

O Diálogo Interdisciplinar na Abordagem dos Riscos: limites e possibilidades'

The Interdisciplinary Dialogue While Dealing With Risks: limits and possibilities

Leila Sollberger Jeolás

Doutora em Ciências Sociais. Professora da Universidade Estadual de Londrina.

Endereço: Rua Lindóia, 309, Parque Alvorada, CEP 86062-480, Londrina, PR, Brasil.

E-mail: leilajeolas@sercomtel.com.br

† Texto apresentado na Mesa-redonda "Vigilância Sanitária e Risco: um diálogo complexo", no X Congresso Paulista de Saúde Pública, realizado em São Pedro-SP de 27 a 31/10/2007.

Resumo

Este artigo busca analisar, de forma introdutória, os limites e as possibilidades de diálogo da antropologia com a área da saúde nas abordagens teórica e prática dos riscos. Sabe-se de antemão da dificuldade de se abordar um tema complexo, como o da exposição aos riscos, que apresenta diferentes implicações teóricas para as áreas de conhecimento citadas, além de implicações práticas para as ações que visam à prevenção de riscos. O objetivo é indicar algumas questões do debate teórico sobre o tema, realizado atualmente no campo disciplinar da antropologia, e apresentar algumas sugestões oriundas de experiências de trabalho voltadas para a prevenção em saúde, a fim de contribuir com o desenvolvimento desse debate interdisciplinar da antropologia em sua interface com a área da saúde.

Palavras-chave: Risco; Prevenção em Saúde; Antropologia.

Abstract

The purpose of this paper is to analyze, in an introductory way, the limits and possibilities of the dialogue between anthropology and the health area when dealing theoretically and practically with risks. The difficulty in dealing with a complex theme such as risk exposure is well known, as it presents different theoretical implications for the above-mentioned knowledge areas, besides practical implications for the intervention actions that aim at risk prevention. The objective is to indicate some questions of the theoretical debate on risks, which is being currently carried out in the field of anthropology, and to present some suggestions based on work experiences concerning health prevention, in order to contribute to the development of this interdisciplinary debate between anthropology and the health area.

Keywords: Risk, Health Prevention, Anthropology.

Sabe-se de antemão da dificuldade de se abordar um tema complexo como o risco, que apresenta nuances e implicações para a área da Saúde, em geral, e para a da Vigilância Sanitária, em particular, pois essa tem a ação como meta principal. Quando o debate envolve outra área do conhecimento, no caso a Antropologia, ele traz ainda outras dificuldades que serão abordadas nesse texto de maneira não exaustiva. A análise de questões sobre como o risco é abordado nesse campo acadêmico e algumas indicações práticas oriundas do diálogo da Antropologia em sua interface com a Saúde também serão apontadas neste trabalho.

Interface da Antropologia com a Saúde: possibilidades e dificuldades

A partir de algumas experiências realizadas em Londrina-PR na área da prevenção à saúde, envolvendo profissionais da Antropologia e da Saúde, principalmente no campo da prevenção da Aids entre jovens, as quais se estenderam à gravidez, a outras DSTs e às drogas, enfrentei durante mais de uma década a dificuldade de deixar o terreno mais seguro da análise teórica, que produz conhecimento sobre diferentes grupos e realidades sociais, para enfrentar o campo da ação voltado para a educação em saúde. Primeiramente, em uma ONG/Aids (Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids - ALIA) e, em seguida, em um projeto de extensão universitária realizado em um serviço público de saúde, voltado para o atendimento de adolescentes, também com ações de prevenção (Centro de Referência e Atendimento ao Adolescente de Londrina - CRAAL).

Ao final dessa experiência, escrevi o texto “O que faz um antropólogo em uma equipe de saúde” (Jeolás, 2004), no qual chamo a atenção para a diferença entre o trabalho da antropologia da saúde (por vezes apenas teórico) e o trabalho de profissionais da área de saúde, que precisam dar respostas rápidas a problemas urgentes. Isso implica que o tempo exigido por cada uma dessas áreas seja fundamentalmente diferente: o “tempo antropológico” que se pauta em pesquisas intensivas de campo, através do método etnográfico e da observação participante, e que busca alcançar um conhecimento aprofundado do

outro; e o “tempo clínico”, o da urgência de diagnósticos e de intervenções rápidas para enfrentar riscos individuais e coletivos e dar respostas a problemas de saúde.

A antropologia da saúde tem a tradição de buscar compreender os significados que as doenças e os diferentes tipos de riscos representam para os grupos sociais. E o método etnográfico utilizado para alcançar esses significados atribui grande importância ao “olhar” e ao “ouvir” a população ou os grupos com os quais trabalha, o que corresponde à primeira etapa do trabalho do antropólogo, a pesquisa empírica, fundamental para a apreensão dos fenômenos sociais (Oliveira, 1996). No caso das sociedades complexas, como a nossa, esse “olhar” e esse “ouvir”, baseados em teorias e métodos, dedicam-se ao exercício de compreensão da diversidade sociocultural dos diferentes grupos que a compõem – de grupos indígenas diversos às chamadas “tribos” urbanas juvenis. O que se busca com este trabalho é a compreensão da cultura do outro “de dentro”, através da observação participante, o que explica a necessidade de um tempo longo de pesquisa e, mesmo que o método seja adaptado às necessidades dos projetos de saúde, ele não pode se reduzir à aplicação de simples técnicas de pesquisa.

Como enfrentar a distância entre o “tempo antropológico” da pesquisa e o “tempo clínico” da ação? Penso que, principalmente, buscando um ponto entre essas duas exigências disciplinares e tentando ficar entre os dois polos dessa tensão a fim de avançar no diálogo entre essas áreas do conhecimento. Indico algumas questões necessárias para isso:

- a) uma abordagem intercultural: processo de conhecimento dos grupos e de negociação dos significados (saberes e práticas): exercício de relativização do discurso e do sistema biomédico;
- b) um discurso dialógico (*versus* um discurso prescritivo): participação do grupo/população/comunidade envolvida;
- c) um trabalho realizado em equipes interdisciplinares: desconstruir certezas; desessencializar conceitos;
- d) a definição de objetivos intermediários, necessários para se alcançar objetivos finais ou metas futuras;

e) a realização de avaliações qualitativas de processos e não apenas quantitativas exigidas pelos serviços e pelas agências fomentadoras.

