospitalar, com tantos diagnósticos disponíveis, ela sairia dali sem uma explicação plausível? Além disso, o relato acima nos mostra que em certas situações, a própria equipe de saúde se apropria do discurso psicológico, como “chateação em casa”, “preocupação”, “problema”, para tentar explicar causas que, no meio biomédico, não apresentam sintomas “reais” de doença. Itens como “nervosismo” ou “problemas familiares”, configuram-se como motivos de alteração das taxas de pressão arterial como ilustra a fala da enfermeira abaixo:

A primeira aferição que acompanho na sala de reuniões é de uma moça, ela diz que está com uma tontura na cabeça, que parece que está carregando uma geladeira. A enfermeira, com todo aquele jeitinho, pede para ela sentar, pergunta como se sente hoje (...) Neide verifica a pressão dela, dá 13 por 7 e ela diz: “A pressão não tá alta. Deve ser outra coisa, uma labirintite, um estágio gripal...” E a moça, um pouco sem graça, agradece e sai da sala. (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

Outro caso aconteceu com um senhor que chegou à sala de acolhimento passando muito mal, mas este não questionou o resultado: “ele se queixa que a cabeça dói tanto que dá vontade de sair correndo. Mas Nádia, a auxiliar de enfermagem, diz a ele que “sua pressão tá boa, tá 13 por 8”. Ele então concorda, balançando a cabeça [positivamente] e deixa a sala”. (DIÁRIO, 12 de abril de 2011)

Muitas vezes a “não-pergunta”, a “aceitação” do resultado e o convívio com as incertezas, por parte dos pacientes, se devem sobretudo às noções relativas ao "papel de doente" (PEREIRA, 2010), onde o paciente deve agir de modo estável e previsível, apenas seguindo as recomendações médicas, sem muitos questionamentos, como estabelecem Queiroz e Canesqui:

Com o seu conceito de papel social em geral e papel de doente em particular, Parsons estabeleceu bases importantes para o desenvolvimento de estudos das ciências sociais em medicina. De acordo com a sua teoria, o papel social de doente evoca um conjunto de expectativas padronizadas que definem as normas e os valores apropriados ao doente e aos indivíduos que interagem com ele. Nesse esquema, a norma é sempre reforçada e o desvio é sempre punido. Como nenhuma parte pode definir o seu papel independentemente do papel do parceiro, o relacionamento humano em geral e o entre médico e paciente em particular, longe de serem formas espontâneas de interação social, são definidos por um jogo de expectativas mútuas que são sempre socialmente dadas. (1986, p. 159)

Há também a situação inversa a ser considerada, quando o bem-estar “bate de frente” com a aferição. São os momentos em que as doenças são caracterizadas como “silenciosas”. Momentos em que as pessoas fazem a aferição e se surpreendem negativamente com o resultado. Sem sintomas, elas apresentam elevados índices de “pressão” ou “açúcar no sangue”, o que não abala o paciente, mas que impressiona a equipe de saúde:

Estava eu sentada na sala de acolhimento, observando o movimento daquela manhã. Uma senhora chega atrasada para a consulta e pede para Nádia verificar sua glicemia. Era uma senhora bem arrumada, cheia de colar, anel, tudo dourado. Usava um lenço no pescoço. Diria que ela estava bem chique, bem diferente dos pacientes que eu via por ali. Nádia perguntou: “Tá em jejum?”, ela disse: “Tô”. Ao fazer a aferição, o exame dá 374 de glicemia. A outra auxiliar de enfermagem, Cinthia se espanta: “374?!”. A senhora então pergunta: “Tá alta?”, Nádia responde: “Alta?!”

Tá muito alta!”. Verificam a pressão dela na mesma hora, mas dá 14 por 9. A senhora diz: “Bom, ao menos a pressão tá boa!”, Nádia completa: “Tá nada. Tá alta! Tá tudo alto!”. Cinthia, impressionada, pergunta: “374 de glicose e a senhora não está sentindo nada?”, “Nada!”, responde ela. Cinthia vira para mim e comenta: “Como pode a pessoa tá com 374 de glicemia e tá tranqüila assim. Eu não ia ter paciência para fazer medicina não, ia dar muita bronca. O povo não se cuida!”. A senhora é encaminhada para a consulta, com seus “números” anotados em um papel. (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

