

CARTA DAS EDITORAS CONVIDADAS

A BIOMEDICALIZAÇÃO DE CORPOS BRASILEIROS: PERSPECTIVAS ANTROPOLÓGICAS

Esta edição especial reúne diferentes trabalhos sobre a “biomedicalização” de corpos brasileiros, investigando a forma como técnicas biomédicas são utilizadas, em meio a restrições estruturais divergentes decorrentes dos sistemas público e privado de saúde no Brasil. A biomedicalização – ou as “intervenções técnico-científicas em diagnósticos biomédicos, tratamentos, práticas e saúde, visando agilizar mais transformações de corpos, das próprias pessoas e de suas vidas”¹ – constitui um conjunto que é não apenas global, mas também fortemente local. Nosso intuito é investigar esse fenômeno a partir do Brasil.

Autores do Brasil, da Europa e da América do Norte estão todos empenhados em analisar as biologies locais específicas² – bem como as políticas locais – das abordagens brasileiras relativas à saúde e ao corpo. Eles investigam o surgimento de tecnologias biomédicas inseridas em realidades sociais ricamente descritas, revelando a violência cotidiana (especialmente no que diz respeito ao corpo das mulheres), formas excepcionais de cuidado em um contexto de precariedade, e as confluências de parentesco, classe, trabalho, além do capital simbólico gerado pelo consumo biomédico no Brasil. Existe um interesse comum a todos em analisar criticamente os conceitos biomédicos de doença e enfermidade, desestabilizando o corpo como referência estável (implicitamente fundamentado numa ontologia biomédica), analisando a saúde como um processo profundamente relacional, situacional e político.³

Os artigos enfatizam a teoria crítica, além de estudos sobre ciência e tecnologia,⁴ partindo de uma prática de antropologia médica subordinada a questões biomédicas. Eles salientam a vitalidade da antropologia médica brasileira e em estudos antropológicos da medicina no Brasil. Acreditamos que o principal obstáculo à ampla divulgação de estudos brasileiros sobre

¹ CLARKE, Adele et al. *Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S.* Durham: Duke University Press. 2010. p.384.

² LOCK, Margaret. The tempering of medical anthropology: troubling natural categories. *Medical Anthropology Quarterly*, v.15, n.4, p.478-492. 2001.

³ DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.1, p.173-181. 2003; LANGDON, Esther Jean, FOLLÉR, Maj-Lis. Anthropology of health in Brazil: a border discourse. *Medical Anthropology*, v.31, n.1, p.4-28. 2012; RHODEN, Fabíola. Honra no Brasil: da moral sexual à imagem da nação. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.8, n.3, p.767-773. 2001.

⁴ CLARKE, op. cit.; FOUCAULT, Michel. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception.* New York: Pantheon. 1973; JASANOFF, Sheila. *Science and public reason.* New York: Routledge. 2012; LATOUR, Bruno. *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory.* Oxford: Oxford University Press. 2005; MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice.* Durham: Duke University Press. 2002; RABINOW, Paul. *Essays on the anthropology of reason.* Princeton: Princeton University Press. 1996; ROSE, Nikolas. *Politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century.* Princeton: Princeton University Press. 2006.

a antropologia médica reside principalmente no resultado de uma divulgação desigual do trabalho de colegas brasileiros fora do Brasil e menos na incomensurabilidade epistêmica e metodológica.⁵ Isso se deve à carência de estruturas que facilitem colaborações e à hegemonia da língua inglesa em publicações internacionais. Uma das metas desta edição especial é tipificar as divulgações prolíficas que representam a área e apresentar um fórum de trocas produtivas entre antropólogos, sociólogos, historiadores, epidemiologistas e profissionais da saúde pública que tenham interesse na biomedicalização de corpos brasileiros.

Vejamos o que os textos desta edição especial abordam: o percurso evasivo e fluido de drogas abortivas em diferentes regimes jurídicos; as contingências da psicofarmaceuticalização, para além da resistência ou da polarização biorreducionista; a estratificação do uso do ultrassom obstétrico; a riqueza de realidades sociais distintas em que tecnologias genéticas são adotadas e fazem sentido; e a indefinição de aprimoramento e saúde, e a redefinição do que vêm a ser cuidados médicos.⁶