As experiências atuais da antropologia da saúde com populações indígenas mostram que é possível desenvolver uma antropologia participativa sem abrir mão de uma análise teórica rigorosa sobre a cultura dos grupos específicos. Os trabalhos atuais de atenção à saúde das populações indígenas apontam a necessidade de se conhecer a cultura dos grupos específicos, seus sistemas de saúde, mais holistas, integrantes de sistemas cosmológicos e constituídos, portanto, por princípios epistemológicos diferentes do sistema biomédico (Langdon, 1999).

Nas experiências com profissionais de saúde e de outras áreas (ALIA, CRAAL), foi possível realizar um exercício de descentralização do olhar: de que adolescentes estamos falando e de que riscos para nós ou para eles? Esse exercício levou a equipe, primeiramente, a desconstruir ou a desessencializar noções como as de saúde, doença, prevenção, risco e adolescência/juventude, para buscar um conhecimento desses jovens, seus valores, suas necessidades e, só então, planejar um trabalho de prevenção que, aliás, deve ser constantemente reavaliado e redefinido.

Risco para Nós Profissionais Versus Risco para Eles Jovens

Há uma grande distância entre o (nosso) discurso preventivo sobre os riscos e o expresso pelos jovens, podendo o risco, muitas vezes, ser aceito como parte de sua experiência e ser valorizado positivamente por eles. É o caso de experiências juvenis relatadas por diferentes autores, referindo-se a realidades socioculturais distintas, nas quais é elemento constitutivo da construção de identidade de grupos de jovens (Le Breton, 2007; Pais, 2004).

No caso da Aids, por exemplo, algumas pesquisas mostram que, apesar do alto grau de conhecimento, a mudança de práticas e de comportamento não segue o mesmo ritmo. Outras apontam que a percepção do risco ao HIV é elevada quando os jovens se referem à categoria juventude em geral e inversamente pequena quando se referem a eles

próprios (Leite, 1994, 1995; Jeolás e Ferrari, 2003). Os estudos acumulados sobre a epidemia mostram que o risco representado pela Aids foi moralizado e politizado, à semelhança de tantos outros perigos já experimentados pela humanidade; que a percepção do risco ao HIV/Aids esteve (e está) articulada aos simbolismos próprios da cultura ocidental, sobre contágio, doenças transmitidas pelo sexo, sangue, esperma, saliva, morte (Daniel e Parker, 1991; Jeolás, 2007) e aos valores atuais referentes à sexualidade, incluindo os atuantes nas relações de gênero (Guimarães, 1994; Monteiro, 1999, 2002; Paiva, 1996; Salem, 2004; Villela, 1996).

Isso pode estar relacionado, em parte, à compreensão que fazemos da noção de risco. A antropóloga Mary Douglas (1994) advertiu sobre os perigos de se fixar o significado da noção de risco ao seu conceito moderno, adotado em várias áreas do conhecimento. Nas suas palavras, o risco não se reduz à “probabilidade de um evento negativo ocorrer”, mas diz respeito, muito mais, a valores e “significados atribuídos aos resultados deste evento” no contexto de vida das pessoas e dos grupos pessoais. É isso que precisamos compreender.

As sociedades e culturas humanas, segundo ela, expressam muito bem os seus medos na linguagem dos perigos (nos sistemas mágico-religiosos, nos tabus, nas purificações), entretanto, a modernidade precisou de uma linguagem mais universal e cientificamente válida para pensar os riscos em diferentes domínios: na saúde humana (riscos coletivos e individuais), no meio ambiente (riscos industriais e tecnológicos), no *direito*.... O uso do termo se expandiu e teve fortalecida a sua associação com a possibilidade de ocorrência de resultados negativos, ou seja, o termo passou a expressar danos, coisas ruins e indesejáveis - probabilidade de um evento negativo ocorrer. No caso das ciências médicas, as possibilidades de uma doença acometer um sujeito; no caso da epidemiologia, a tentativa de se avaliar a vulnerabilidade de grupos e populações quanto a determinadas doenças. Aos poucos se desenvolveu

uma crença generalizada referente à possibilidade de decisões cientificamente objetivas sobre exposições ao risco (no debate sobre riscos industriais, ecológicos, médicos) e no domínio dos riscos rigorosamente calculados (nas práticas de esportes radicais e competições esportivas).

Além do trabalho da antropóloga Mary Douglas (1994), outros autores no campo das Ciências Sociais tomam igualmente o risco como foco de suas pesquisas, dado o desenvolvimento acelerado da ciência e da tecnologia nas sociedades ocidentais modernas, produtoras de incertezas e de riscos de caráter global, em grande parte. Dentre eles, os sociólogos Beck e colaboradores (1997) consideram, principalmente, os riscos ambientais e tecnológicos e suas graves consequências como ponto de partida para a compreensão do projeto histórico da modernidade. Beck (2008) afirma que a “sociedade moderna se tornou uma sociedade de risco à medida que se ocupa, cada vez mais, em debater, prevenir e administrar os riscos que ela mesma produziu”. Trata-se, portanto, de estudar a insegurança e os riscos produzidos pelo próprio processo de modernização, como efeitos secundários e contínuos do desenvolvimento tecnológico (Kanashiro, 2008; Rodrigo, 2008).

Com um enfoque um pouco diferente, há autores que enfatizam a percepção e a experiência dos atores sociais com relação a diferentes formas de risco. É o caso dos trabalhos do antropólogo francês Le Breton (1991, 2004a, 2007). Para pensar o contexto brasileiro, as pesquisas de Silva (1999a; 1999b) e de Cioccarì (2006) são exemplos nesse sentido. Há ainda importantes contribuições de autores que fazem revisões dos estudos atuais sobre risco, como é o caso de Raude (2007), Mitjavila (2002), Sirost (2002/3), Spink, (2001), Guivant (1998), Boholm (1996) e Duclos (1996)².