O espanto da equipe neste caso parece maior do que nas situações anteriores, quando são os pacientes que aparecem reclamando, com dores e outros sintomas. O fato de o aparelho revelar números “super” alterados em contraste com o bem-estar físico do paciente, deixa-se perceber maior descrédito da equipe para com o paciente e vice-versa. Quando os sintomas aparecem, mas os números estão normais, deve ser um “nervoso”, um problema em casa. Quando o paciente está assintomático, mas suas taxas não, o que dizer para ele, então? A reação de Cinthia, ao comentar que o “povo não se cuida”, só reforça o forte papel dos números frente aos sintomas, pois mesmo a senhora apresentando “saudável” e não sentindo nada, seus “números” não comprovavam isso, logo, ela não pode estar se cuidando corretamente.

Também na sala de acolhimento, vale ressaltar que nela eu não dispunha de tempo ou oportunidade para conhecer melhor os pacientes, devido a alta rotatividade da sala, acompanhei outro caso parecido, onde a falta de sintomas não é aceita:

Um senhor bate à porta e pede à Nádia para ver sua pressão. Durante o procedimento, ele comenta que no dia anterior foi ao hospital de Ceilândia e a moça disse que sua pressão estava alta, mas ele acredita que ela estava errada, porque ele estava se sentindo super bem, tinha tomado o remédio direitinho, além de o tempo estar frio. Segundo ele, a culpa só poderia ser da enfermeira ou do aparelho, pois como um resultado ia dar alto se ele estava bem? Comentou ainda que as pessoas [enfermeiras] tendem a arredondar para cima os números das aferições, tipo, se dá 14 por 5, mudam para 15 [exemplo dele]. Por isso dá alterada. (DIÁRIO, 24 de maio de 2011)

Para este senhor os números não preponderaram em sua aferição. Em sua análise, ele estava passando bem, tinha tomado o medicamento como prescrito, o tempo estava frio,

logo, não poderia apresentar uma pressão “agitada”, enfim, tinha seguido corretamente o ritual terapêutico, logo, sua taxa de pressão arterial deveria estar “normal”. Entretanto, a fim de encontrar causas para tal resultado, ele dirigiu os motivos para fatores externos à sua pessoa, como erro no aparelho ou erro por parte de quem aferiu sua pressão. Ainda sim, não satisfeito, foi tirar a prova, se dirigindo novamente à instituição de saúde. Uma nova categoria analítica nativa apareceu em campo com este exemplo, a de “arredondar”. Para este senhor, a enfermeira teria arredondado seus índices, aumentando a unidade de medida, a fim de justificar alguma situação. Estas eram as causas plausíveis para ele.

Todos estes exemplos comprovam que existe uma expectativa, tanto por parte do paciente quanto da equipe, de que os números reflitam e confirmem “cientificamente” como a pessoa está se sentindo. É como se eles precisassem concretizar o mal estar, ou o bem estar em certos casos, os quais são estados difíceis de comunicar verbalmente, de compartilhar com o outro. E daí a expectativa de que um mal estar “bata” como um “número alto” no aparelho ou vice-versa. Quando isso não ocorre, deflagra-se um drama e surge uma desconfiança acerca do funcionamento do aparelho ou da equipe, por parte do paciente e, por outro lado, uma desconfiança nos verdadeiros sintomas que estão sendo relatados e a obediência ao tratamento, por parte da equipe. Confirma-se, assim, do ponto de vista da equipe, a hierarquia dos números frente aos sintomas, pois não são os números em si que são questionados, mas as pessoas e seus comportamentos. Já da parte dos pacientes, outra hierarquia se estabelece: primeiros os sintomas, depois os aparelhos e seus números e, só então, a equipe.

Interessante que, na entrevista com a enfermeira-chefe do posto, ela respondeu conforme a expectativa geral, representada por todos esses fragmentos, de que, na realidade clínica, são os números que pesam mais na configuração do problema:

Pergunto então à Nair: “O que vale mais: números ou sintomas? Pois eu já vi vários casos em que as pessoas chegam aqui se sentindo mal, com dor de cabeça, com tontura, mas na hora que verificam a pressão, ela está normal”. Ela responde: “Tem gente que é ansiosa por natureza, a questão é emocional e não física. **Como estamos num ambiente de posto, o fisiológico é que contará mais, os números importarão.** Mas nós tentamos ajudar, pedimos para ficar tranqüilo, pensar no que pode estar

dando aquela dor de cabeça, se não melhorar, melhor procurar a emergência.” (DIÁRIO, 7 de junho de 2011, ênfase minha)