De Zordo analisa a vida social do misoprostol, um medicamento empregado no Brasil em abortos autoadministrados. Essa redefinição do misoprostol reduziu a taxa de morbidade associada a abortos ilegais, contudo, McCallum, Menezes e Reis mostram que isso não constitui uma forma de proteção a mulheres de baixa renda, que recorrem a esse método após receber tratamento discriminatório nos hospitais em que buscam ajuda. Os textos dessas autoras navegam pelo tema extremamente delicado do aborto, sutilmente reformulando a questão como epidemiológica e estrutural, inserida em culturas institucionais que dão pouca margem à qualidade dos serviços médicos. Chazan e Faro mostram como o ultrassom obstétrico é empregado de formas notadamente distintas em clínicas particulares e hospitais públicos. Mulheres com maior poder aquisitivo têm o privilégio de “ver imagens” de seus filhos, mas o uso dessa tecnologia com mulheres de baixa renda ainda é muito impessoal. Os brasileiros, até mesmo antes de nascer, parecem ser separados em “indivíduos” anônimos e “pessoas” bem-definidas. Calvo-González mostra como o conhecimento biomédico sobre o risco genético e a vida com anemia falciforme está entrelaçado em uma teia de práticas diárias de cuidados médicos e uma compreensão etiológica local que podem acomodar uma variedade de modelos explanatórios. Seu artigo revela a importância da etnografia – com especial atenção para contexto, relações de gênero, dinâmica do poder e práticas diárias – para compreender como as tecnologias biomédicas de fato operam em diferentes contextos.

Gibbon faz uma comparação da genética do câncer em Cuba e no Brasil, contrastando o foco de Cuba em genética comunitária com o do Brasil em histórias individuais. Ela mostra que não é apenas a noção de mutação nas sequências de DNA que interfere na compreensão da doença no Brasil. O tipo de dieta alimentar, as nossas emoções e o histórico familiar também têm influência. Diniz e Brito descrevem o destino de mulheres mais velhas consideradas “loucas criminosas” no Brasil. Seu texto busca explorar as tensões entre a criminalização e a psiquiatrização de desvios e analisa mudanças em conceitualizações brasileiras da loucura criminal. Béhague examina a forma pela qual a psiquiatria brasileira resiste à lógica

⁵ Conforme sugerido por Langdon, Follér, op. cit.

⁶ A questão da saúde indígena aqui é um ponto cego não intencional, pois os três autores contatados declinaram do convite ou não puderam contribuir.

biorreducionista centrada na farmacêuticalização e, ao mesmo tempo, a acolhe buscando trazer um alívio à juventude já penalizada pela pobreza e pela exposição à violência. Ao analisar as origens da episteme biorreducionista, ela localiza a ambivalência dessa biomedicalização parcial na *longue durée*.

Os artigos reunidos na tradução da seção “Fontes” apresentam exemplos etnográficos da biomedicalização de corpos brasileiros, por meio de uma análise da dimensão judicial do acesso farmacêutico, considerando a contribuição de Biehl e Petryna, e das lógicas distorcidas de “cura” e “cuidados médicos”, que preocupam Edmonds e Sanabria. Os dois textos retomam teorias clássicas de biopolítica, mostrando a articulação específica e historicamente contingente de noções de direitos em relação ao “público” da saúde pública. Os artigos problematizam também a ideia do indivíduo que exerce escolhas livres de influências sociais.

No capítulo de Biehl e Petryna, são abordados a farmacêuticalização da saúde, a judicialização dos direitos socioeconômicos e o poder da biotecnologia, visando reformular o mundo nos âmbitos humano e social. Eles se concentram na luta de pais para que os filhos portadores de mucopolissacaridose – uma doença hereditária que causa graves deficiências físicas nas crianças afetadas – tenham acesso a medicamentos caros para tratar dessas condições, em nome do direito universal à saúde. Segundo a proposta de Biehl e Petryna, a judicialização da saúde não é um modelo descendente de governança em que as autoridades controlam o bem-estar da população, mas sim uma disputa de vários *stakeholders* dos setores público e privado sobre a utilidade do governo. Eles mostram que, em uma era de “saúde global”, a biomedicalização pode exigir um trabalho meticuloso para sujeitos jurídicos em relação a mercados terapêuticos, infraestruturas de saúde pública em crise e sistemas de saúde coletiva frágeis.

Em seu artigo, Edmonds e Sanabria ressaltam as sobreposições no emprego da cirurgia plástica e das terapias hormonais no Brasil urbano, visando atingir metas que ultrapassam o tratamento de problemas de saúde, buscando mais seu aprimoramento. Assim, investigam o processo que Clarke chama de “biomedicalização”, mediante trabalho etnográfico em práticas de assistência médica para mulheres no Rio de Janeiro (RJ) e em Salvador (BA). Eles mostram como o automanejo, pela adoção de técnicas hormonais e cirúrgicas, raramente está associada apenas à “própria pessoa”; ela é uma forma de gerenciar relações profissionais, domésticas ou maritais. Sob essa perspectiva, o artigo retrata como laços sociais são produzidos por meio de trabalhos em corpos.

Esses textos permitem detectar onde o consumo de “coisas médicas”⁷ se torna um marco de modernidade e cidadania, expondo a realidade altamente estratificada da biomedicina no Brasil, notadamente desigual, em que encontramos desde extremos pródigos da “biomedicalização personalizada para otimização”⁸ até a vida nua e estados de exceção.

Ilana Löwy
Emilia Sanabria

⁷ CLARKE, op. cit.

⁸ CLARKE, op. cit., p.388.