Importa ressaltar aqui que a noção de risco é polissêmica no senso comum, pois o risco se faz presente de forma ambivalente e ambígua nas sociedades contemporâneas. Os sentidos se acumulam e incorporam também a parte ou o aspeto positivo do

² As áreas da Saúde Coletiva e da Epidemiologia acumulam pesquisas e estudos sobre a questão do risco, tanto nacional como internacionalmente, mas foge dos limites desse artigo fazer uma revisão da bibliografia nessas áreas do conhecimento. Cito, entretanto, alguns autores que são referência para o debate sobre risco na interface da Saúde e das Ciências Sociais em nosso país: Almeida Filho (1992), Ayres (2002), Castiel (1994), Lieber e Romano-Lieber (2002).

risco, reforçando a complexidade e a fluidez de sentidos que o termo carrega atualmente. As diversas formas de risco vivenciadas se proliferam: algumas mais coletivas, outras mais individuais; algumas mais calculadas, planejadas e procuradas, caso dos esportes radicais, dos rachas de carro ou de moto, do *skate* nas ruas das grandes cidades, das roletas-russas; outras mais impostas ou dependentes de vulnerabilidades sociais e individuais, caso das drogas, da gravidez na adolescência, das brigas de gangues urbanas; algumas negadas e não desejadas (caso da violência urbana), outras aceitas e até mesmo valorizadas com a anuência social (competições esportivas).

Para ordenar um pouco essas diversas maneiras de vivenciar e expressar o risco em nossa sociedade, e os diferentes significados a elas atribuídos, a análise feita por Vera Menegon e Mary Jane Spink (2006), em um texto sobre os riscos que envolvem a Reprodução Humana Assistida (RHA), é muito esclarecedora. As autoras discutem que, apesar da tendência racionalista moderna de buscar calcular objetivamente todos os riscos, principalmente decorrente da aceleração tecnológica (biotecnológica, caso do estudo apresentado), no senso-comum, no nosso cotidiano, a noção de risco é utilizada com diferentes sentidos que podem ser negativos ou positivos, dependendo das situações vividas. Nas palavras das autoras, no cotidiano das pessoas, o risco pode ser “a possibilidade de perda de algo que tem valor para nós” (Menegon e Spink, 2006, p. 167). Essa questão dos valores, também enfatizada por Mary Douglas (1994), é fundamental para enfrentarmos a questão dos riscos com os quais lidamos atualmente, pois eles remetem aos contextos culturais dos diversos grupos, nos quais o risco faz sentido. Mas mesmo o risco tendo muitos sentidos nas sociedades ocidentais modernas, as autoras afirmam que é possível identificar três matrizes para nos ajudar na sua compreensão: 1) do mundo econômico das trocas e das apólices de seguros; 2) da área dos esportes radicais; 3) e do campo biomédico.

Para as autoras, o que alimenta os nossos discursos sobre riscos é a possibilidade de gestão dos riscos, ou seja, “o sentido de controle do futuro”. No campo das legislações e das políticas públicas, o que se discute são estratégias de governamentalidade, entendidas como

O conjunto constituído por instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e táticas, que permitem exercer essa forma bastante específica e complexa de poder, que tem, por alvo, a população; por forma principal de saber, a economia política; e, por instrumentos técnicos essenciais, os dispositivos de segurança (Foucault apud Menegon e Spink, 2006, p. 187).

Esses instrumentos compõem uma rede de gestão complexa e fluida e, quando são destinados à gestão da vida, podem ser compreendidos como *estratégias biopolíticas*, pois estão diretamente ligadas aos avanços das ciências da vida e suas tecnologias.

Nesse caso, o da gestão da vida e, considerando as três matrizes da linguagem dos riscos citadas acima, é possível determinar, de acordo com as autoras, três tradições discursivas e distintas entre si que vão produzir repertórios (ou conteúdos) diferentes para os riscos:

1) risco-perigo: próprio do senso comum e refere-se, em geral, aos infortúnios imprevisíveis que fogem das possibilidades de cálculo. Nesse caso, os repertórios mais recorrentes são: *ameaça, perda, sorte, azar, perigo, fortuna, fatalidade, obstáculo, ventura e destino*.

2) risco-probabilidade: perspectiva do controle e da disciplina voltada à disciplinarização, seja na gestão de coletivos (saúde, tecnologia, meio ambiente), seja na disciplina dos corpos. Remete aos discursos sobre riscos como estratégias de governamentalidade. Uma das estratégias dessa tradição é a *disciplina dos corpos*, quando o foco se desloca para a vida privada das pessoas e, nesse caso, a educação em saúde é a estratégia central. Os repertórios mais comuns são: *risco, aposta, chance, seguro, probabilidade, prevenir, arriscar*.

3) risco-aventura: perspectiva da aventura em que o risco como probabilidade aproxima o mundo da economia e dos esportes. Essa tradição discursiva herda o sentido de positividade da aventura. Os repertórios recorrentes aqui são: *aventura, adrenalina, emoção, coragem, radical, extremo, desafio e ousadia*.

As autoras dão o exemplo da Economia, área em que convivem repertórios de *risco-probabilidade* e de *risco-aventura*, pois nesse âmbito da vida social,

correr riscos tem o sentido de uma prática que é necessária para obter ganhos, com o respaldo de taxas probabilísticas. Os repertórios mais comuns são: *coragem*, *adrenalina*, *ousadia*, *medo*, *risco de falência* ou *de síncope cardíaca*. O que conta aí é a satisfação ou o descontentamento com uma ação ou transação comercial, por isso é a satisfação pessoal que faz oscilar o pêndulo entre *riscos* e *benefícios*.

Outro exemplo dado por elas é o dos Esportes. Nessa área, para certas práticas radicais, *correr risco* (apesar de necessário) está sujeito a estratégias de governamentalidade, pois dependem de regras e de equipamentos de segurança.