A presença dos exames é tão marcante no cuidado da saúde, que quando seus resultados “falham”, ou seja, não conseguem representar a situação real vivida, ou melhor, sentida, há um desgaste da construção representativa da doença. Nisso, tanto a experiência do cuidar, por parte dos pacientes, quanto à experiência do profissional da equipe de saúde, são duvidosas, desvalorizadas, questionadas. Mas, como vimos, não é o que acontece na prática. Nem sempre números e sintomas “batem”, combinam, gerando assim um descrédito em alguma parte do “sistema”. A ideia central é que a realização destas aferições fosse uma combinação correspondente entre sintomas e números, mas elas trazem na realidade, certa dose de drama.

5.4 Fé, chá e internet: ativos participantes das aferições

Alguns tópicos que não faziam parte inicialmente da pesquisa foram encontrados de forma recorrente em campo. Eram “práticas” que orientavam e participavam, em certa medida, das interpretações que as pessoas faziam de suas enfermidades, de seus índices glicêmicos ou arteriais. Estes se tornaram extremamente relevantes para se pensar nos números e nas ações práticas de cuidado com a saúde. Dentre elas, encontrei a fé, o uso de chás e, de forma inovadora, o uso da internet como fonte de informação, para se entender melhor a própria enfermidade. São temas relevantes, uns muito usados pelas pessoas, por motivo de crença ou tradição familiar, como os chás e crenças religiosas.

Entre as pessoas contatadas, algumas relataram que seus índices de glicemia ou pressão arterial se mantêm estáveis porque “Deus cuida deles”. A religiosidade mostrou-se como um fator atuante no cuidado da saúde, servindo de explicação ou consolação para os números revelados nos aparelhos ou, em casos bem interessantes, de posicionamento, interpretação frente a essas doenças. Ilustra bem essa situação, o caso de uma senhora visitada em sua casa. Era Sônia, de 66 anos, hipertensa, viúva, dona de casa, católica. Primeiro, eu lhe perguntei se era hipertensa. E ela disse:

“Sou, no meu parecer, eu era... **Porque Nossa Senhora curou minha pressão.** Olha, eu tinha a pressão 17 por 10, agora a minha pressão é normal praticamente, é 12 por 8, 11 por 7, o mais alto é 13 por 8, é difícil chegar nos 14. Agora, graças a Deus, minha pressão tá assim”. (DIÁRIO, 26 de maio de 2011, ênfase minha)

Ela continua:

“Eu fui a um cardiologista. Foi uma benção na minha vida, quando eu cheguei lá... ele era carismático⁴! Para você ver que benção na minha vida! Sabe o que ele falou para mim? Ele disse: Quando você passou mal da pressão você tava numa casa de oração? Aí eu contei para ele que sim e ele disse: Você sabe que é Nossa Senhora curando sua pressão!” Natália pergunta: “O médico falou isso?” Sônia: “Falou para mim! Qual médico que fala isso para alguém?! Eu arrepiei dos pés à cabeça. Ele é lá do Plano, Dr. Fabiano, ele é cardiologista do hospital de Taguatinga. Aquilo ali foi Deus que mandou ele falar pra mim. Ele me passou tudo direitinho, os exames, e através dele, eu tô toda controlada. Depois disso... mais nada. Graças a Deus! (idem)

Se não contam uma história que envolve diretamente a fé, ao menos, as referências ao Deus cristão são constantes. Conheci somente pessoas católicas ou evangélicas, as quais louvam a Deus por seus índices de pressão arterial ou glicose estarem controlados, ou agradecem a Ele por não ter essa ou aquela doença, “Você é diabética? Não, graças a Deus!”. São situações onde o poder espiritual se mostra atuante. Segundo Barsaglini (2008), o recurso religioso se faz presente seja na capacidade do adoecido controlar sua doença, não permitindo que complicações se desenvolvam em detrimento de se seguir recomendações. Vale ressaltar, por fim, que as representações religiosas que evocam a interferência divina como força superior, têm em Deus a crença sobre:

A decisão final sobre as condições de saúde, doença e cura. Nessas representações, Deus pode fazer retornar ou manter a saúde; castigar com doenças, fortalecer para tolerar as dores sendo fonte de resignação, solução ou atenuação ante o sofrimento (IBÁÑEZ-NOVIÓN, 1974 *apud* CANESQUI & BARSAGLINI, 2010).