Essa tradição de *risco-aventura* mostra a necessidade de se reconhecer que as teorizações sobre risco precisam incorporar também o sentido de *risco desejado*. Aqui a referência aos trabalhos de Le Breton (1991, 2004a, 2007) se faz necessária, pois esse autor vem justamente ressaltando, em seus estudos, o gosto pelo risco por parte daqueles que não o evitam, mas que buscam e valorizam sua experiência - os empreendedores, os desportistas, os guerreiros, dentre outros. Um exemplo desse sentido de *risco desejado* está na experiência de jovens com os *rachas* ou *pegas* de carro e de motos, atualmente meu campo de pesquisa (Jeolás, 2008). Os jovens são categóricos sobre esse desejo de correr risco, embora demonstrem que, contrariamente ao que se afirma no senso comum, não estão ali procurando a morte, mas sim buscando diversos sentidos para as suas vidas. É *correr risco* sob controle porque pressupõe domínio da técnica do carro “preparado” e do motorista que deve dominar o carro em alta velocidade com atenção redobrada, concentração e responsabilidade, segundo eles. Pode-se dizer, de modo geral, que as condutas de risco impõem a sensação de *instinto do instante* e a do *reconhecimento*, tão valorizadas na sociedade contemporânea e, no caso dos jovens, associadas à rebeldia e à transgressão, à pressão de ser apanhado pela polícia e poder morrer em um instante (Pais, 2004). Os *rachas* permitem a expressão do sentido de individualidade e a possibilidade de ganhar um nome próprio entre seus pares - a figura do herói atualizada, diríamos. Fornece uma linguagem de pertencimento reforçado pelas diferenças de gênero e de geração, fontes de auto-definição identitária. Pode-se afirmar que se

trata de auto-domínio entremeado de sensações de “sair do tempo”, ou melhor, vertigem controlada sob o signo da modernidade e da tecnologia.

Gênero e Risco

Continuando o exercício de dar exemplos de como os riscos são pensados e vivenciados pelos grupos sociais, vale a pena ressaltar que o risco envolve também valores próprios das relações de gênero, hierarquicamente construídas em nossa sociedade.

Isso quer dizer que há riscos que afetam muito mais as mulheres e outros os homens. Exemplo de risco que afeta os homens pode ser esse que citei acima relacionado a motores e velocidade, pois os jovens aprenderam a valorizar tais práticas em seu processo de socialização, quando a linguagem do mundo dos motores - potência, cilindragem e aceleração, rapidez e *performance* - é apreendida, comumente dos pais, tios, vizinhos ou amigos, e exercitada ao longo de sua história pessoal. A predominância de homens jovens nos *rachas*, corridas, acidentes de trânsito e outras práticas relacionadas à velocidade (mas não só) remete à análise da construção de estilos de masculinidade como processos históricos, nos quais diferentes grupos sociais elaboram significações que inter-relacionam risco e masculinidade. O afrontamento físico, a formação para o combate, o estímulo para a competição e o domínio da tecnologia são alguns dos elementos presentes na socialização dos homens jovens e nas representações da masculinidade hegemônica (Almeida, 1996; Kimmel, 1998; Connell, 1997), havendo uma pregnância dos valores associados à violência e ao risco na construção social do gênero masculino, longamente enraizados na cultura ocidental moderna, embora, nas práticas sociais, tais valores sejam elaborados de diversas maneiras e com ênfases diferentes (Sánchez, 2005).

Poderíamos estender a análise mostrando essa articulação e especificidade na forma como o risco é vivido e pensado pelo sexo masculino com relação às DST/Aids, à gravidez, à violência sexual, conforme aponta a literatura (Berquó e Souza, 1994; Guimarães, 1994; Schuch, 1998; Medrado e col., 2000; Salem, 2004; Calazans, 2005).

No caso das mulheres, também a literatura mos-

tra como elas lidam, de forma diferente dos homens, com a negociação do preservativo ou de outros métodos na prevenção às DST/Aids ou à gravidez, quando os valores da feminilidade/passividade se contra-põem aos da masculinidade/atividade (Martin, 1997; Paiva, 1996, 2003; Villela, 1996; Monteiro, 1999, 2002; Jeolás e Ferrari, 2003). Na saúde reprodutiva, a mulher, geralmente, tem que assumir sozinha as decisões e os riscos, pois esses assuntos são considerados como sendo de sua responsabilidade.

Volto ao estudo, já citado, de Menegon e Spink (2006) sobre Reprodução Humana Assistida (RHA), em que o exemplo dado por elas é esclarecedor para se pensar essa forma diferenciada de vivenciar e pensar o risco entre homens e mulheres. De acordo com as autoras, “Em geral, a mulher não é incentivada a correr riscos no campo da aventura, mas correr riscos para fins de maternidade é culturalmente aceito e incentivado” (Lupton, apud Menegon e Spink, 2006, p.181). Em suas palavras,

Nessa perspectiva, levar adiante uma gravidez de risco (como a gravidez multifetal) ou vencer os riscos e o sofrimento advindo das tentativas de engravidar por meio da Reprodução Assistida adquirem o sentido de ato heróico (idem, p. 181).

Na fertilização assistida fala-se de riscos ainda não identificáveis, de riscos comunicados: *gravidez múltipla, óvulos e/ou espermatozóides de baixa qualidade, insucesso no processo de estimulação ovariana, esperma ausente, pré-embrião anormal ou falhas da técnica*. A responsabilidade vai para o material genético, para os equipamentos, para as técnicas, distanciando-se de conceitos clássicos, como responsabilidade civil, legal ou moral. São *riscos inerentes*, o que naturaliza um risco que é *fabricado* (Giddens apud Menegon e Spink, 2006, p. 180).

No caso da RHA, os riscos são comunicados, mas não expressos em porcentagens. Apenas as taxas de sucesso são anunciadas dessa forma, mesmo quando elas são bem mais baixas do que as de risco. Por exemplo, uma clínica citada pelas autoras apresenta a porcentagem em torno de 35% para obter uma gravidez e de 28% para uma gestação levada a termo, sendo que as possibilidades de não engravidar, de 65%, e a de não chegar ao final,

de 72%, não são comunicadas em porcentagens, mas com expressões do tipo: “*não há garantia, não existe certeza, [a clínica tem] obrigação de meios e não de resultados, a gestação pode não ocorrer e a clínica não se responsabiliza pelo êxito*” (idem, p. 179). Conforme as autoras, nessa área,

a força inscrita na metáfora *correr riscos*, para realizar o desejo de ter um bebê, adquire maior potência e exhibe a força de um *risco desejado*, aproximando-se da noção de risco no campo da economia e dos esportes, cujo pêndulo do risco-benefício está na satisfação pessoal (idem, p. 171).

O argumento das autoras é “que a comunicação sobre os riscos na área da saúde é uma estratégia biopolítica, que expressa o entrelaçamento e a tensão entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos” (idem, p. 171).

A questão que emerge desta análise é por que moralizamos e politizamos o risco existente nos *rachas* de carro e de motos entre os jovens e não os riscos implicados na RHA? Ou por que evidenciamos o risco presente nas tatuagens e *piercing*s e não aquele presente nos esportes radicais, como nas escaladas em montanha? Como podemos observar, estamos sempre às voltas com valores socioculturais.

O Exemplo da Tatuagem e do Piercing

Este tema merece nossa atenção pela importância que as práticas de modificação corporal adquiriram nas sociedades contemporâneas. As tatuagens sempre estiveram associadas a rituais nas sociedades tradicionais e essa comparação ajuda a entender os significados que elas adquiriram nas sociedades atuais.

Todas as sociedades desenvolveram formas de socialização de seus membros, reforçadas, em grande parte, pelos ritos que acompanham os ciclos anuais das atividades. Ritos de Iniciação, de Passagem, de Inversão, de Rebelião, todos eles estruturas antropológicas que marcam o lugar, o estado e *status* dos membros de uma coletividade. Nas sociedades tradicionais eles demarcam, com clareza, a aquisição de um novo *status* social e exigem uma herança a ser legada pelas gerações mais velhas, princípios

éticos e estéticos e um saber sobre o passado que se projeta sobre o futuro (Clastres, 1982; Balandier, 1985, 1994). Os ritos comportam “uma pedagogia profunda que vai do grupo ao indivíduo, da tribo aos jovens” (Clastres apud Tommasino e Jeolás, 2000, p. 33). Ritual para todos, marcas da sociedade inscritas no corpo, violência controlada pelo grupo.

Nas sociedades ocidentais modernas, os rituais estão pulverizados, fragmentados e, na maior parte das vezes, tornam-se objetos de consumo, substituídos com rapidez e ao sabor da moda (Balandier, 1994; Le Breton, 1991). Seu poder de transmitir legado das gerações anteriores, um saber sobre a sociedade, o lugar dos sujeitos sociais é certamente menor do que o ritual nas sociedades tradicionais. Nesse contexto, a atribuição de sentido torna-se uma tarefa quase individual. O sujeito torna-se o *artesanão-bricoleur* de suas práticas e representações, certamente informado pelos componentes da cultura, mas tendo que construir, a todo momento, de forma mais individualizada e ao sabor das circunstâncias, o sentido de sua existência (Le Breton, 1991, 2004a).

Nesse cenário, o corpo tomou um lugar e um papel preponderante em nossa sociedade: *matéria-prima a modelar* para dar identidade ao sujeito, *lugar de encenação de si próprio*, suscetível de variadas metamorfoses (Le Breton, 2004b).

Ele é considerado representante de si, torna-se, por isso, uma afirmação pessoal. Ele não encarna mais o destino da pessoa, mas uma proposta/um projeto que se pode sempre melhorar e recuperar. E aí as tatuagens e todas as outras formas de modificações corporais adquirem hoje um significado diferente e central na construção da identidade pessoal. Diferentemente dos anos 1970 ou 1980, quando fazer uma tatuagem representava um afirmação de uma singularidade radical, associada a uma dissidência social, um sentimento de rebeldia e de oposição, hoje a tatuagem se estende a homens e mulheres e a todas as idades e classes sociais como “um modo difuso de filiação numa comunidade flutuante que nutre uma cumplicidade relativa com aqueles que os trazem igualmente” (Le Breton, 2004b, p. 11). São formas de os jovens se integrarem no seu grupo etário e inscrever na carne os momentos chave da sua existência. O corpo torna-se, além de decoração, um *arquivo de si*. O sinal que marca o corpo é memória

de um acontecimento, de uma relação amorosa, de um projeto pessoal, de uma data de nascimento de um aniversário. Segundo Le Breton, “prótese identificativa, superfície protectora contra a incerteza do mundo [...] e demonstração de um estilo de presença”. (idem, p. 11).

Percebe-se uma parcela cada vez maior de pessoas que procuram essas marcas e a paixão e o fascínio que exercem, principalmente entre os jovens, pois eles querem *afirmar sua diferença, atraírem o olhar e serem reconhecidos* a despeito de tudo. É como se fosse uma maneira simbólica de eles ganharem autonomia e “tomarem posse de si” (idem, p. 12).

Diante das incertezas, o corpo é submetido, então, a um *design: body building, body art* ou modificações corporais, como tatuagens, *piercing*s, *stretching* (alargamentos), escarificações, implantes, *cutting* (cicatrizes com instrumentos cortantes), *branding* (cicatriz feita com ferro em brasa ou laser), *burning, peeling* (retirada de superfície da pele) e ainda os regimes alimentares, os cosméticos, as ginásticas, as cirurgias estéticas.

O trabalho de uma aluna sobre mulheres que buscam cirurgias para redução de gordura mostra o quanto o risco não é valorizado por elas e, nem tampouco, por alguns profissionais da medicina e da mídia em geral. Uma descrição de uma lipoaspiração deveria nos ajudar a relativizar os riscos presentes nas práticas de tatuagens ou de *piercing*s (Latanza, 2007).