⁴ Pessoa que faz parte do Movimento Carismático Católico. Este é voltado para a experiência pessoal com Deus, particularmente por meio do Espírito Santo e dos seus *dons*. Esse movimento busca dar uma nova abordagem às formas de doutrinação e renovar práticas tradicionais dos ritos católicos.

A essa combinação de recursos – chá, fé, entre outros – Camargo Jr. (2003) denominou como “sincretismo terapêutico”. São práticas que visam à saúde de forma mais totalizante, que expressam e verbalizam diferentes escolhas terapêuticas, as quais transitam facilmente entre racionalidades distintas, obedecendo à percepção de que cada paciente tem de seus problemas e do que cada medicina pode oferecer para solucioná-los. Envolve de certa forma, problemas não só físicos, mas psicológicos e espirituais. Para Canesqui e Barsaglini, esta espécie de “sincretismo” sugere de uma compreensão mais completa da enfermidade em questão, fugindo da abordagem restrita oferecida pela biomedicina, “devido à unidade corpo/espírito que rege as ideias de doença e cura.” (2010, p. 27).

O intenso contato com o sistema biomédico e com a tecnologia que participa dele, como os glicosímetros e os esfigmomanômetros, não exclui o emprego de recursos terapêuticos pertinentes a outros modelos de cura, como o consumo dos chás caseiros e dos fitoterápicos. Quanto ao uso de remédio caseiro, as pessoas relataram que gostam de tomar vários tipos de chás que ajudam a baixar os níveis de glicemia ou pressão, dentre eles estão o chá de urucum ou chá de chuchu para diabetes e o chá de alecrim para reduzir a pressão “alta”. Estas práticas populares de cuidado da saúde, ao lado da homeopatia, rezas e curas, são chamadas por Le Breton por “medicinas paralelas” e fornecem ao paciente atenção mais personalizada, acompanhamento mais íntimo, a atenção tão requisitada nos consultórios médicos, pois elas “se têm a essa capacidade de mobilizar uma eficácia simbólica frequentemente negligenciada pela instituição médica.” (2003, p. 305). Este cuidado e atenção às questões mais relacionais e íntimas dos pacientes é o que traça a linha divisória entre o cuidado da medicina tradicional e destas “medicinas paralelas”.

A maior parte dos meus interlocutores só toma os chás quando percebem algum sintoma ou se, ao consultar os aparelhos, perceberem alguma alteração. Uma prática muito comum para controlar a pressão, no caso de estar “baixa”, é colocar uma pedrinha de sal em baixo da língua ou tomar leite com sal. São práticas tão naturalizadas, que pude observar sua utilização dentro do próprio centro de saúde:

Enquanto estava na sala de acolhimento, mãe e filha entraram super aflitas. A filha, com idade de 15 anos, diabética, estava passando mal,

com a pressão baixa. Tinha desmaiado na escola. A mãe, nervosa, procurou o posto de saúde. As auxiliares de enfermagem, depois de aferirem a pressão de Bruna (a adolescente) e constatar que sua pressão estava super baixa, tipo 9-5, saíram da sala para buscar ajuda. Uma delas volta à sala com um copo de leite quente com sal e pede para Bruna beber. Eram receitas caseiras sendo usadas em um posto médico. Depois perguntei a Cida porque não deu remédio para Bruna e ela me diz que não existe remédio para aumentar a pressão, só para baixar. Depois de alguns minutinhos, Cida vê a pressão dela novamente, dá 10 por 5. Ela parece um pouco melhor, a mãe decide então levá-la para casa, e se não melhorar, vai à emergência do hospital regional de Taguatinga. (DIÁRIO, 31 de maio de 2011)

Vemos que em um lugar tão biomedicalizado, certas técnicas caseiras são tidas como válidas e úteis no cuidado da saúde. Em geral, os remédios caseiros são considerados bons e eficazes por possuírem propriedades terapêuticas menos agressivas ao corpo do que os medicamentos industrializados, como apontam novamente Canesqui e Barsaglini:

A utilização do chá como recurso terapêutico pode ser regular ou pontual após as licenças sociais, ao perceberem sensações que atribuem à alteração da glicemia, bem como nos dias antecedentes à realização de exames médicos. Esses procedimentos significam o “não descuidar” do diabetes, não ser negligente e, conseqüentemente, não ser reprovado por si mesmo, por outras pessoas e pelos profissionais de saúde em relação à sua saúde, já que considerável parcela da responsabilidade pelo controle do diabetes recai moralmente sobre o indivíduo, segundo as representações dos profissionais de saúde. (2010, p.13)