A pesquisa de Zeila Costa (2002) sobre os tatuadores de Santa Catarina mostra o processo de medicalização e higienização que envolve a tatuagem nas sociedades ocidentais contemporâneas, atestando sua entrada no *projeto* da modernidade. Na década de 1970, a tatuagem extrapolou um espaço já consagrado a ela, as prisões, zonas de meretrício e os cais de portos marítimos, e passou a ser procurada por uma população jovem oriunda de camadas médias urbanas. Esse período pode ser denominado de “período caseiro” da tatuagem (idem, p. 2), quando se tatuava sobretudo nos lugares freqüentados pelo público jovem, guiados pela demanda (bares, rua, praças, feiras, praias, boates, lojas de CD) e o material era uma máquina de tatuar improvisada, tinta nanquim, um banquinho, um caixote e catálogos de desenhos.

No final da década de 1970 e começo de 1980 surgiram os primeiros espaços institucionalizados para a prática da tatuagem - os estúdios - e a tatuagem procurou sair dos espaços de “marginalidade”, os “porões”, ganhando uma nova configuração. Ao ocupar espaços comerciais, a tatuagem passou a ter contato com a vigilância sanitária. A perfuração, antes feita com materiais cortantes como vidro, faca, bambu ou então agulhas, passou a ser feita pela máquina de tatuar. Antes das máquinas elétricas (início da década de 1980) as tatuagens eram feitas manualmente; a forma mais comum era a utilização de três agulhas de costura amarradas com uma linha também de costura. Na década de 1990, novos elementos passam a fazer parte da tatuagem, vindos da biomedicina: luvas descartáveis e máscaras cirúrgicas, procedimentos baseados em princípios de biossegurança e utilização de alguns medicamentos, como cicatrizantes após o término da tatuagem. A aids parece ter sido o que ocasionou essa preocupação. Por um lado, o advento da epidemia teria reprimido a demanda por tatuagem, por outro lado o estado passou a prescrever normas de segurança. Em São Paulo, a Vigilância Sanitária passou a exigir estufa, paredes laváveis, o *descarpack*, caixa de papelão para acondicionar agulhas já utilizadas, luvas, máscaras. A Convenção Internacional de Tatuagem no Brasil, ocorrida em São Paulo em 1997 (anualmente até 2003), divulga esses procedimentos nos *stands* com venda de materiais para tatuagem e *piercings*, promove concursos, etc. Nos estúdios visitados pela pesquisadora em Santa Catarina, o ambiente é branco, tudo é limpo com borrifador de álcool, as agulhas são descartáveis e a biqueira (uma espécie de caneta por onde passam as agulhas de tatuar que estão soldadas em uma haste de metal) e a haste das agulhas são esterilizadas em autoclave (aparelho que atinge altas temperaturas, utilizado para esterilizar materiais cirúrgicos e/ou odontológicos). O discurso dos tatuadores entrevistados refere-se à “biossegurança”, “microcirurgia”, “segurança do cliente”, ou seja, a preocupação com o “trabalho seguro” é recorrente. Diante da pesquisadora, eles faziam questão de frisar que a tatuagem que fazem não tem nada a ver com aquela que era feita sem higiene, a “tatuagem de rua” e a “tatuagem

de cadeia”. Pode-se falar de uma “higienização da tatuagem” e de uma conseqüente medicalização, pois a prática não está isolada dos outros processos nesse sentido próprios da sociedade moderna. As normas foram incorporadas, mas a questão que se coloca é sobre a distância entre a teoria e a prática.

São esses significados que devem ser buscados se se quer alcançar uma compreensão aprofundada de certas práticas a fim de minimizar os riscos aí implicados. E talvez o termo *minimizar*, aqui utilizado, ao invés da expressão *eliminar*, indique um ponto importante a ser incorporado no debate, por mais desconforto que possa representar.

Algumas Indicações Práticas para uma Antropologia Participativa

Ouvir para dialogar - discurso dialógico *versus* prescritivo

Saramago, no *Ensaio sobre a cegueira*, expressa de forma sensível que, se conseguirmos *olhar*, talvez possamos *ver* e, se conseguirmos *ver*, talvez possamos *reparar*, entendido em seu duplo sentido de *olhar bem* e de *reparação de algum dano* (ajudar, atender, restaurar, compensar), remetendo, pois, ao sentido de *cuidado* do outro e não ao sentido de *intervir* de fora para dentro, de cima para baixo.

E a prevenção à Aids pode, novamente, ser nossa referência sobre como lidarmos com questões de prevenção aos riscos mais diversos. Se não se chegou a modelos prontos de ação para enfrentar o risco representado pela epidemia, foram muitas as lições aprendidas e os caminhos já esboçados. E o primeiro deles é a necessidade de agirmos como *educadores interlocutores*, estimulando, no trabalho de prevenção com os jovens, um *discurso reflexivo* e não *prescritivo*, portanto sem expressar modelos prontos de comportamentos e atitudes. Para tanto, impõe-se a utilização de metodologias participativas e linguagens criativas. Além disso, vimos no caso da Aids que educadores podem também agir como facilitadores das iniciativas dos grupos, da ação comunitária, dos movimentos sociais organizados, possibilitando gerar condições de autonomia para os grupos e continuidade das ações desenvolvidas. Ainda neste sentido, não devemos esquecer a necessida-

de de integração dos serviços, dos programas e das ações para a efetividade e eficácia na prevenção.

Isso possibilita apreender a percepção de risco que os grupos têm e o quanto querem/podem negociar para evitá-los. Na nossa experiência com prevenção de aids, aprendemos que a percepção de risco dos jovens com os quais trabalhávamos não coincidia com aquela formulada pela equipe, pautada na idéia da probabilidade da ocorrência de eventos negativos. Além disso, aprendemos também que valia mais estender a abordagem do risco da Aids e discutir, como eles queriam, sobre as relações amorosas, sobre o prazer, sobre as dificuldades de gênero... sobre insegurança, contexto no qual a Aids (ou a prevenção a ela) pode fazer algum sentido.

Sobre a tatuagem, por que não discutir com os profissionais dessa área e chegar a orientações comuns que podem ser difundidas sem desprezar o conhecimento (saberes e práticas) acumulado por eles? No livro “Sinais de Identidade: tatuagens, *piercing*s e outras marcas corporais”, de David Le Breton, encontramos um exemplo desse diálogo possível em que Crass, um profissional da área conhecido na França, editou, segundo o autor, um guia de maneira simples e precisa, com as precauções que os clientes devem tomar após a colocação de um *piercing*. Esse pequeno guia foi criado juntamente com a equipe do Hospital Rothschild em Paris e distribuído gratuitamente, contendo um protocolo de assepsia, de esterilização, de desinfecção do local e de cuidados necessários após a tatuagem ou o *piercing*.

Objetivos Intermediários

Na experiência com a prevenção da Aids entre jovens percebemos que o trabalho preventivo podia avançar, ainda que lentamente, através de objetivos intermediários: a criação de espaços para discussão da sexualidade; a desconstrução de metáforas negativas, punitivas e acusatórias em relação à Aids e à sexualidade; e a reflexão sobre as desigualdades nas relações de gênero. E isso só era possível com metodologias e abordagens que levassem em consideração as várias dimensões de vulnerabilidade dos jovens brasileiros, consideradas suas diferenças de classe, regionais e grupais e que criavam espaços para discussão nos quais os jovens pudessem realmente ser ouvidos.

Focar em objetivos intermediários é fundamental, pois as mudanças de comportamento exigidas não são possíveis de serem alcançadas a curto e a médio prazos e nem tampouco de forma isolada ou pontual, uma vez que os comportamentos são frutos de determinações complexas. Há urgência, portanto, de se levar em consideração, nas situações de intervenção, o contexto social de pertença das pessoas envolvidas, de modo a considerar as dificuldades materiais, socioculturais e subjetivas que se atualizam cotidianamente nas relações que são estabelecidas com o mundo, com os outros e consigo próprios. Significa ampliar a abordagem e discutir temas que são de interesse do grupo com o qual se trabalha e fazem parte do seu contexto. No caso da Aids, são temas como cidadania, gênero, exclusão e acesso a bens e serviços públicos de qualidade.

No caso da tatuagem, significa discutir a importância dessas marcas para aqueles que a procuram como uma espécie de *assinatura de si*, através da qual o indivíduo busca se afirmar em uma identidade escolhida, possível, no contexto de uma sociedade cuja trama individualista propicia, cada vez menos, sentimentos de segurança ao indivíduo. E significa também a possibilidade de desenvolver trabalhos de discussão com profissionais da área, inclusive aqueles amadores ou pouco éticos, que estão mais preocupados com o desejo de ganho imediato do que com um acompanhamento sério e ético da decisão de *transformação de si* dos clientes, muitas vezes pouco refletido, e que poderia ser amadurecido em parceria.

Perseguir objetivos intermediários significa, portanto, questionar as exigências de avaliação dos serviços e das agências financiadoras de pesquisas, pois significa trabalhar com objetivos difíceis de serem mensurados. O que se alcança com esse trabalho é mais demorado, mas dá base aos pressupostos necessários para que se possa alcançar metas a longo prazo. É um caminho mais longo esse de buscar o conhecimento dos grupos e a negociação dos significados (saberes e práticas), mas essa abordagem intercultural (Langdon, 1999) tem a vantagem de respeitar a diversidade cultural que compõe nossa sociedade. E ela pressupõe retirar da biomedicina (e sei que aqui estou em situação de *risco* finalizando, assim, esse texto) a posição de última palavra, de

único juiz a arbitrar sobre as questões de saúde, pois não se pode generalizar o que entendemos e valorizamos como saúde. Penso que, como profissionais, podemos apenas ser “mediadores” nas questões de saúde e de risco, no sentido de *reparar* proposto por Saramago, de *olhar bem, ajudar, atender, restaurar, compensar*, remetendo, pois, ao sentido de *cuidado do outro* e não ao de *intervir* de fora para dentro ou de cima para baixo.

Referências

- ALMEIDA, M. V. de. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal. In: *Anuário Antropológico 95*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. p. 161-186.
- ALMEIDA FILHO, N. Des-construindo o conceito de risco. In: _____. *A clínica e a epidemiologia*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. p. 123-143.
- AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 5, p. 28-42, 2002. Suplemento 1.
- BALANDIER, G. *Le détour: pouvoir et modernité*. Paris: Fayard, 1985.
- BALANDIER, G. *Le dédale: pour en finir avec le XXe siècle*. Paris: Fayard, 1994.
- BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Editora da UNESP, 1997.
- BECK, U. “Momento cosmopolita” da sociedade de risco. *Com Ciência*, Campinas, n. 104, 2008. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=41&id=501>>. Acesso em: 12 dez. 2008.
- BERQUÓ, E.; SOUZA, M. Homens adultos: conhecimento do uso do condom. In: LOYOLA, M. A. (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 161-182.
- BOHOLM, A. Risk perception and social anthropology: critique of cultural theory. *Ethnos*, , Stockholm, v. 61, n. 1/2, p. 64-84, 1996.
- CALAZANS, G. Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva. In: ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (Org.). *Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 215-241.
- CASTIEL, L. D. *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papirus, 1994.
- CIOCCARI, M. A percepção de risco numa comunidade de mineiros de carvão no Rio Grande do Sul. In: Encontro Bianual da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), realizado em 2006, Goiânia. CD-ROM.
- CLASTRES, P. *Arqueologia da violência: ensaios de antropologia política*. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- CONNELL, R. W. La organización social de la masculinidad. In: VALDÉS, T.; OLAVARIA, J. (Eds.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, 1997. (Ediciones de las Mujeres, 24). p. 31-48.
- COSTA, Z. Do porão ao estúdio: processo de medicalização e higienização da tatuagem na cidade de Florianópolis. In: Seminário Brasileiro, 1. e Jornada Paranaense de Antropologia da Saúde, 3., 2002, Curitiba. p. 01-13.
- DANIEL, H.; PARKER, R. *AIDS: a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo: Iglu, 1991.
- DOUGLAS, M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London: Routledge, 1994.
- DUCLOS, D. Puissance et faiblesse du concept de risque. *L'Année Sociologique*, Paris, v. 46, n. 2, p. 309-337, 1996.
- GUIMARÃES, C. D. Mulheres, homens e aids: o visível e o invisível. In: PARKER, R.; BASTOS, C. et al. (Org.). *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 217-230.
- GUIVANT, J. A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. *BIB - Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 3-38, 1998.