Por último, cabe destacar o uso da internet, como um novo meio para se conhecer e cuidar melhor da saúde. As pessoas mais jovens estão fazendo dela um campo novo de busca por remédios, explicação, tratamento e cuidados para suas enfermidades. Duas pessoas que conheci em campo, uma delas hipertensa e a outra não, ambas na faixa dos trinta anos, afirmaram ter o hábito de pesquisar na internet sobre hipertensão, buscam conhecer os números “normais” para suas idades. Uma delas contou-me: “Lá [internet] dá para entender melhor a doença, às vezes, até olhar um remédio que possa aliviar os sintomas” (DIÁRIO, 19 de abril de 2011). Este novo perfil de paciente pode revelar algumas tendências que estão sendo criadas no campo da saúde – crescente participação do meio eletrônico no cuidado da saúde – como também falhas no sistema, tal como

dificuldades para conseguir uma consulta, falta de tempo e dinheiro para acompanhar as doenças, falha na comunicação equipe-paciente, entre tantas outras questões.

É notório o crescente interesse sobre a internet e seus usos em variados campos do conhecimento. Entretanto, várias considerações precisam ser feitas sobre a utilização das informações acessadas pelos “usuários-pacientes” da rede. Segundo Eliane Vargas (2010) o meio eletrônico é dirigido a certa parcela da população, aqueles incluídos digitalmente. Para o antropólogo Hermano Vianna (1995), citado por Vargas, pode-se colocar em discussão a representatividade e qualidade dos temas abordados na “web”, pois para ele “a web é uma criação coletiva em que inexiste a obediência a uma instância central de produção nem a uma regra cultural específica” (VIANNA 1995 *apud* VARGAS 2010, p. 16)

Vargas (2010) aponta que há um estudo internacional sobre a utilização da internet como apoio diagnóstico, denominado “Googling for a diagnosis” (TANG E NG, 2006), o qual mostra a relevância que seu uso como objetivo da prática médica vem adquirindo no campo da saúde, pois:

Os resultados trouxeram em um primeiro momento preocupação para a área médica, uma vez que a internet poderia se tornar fonte de automedicação de leigos. No entanto, um exame mais atento da questão revelou que a prática de pesquisar dados sobre enfermidades por parte dos pacientes apontava uma transformação da prática dos consultórios, especificamente nas relações de poder entre médicos e pacientes. (VARGAS, 2010)

É um novo campo que merece maior atenção de pesquisas futuras, mas que já despontou nesta pesquisa e que, de certa forma, participa e orienta o uso dos aparelhos biomédicos e as aferições, por fornecerem dados e informações adicionais sobre uso e valores de cuidado da saúde. O ato da aferição, não é um ato simples em si, um número não é só um número. Ele suscita vários dilemas porque está envolto em interpretações de senso comum e, por outro lado, é orientado por práticas científicas, biomédicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O título - "Bombinha, relóginho ou pêra": O uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia, DF – abarca três nomenclaturas usadas por meus interlocutores para o aparelho de pressão arterial manual. São nomes de uso recorrente entre os pacientes, onde cada nome representa uma parte do esfigmomanômetro. “Bombinha” e “pêra” referem-se à parte que insufla o aparelho; e o “relóginho” é o “visor” onde o resultado é revelado.

A antropologia, de forma geral, considera a saúde como um fenômeno que é culturalmente construído e interpretado. Não obstante, este trabalho buscou conhecer como as pessoas entendem e representam suas doenças, no caso, diabetes e hipertensão. Posteriormente, intentou-se mostrar como a tecnologia está intimamente ligada aos “itinerários terapêuticos” seguidos pelos pacientes, por meio do uso de aparelhos biomédicos, como glicosímetros e esfigmomanômetros, os quais lhes revelam dados e valores, que influenciarão no processo do cuidar.