- JEOLÁS, L. S. Possibilidades de intervenção: o que faz um antropólogo em uma equipe interdisciplinar de saúde. *Revista Política & Trabalho*, João Pessoa, v. 20, n. 20, p. 97-116, 2004.
- JEOLÁS, L. S. *Risco e prazer: os jovens e o imaginário da aids*. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina - EDUEL: Fundação Araucária, 2007.
- JEOLÁS, L. S. Les courses illégales de voitures: le cyberspace comme terrain ethnographique. *Altérités*, Montréal v. 5, n. 1, p. 54-64, 2008. Disponível em: <<http://www.altérités.ca>>. Acesso em: 21 out. 2009.
- JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003.
- KANASHIRO, M. Controle do risco: uma tarefa infundável. *Com Ciência - SBPC*, Campinas, n.104, 2008. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=41&id=497>>. Acesso em: 12 dez. 2008.
- KIMMEL, M. S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 4, n. 9, p. 103-117, 1998.
- LANGDON, E. J. *Saúde, saberes e ética: três conferências sobre antropologia da saúde*. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC, 1999. (Série Antropologia em Primeira Mão, 37).
- LATANZA, M. M. A mulher à procura de um novo corpo: beleza, cirurgia estética e risco no ciberespaço. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.
- LE BRETON, D. *Passions du risque*. Paris: Métailié, 1991.
- LE BRETON, D. *Sinais de identidade: tatuagens, piercings e outras marcas corporais*. Lisboa: Miosótis, 2004a.
- LE BRETON, D. *Conduites à risque: des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris : PUF, 2004b.
- LE BRETON, D. *En souffrance: adolescence et entrée dans la vie*. Paris: Métailié, 2007.
- LEITE, R. M. C. Psychosexual characteristics of female university students in Brazil. *Adolescence*, New York, v. 29, n. 114, p. 439-460, 1994.
- LEITE, R. M. C. Psychosexual characteristics of male university students in Brazil. *Adolescence*, New York, v. 30, n. 118, p. 363-380, 1995.
- LIEBER, R. R.; ROMANO-LIEBER, N. S. O conceito de risco: Janus reinventado. In: MINAYO, M. C. S; MIRANDA, A. C. (Org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 69-111.
- MARTIN, D. Mulheres e Aids: uma abordagem antropológica. *Revista USP*, São Paulo, n. 1, p. 88-101, 1997.
- MEDRADO, B; LYRA, J; GALVÃO, K; NASCIMENTO, P. Homens, por quê? Uma leitura da masculinidade a partir de um enfoque de gênero. *Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos*, São Paulo, v. 3, p. 12-16, 2000.
- MENEGON, V. S. M.; SPINK, M. J. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: problematizando a comunicação sobre riscos. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Org.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: SOS Corpo, 2006. p. 163-188.
- MITJAVILA, M. O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Social*, São Paulo, v.14, n.2, p.129-145, 2002.
- MONTEIRO, S. Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p.117-145.
- MONTEIRO, S. Gênero, saúde e proteção entre jovens: um perfil tradicional. In: BARBOSA, R. M.; AQUINO, E. M. L. de; HEILBORN, M. L. et al. (Org.). *Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas: Ed. da Unicamp, 2002. p.23-48.

- OLIVEIRA, R. C. de O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 13-37, 1996.
- PAIS, J. M. Introdução. In: PAIS, J. M.; BLASS, L. M. da S. (Org.). *Tribos urbanas: produção artística e identidades*. São Paulo: Annablume, 2004. p.09-21.
- PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e sujeito sexual. In: PARKER, R.; BARBOSA, M. R. (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 213-234.
- PAIVA, V. et al. Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/Ibope, Brasil. 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/htm>>. Acesso em: 20 dez. 2003.
- RAUDE, J. La perception du risque: théories et données empiriques. *Revue des Sciences Sociales*, Strasbourg, n. 38, p. 20-29, 2007.
- RODRIGO, E. O ambiente das inovações tecnológicas e o risco. *Com Ciência*, Campinas, n.104, 2008. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=41&id=503>>. Acesso em: 12 dez. 2008.
- SALEM, T. “Homem... já viu né?": representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004. p.15-61.
- SÁNCHEZ, H. E. R. El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas em la sierra de Sonora. *Estudios Sociales*, Hermosillo, v.13, n. 26, p. 27-65, 2005.
- SCHUCH, P. Aids e sexualidade entre universitários solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998. p. 199-210.
- SILVA, G. O. *Angra I e a melancolia de uma era*: um estudo sobre a construção social do risco. Niterói: Ed. da Universidade Federal Fluminense, 1999a.
- SILVA, G. O. Risco tecnológico e tradição: notas para uma antropologia do sofrimento. *Antropolítica*, Niterói, n. 7, p. 57-73, 1999b.
- SIROST, O. Se mettre à l’abri ou jouer sa vie? Éléments d’une culture sociale du risque. *Sociétés*, Bruxelles, n. 77, p. 5-14, 2002/3.
- SPINK, M. J. Trópicos do discurso sobre o risco: o risco aventura como metáfora da modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.
- TOMMAZINO, K.; JEOLÁS, L. S. O trote como ritual de passagem: o universal e o particular. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 5, n. 2, p. 29-49, 2000.
- VILLELA, W. *Oficinas de sexo mais seguro para mulheres*: abordagens metodológicas e de avaliação. São Paulo: NEPAIDS/USP, 1996.

Recebido em: 20/01/2009

Reapresentado em: 27/08/2009

Aprovado em: 29/09/2009