Diabetes e hipertensão são doenças tidas como graves, segundo as pessoas pesquisadas. São doenças que podem se expandir e afetar outros órgãos. O diabetes, no caso do uso de insulina, tem sua gravidade intensificada, pois remete ao uso de um medicamento injetável, que além da dor física do furar-se, ainda gera um “estigma”, pela idéia da dependência e da exposição da doença. O “nervoso”, causado pelo estresse, problemas familiares, perturbações físico-morais, pode tanto alterar os índices de glicemia quanto os de “pressão”. Talvez sejam muito mais doenças afetadas pelo social e pelo psicológico, do que propriamente por alterações físicas isoladas. São enfermidades que precisam ser contextualizadas, posicionadas dentro de certo período de vida pelo qual passa o paciente para ser bem cuidada. Alimentação, clima, uso de medicamentos, foram alguns itens abordados que ajudam a entender melhor como as pessoas percebem seus “números” em movimento, alterando-se.

Seguindo esta idéia, temos os aparelhos biomédicos em destaque. A maior parte das pessoas prefere aferir sua pressão arterial ou glicemia no centro de saúde, mesmo aquelas que possuem os aparelhos biomédicos em casa. Nenhum deles foi apontado como favorito para o uso, mas o esfigmomanômetro manual parece ganhar maior credibilidade na visão das pessoas, pois são os aparelhos “escolhidos” para serem usados no posto e por serem manipulados por profissionais da área, geram maior confiança. Por outro lado, embora sejam tecnologias aparentemente refinadas e detenham um conhecimento científico tão valorizado pelo mundo ocidental, percebe-se que não retêm imediata e automática confiança e credibilidade depositada por seus usuários, agregando em si dois papéis diferentes. O primeiro como “mocinhos” pelo lado positivo, pelo fato de ajudarem a cuidar da saúde; e como “vilões” pelo lado negativo, pelo motivo de seu uso revelar uma condição de “doente”, fragilidade física, influenciando nos laços sociais e no cotidiano. Os aparelhos apresentam “números”, os quais não são só números em si. Eles são eventos contextuais. Por fim, para interpretar toda essa cena, entram os pacientes com seus dilemas.

Este então é o momento que fecha, por hora, a discussão. A construção da experiência do aferir, no caso os índices de glicemia e pressão arterial, abarca as explicações sobre o momento, o resultado, a interpretação da aferição, onde quer se conhecer os sentidos e significados atribuídos a tal ato. Geralmente, se feitas em ambiente hospitalar, as aferições são ajustadas às demandas e às explicações biomédicas de saúde e doença; por outro lado, se são aferições caseiras, realizadas em um ambiente íntimo e familiar, são feitas de forma mais “livre”, ainda sim permeadas pelos valores biomédicos, onde conta-se com a interpretação pessoal, com as sensações, os sinais do corpo, tudo isto é levado em conta para se determinar quando usar o aparelho e quais ações realizar posteriormente.

Existe um conhecimento acerca dos números revelados pelos aparelhos biomédicos. A convivência com pessoas adoentadas é determinante para se aprender sobre os números, em muitos casos. Mas nem sempre conhecer os valores, idéias, ajuda a entender as mais diversas variações que existem entre o “sentir” e o “medir”, pois muitas vezes, eles não vão ser correspondentes. Quando isso não ocorre, surge uma desconfiança acerca do

funcionamento do aparelho ou na equipe, por parte do paciente e, por outro lado, uma desconfiança nos verdadeiros sintomas que estão sendo relatados.

Vista toda a tecnologia apresentada e utilizada para se entender melhor a saúde ou comprová-la, algumas práticas sociais antigas ainda são usadas para alcançar ou manter um corpo saudável, que são: o uso de chás e a religiosidade. A religiosidade mostrou-se como um fator atuante no cuidado da saúde, servindo de explicação ou consolação para os números revelados nos aparelhos ou, em casos bem interessantes, de posicionamento, interpretação frente a essas doenças. Os “remédios caseiros” são utilizados junto aos medicamentos prescritos nas consultas, servem de coadjuvantes no cuidado das taxas de pressão arterial ou glicemia. Por último, como fenômeno em crescente expansão, o uso da internet como fonte de informação, para se entender melhor a própria enfermidade.

Para realizar esta tarefa de compreensão e busca de significados nativos para tais práticas, somente o olhar antropológico, distante do etnocentrismo e parceiro da relativização, para abarcar tal tarefa. Ao entrar em contato com os nativos, sejam eles pacientes ou profissionais da saúde, o pesquisador deve ser abster do aparato único da biomedicina, do valor científico, por vezes atrelados ao mesmo, e se entregar às visões de saúde ou doença, tão representativas para seus interlocutores, os indivíduos. A medicina ocidental é limitada, de certa forma, pois ao fornecer diagnósticos e tratamentos, não alcança o contexto cultural e social que uma doença possui em certa sociedade. Apenas as técnicas da epidemiologia não podem entender o fenômeno da “enfermidade” e o “ser humano” que está por trás daquele quadro clínico. “O discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar, de forma permanente, o estado de saúde de uma população” (MARRONI, 2007).

Logo, tentar desvendar o sentido da doença e dar voz a este indivíduo tido como portador de uma doença crônica foi a intenção desta pesquisa. O grupo dos adoecidos crônicos, como autores das representações e hábitos sobre essas experiências de adoecimento, tem muito a nos mostrar, pois estão, mais do que outro grupo, reconstruindo sua experiência com a doença diariamente, pois “o fato é que a trajetória da enfermidade crônica é assimilada ao curso da vida, contribuindo muito intimamente para o desenvolvimento de uma vida particular, onde a enfermidade torna-se inseparável da

própria história de vida” (LIRA *et al*, 2004, p. 153). Este tipo de abordagem é especial, pois reforça a idéia de que nem sempre a biomedicina pode explicar ou ditar as regras para lidar com as doenças, pois estas dependem das experiências de vida que cada um leva consigo (BEZERRA, 2011).

A importância de conhecer como as pessoas entendem e modificam suas vivências, por causa dos números revelados pelos aparelhos de medição, é uma tarefa importante para:

(...) a compreensão do fenômeno saúde-doença (...). Junto com os dados quantitativos e com o conhecimento técnico-científico das doenças, qualquer ação de prevenção, tratamento ou de planejamento de saúde, necessita valores, atitudes e crenças de uma população. (MINAYO *apud* MARRONI, 2007, p. 103)

Esta é a riqueza deste trabalho, que tentou, sem ter a pretensão de fazer generalizações ou esgotar o assunto, buscar compreender quais valores e crenças que sustentam a lógica do uso de aparelhos biomédicos, na região da Guariroba, no Distrito Federal, para que eles possam ser compreendidos pelo mundo biomédico além de suas propriedades técnicas, mas que são também “atores”, que assumem, dependendo do momento de vida daquele indivíduo, papéis positivos ou negativos, determinando as condutas no cuidado da saúde.

Seu uso é reapropriado, seus resultados não recebem toda a credibilidade imposta pelo conhecimento científico, a tecnologia que trazem em si não é de toda, confiável, segundo estas pessoas com quem convivi. Mas, além disso, as aferições geram dilemas próprios, dúvidas, angústias, interpretações, que revelam diversas práticas culturais, que podem mover o interesse antropológico. Seu estudo poderia ajudar na formulação de políticas públicas de saúde, onde o cuidado com a saúde, a interação homem-máquina, possa também estar em pauta.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.
- BARSA, Enciclopédia. **Enciclopédia Britânica do Brasil**, Rio de Janeiro - São Paulo, 1987, V.VII, p.81.
- BARSAGLINI, Reni Aparecida. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. **Interface** (Botucatu) v.12, n.26, July/Sept. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300009>> Acesso em: 25 de novembro de 2011 .
- _____, R. A. Com açúcar no sangue até o fim: um estudo de caso sobre o viver com diabetes. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Olhares socio-antropológicos sobre adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.53-85.
- _____, R. A.; CANESQUI, Ana Maria. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde Soc** ,v.19, n.4, p. 919-932, out.-dez. 2010.
- BEZERRA, Natália A. Remédio de folha, remédio de médico: concepções sociais sobre medicamentos entre os moradores da Ceilândia Sul, DF. 2010. PROGRAMA DE INICIAÇÃO CINÉTICA, 2010. [**Anais...**] Brasília: UnB, 2010.
- _____. Antropologia dos números: representações concretas de doenças como Diabetes e Hipertensão entre os moradores da Ceilândia Sul, DF. 2011. PROGRAMA DE INICIAÇÃO CINÉTICA, 2011. [**Anais...**] Brasília: UnB, 2011.
- LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CANESQUI, A.M. **Estudos socio-antropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- _____. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Cien. saúde colet.**, v.8, n.1, p. 109-124, 2003.
- CHAZAN, L.K.; CITELI, M.T. "Muito cuidado com essa sonda, ela é a parte mais sensível desse aparelho!": a tecnologia como ator social na construção de corpos fetais e grávidos. Trabalho apresentado na Reunião de Antropologia do Mercosul, 8.; 2009, Buenos Aires. [**Anais...**] Buenos Aires: Mimeo, 2009.

CHAZAN, Lilian Krakowski. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. **Cad. campo**, n.15, p.15 a 32, 2005.

DUARTE, L. F. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro/Brasília: Zahar/CNPq, 1986.

DURHKEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa**: o sistema totêmico na Austrália. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ERTHAL, Regina M. de Carvalho. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, mar./apr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n2/4175.pdf>>. Acesso em 5 dez. 2011.

FLEISCHER, Soraya. “A cronicidade e o controle: notas etnográficas sobre pessoas com hipertensão e diabetes num bairro da Ceilândia Sul, DF”. Comunicação apresentada na REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA E POLÍTICAS DE SAÚDE, 1.; 2010, São Carlos-SP. [Anais...]. São Paulo: Universidade de São Carlos, 2010.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso não é um caso. **Rev. bras. educ.**, n.10, p.58-78,

HARAWAY, D. Manifesto Ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA T. T. **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 39-129.

HELMAN, G. C. Doença versus enfermidade na clínica geral. **Rev. campos**, v.10, n.1, p.119-128, 2009.

HERZLICH, Claudine. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15(supl.), p.57-70, 2005.

HUNT, L.M.; ARAR, N.H. An analytical framework for constrating patient and provider views of the process of the chronic disease management. **Med. Anthropol. Q.**, v.15, n.3, p.347-68, 2001.

KLEINMAN, A. and SEEMAN, D. 'Personal experience of illness', in ALBRECHT,G. ; FITZPATRICK, R.; SCRIMSHAW, S. (eds). **Handbook of Social Studies in Health and Medicine**. London: Senge, 2000. p. 230-42.

KOSC, Analara & ANDRADE, Fabiana M. A utilização de técnicas de biologia molecular na genética forense: uma revisão. **Rev. bras. anal. clin.**, v. 40, n.1, p. 17-23, 2008.

LATOUR, Bruno. **A esperança de Pandora** – ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru, SP; Edusc, 2001.

_____. **Jamais fomos modernos**: ensaio de antropologia simétrica. São Paulo, Ed. 34, 1994.

LIMA, Andrea C. G. G. O. D. **As representações sociais de saúde e doença para os portadores de diabetes mellitus que procuram o serviço de diagnóstico e prevenção da retinopatia diabética.** 2005. Tese (mestrado em Psicologia, área Psicologia da saúde). Disponível: <http://www.tede.ucdb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=121>. Acesso: 24 de outubro de 2011.

MARRONI, Denize. A importância da antropologia na saúde. **Saúde coletiva**, v. 4, n. 16, Editorial Bolina, São Paulo, Brasil.

MESA A. C. et AL. La reacción psicosocial a los problemas visuales em el diabético con retinopatia. **Rev. cuba. med.**, v. 26, n. 1, p. 73-80, 1987.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Rio de Janeiro, Vozes, 2003.

OLIVEIRA, Márcio S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Rev. bras. cien. soc.**, São Paulo, v. 19, n. 5, 2004.

PEREIRA, Diogo N. Incertezas de pacientes no sistema público de saúde **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n.1., 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100009>> Acesso em: 20 de novembro de 2011.

QUEIROZ, Marcos de Souza; CANESQUI, Ana Maria. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 152-164, 1986.

SAÚDE na palma da mão. Disponível em: <<http://brazil.geblogs.com/saude-na-palma-da-mao/>>. Acesso em: 03 de novembro de 2011.

SILVEIRA, Natália O. **Cuidado com(o) trabalho:** a prática de profissionais de uma instituição de longa permanência. 2010 (Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia), Universidade de Brasília. Brasília.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tudo sobre diabetes:** exames. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/exames>> Acesso em: 18 novembro 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Para o público.** Informações. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/acampanha.asp>> Acesso em: 18 novembro 2011.

VARGAS, Eliane P. Saúde, razão prática e dimensão simbólica dos usos da internet: notas etnográficas sobre os sentidos da reprodução. **Saude soc.**, São Paulo, v.19, n.1, p.135-146, 2010.

WHO. **Health topics:** diabetes. Disponível em: <http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/> Acesso em: 18 novembro 2011.

YOUNG, A. The Anthropology of illness and sickness. **Annu. rev. anthropol.**, v.11, p.257-85, 1982.