

DESCONTROLADA

UMA ETNOGRAFIA DOS PROBLEMAS DE PRESSÃO

Soraya Fleischer




Coleção Aracy Lopes da Silva
Estudos em Antropologia Social


EdUFSCar

© 2018, Soraya Fleischer

Fotografia da capa
Hugo Cardoso, 2014

Capa
Thiago Borges

Projeto gráfico
Vitor Massola Gonzales Lopes

Preparação e revisão de texto
Marcelo Dias Saes Peres
Daniela Silva Guanais Costa
Vivian dos Anjos Martins

Edição eletrônica
Walklenguer Oliveira
Bianca Brauer

Coordenação de administração, finanças e contratos
Fernanda do Nascimento

1ª edição – 2018
1ª reimpressão – 2018

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária da UFSCar

Fleischer, Soraya.
F596d Descontrolada: uma etnografia dos problemas de
pressão / Soraya Fleischer. -- São Carlos : EdUFSCar,
2018.
261 p.

ISBN – 978-85-7600-499-8

1. Antropologia. 2. Hipertensão arterial. 3. Etnografia. 4.
Saúde. 5. Catiandá (DF) I. Título.

CDD – 301 (20ª)
COU – 39

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônicos ou mecânicos, incluindo fotocópia e gravação) ou arquivada em qualquer sistema de banco de dados sem permissão escrita do titular do direito autoral.

REMÉDIOS, COMIDAS, NÚMEROS E GENTE DANADA

A peleja e o cuidado da velhice com pressão alta na Guariroba

1. Os cuidados com a pressão alta

Se nos capítulos 4 e 5 pretendi apresentar como o cuidado com a HAS era oferecido corriqueiramente nos serviços de atenção primária, principalmente pela lógica da caridade, da dádiva e do controle, aqui desejo aprofundar outros cenários, eventualmente afastados dos espaços mais oficiais, e mostrar como toda uma racionalidade de convivência com essa doença comprida estava em curso. Mais do que controlar, ideal tão preconizado nos centros de saúde, as pessoas falavam da preocupação em “cuidar” ou “zelar” pela sua pressão. Os medicamentos, alimentos, aparelhos de medir e formas de sociabilidade ao redor do bairro foram os exemplos etnográficos pelos quais, de modo mais contundente, pude notar como o cuidado era desenhado pelas pessoas para lidar com “Ela”. Se estive nos espaços institucionais, agora, volto novamente à esfera doméstica, em que a maior parte do trato com os problemas de pressão acontecia para valer. Nesse vai e vem, a ideia é revelar diferentes facetas dessa convivência e também privilegiar a experiência de quem, no dia a dia, precisava ficar atento a todo tempo para reagir rapidamente aos desígnios que “Ela” decidia tomar. Aqui, desejo ampliar empiricamente a discussão sobre cuidado, trazendo um conjunto de outros conhecimentos que as pessoas vinham desenvolvendo ali na Guariroba em sua “peleja” diária com a pressão alta.

Ao longo do livro, já venho falando sobre as várias formas de cuidar dos problemas de pressão, mesmo que eu não tenha enfatizado a categoria. Cuidar da pressão implicava, como mostrei no capítulo 3, conhecer as mudanças que o corpo tinha enfrentado diante da instalação da doença comprida e saber se os sinais que emitia se relacionavam à pressão ou a outros problemas de saúde. Por isso, mostrei como essas pessoas tinham rastreado suas “trajetórias da doença”⁴¹⁸ para entender o que fazia seus índices pressóricos ficarem “normais”, “altos” ou “preocupantes”. Implicava também, como sinalizei no capítulo 2, conhecer bem o seu bairro, as

418 Corbin e Strauss (1985).

vizinhas e os recursos com que podiam contar no momento de uma nervosia, uma dor de cabeça, um pico de pressão. E implicava conhecer, de trás para a frente, como os serviços formais de saúde funcionavam, desde a atenção básica, ali perto de casa, até as UPAs, os hospitais regionais e os hospitais de referência, como o HUB ou o “Distrital” (hoje chamado de Hospital de Base). Entender as etapas do grupo do Hiperdia (como descrevi no capítulo 4), bem como de outros grupos (como se verá ao final do presente capítulo), era importante para deles tirar o melhor proveito para tentar controlar a pressão. Se o problema de pressão, como também outras doenças compridas (como a diabetes, a artrose, a esquizofrenia, por exemplo), poderia se encaixar na ideia de uma “doença automanejada por toda a vida”,⁴¹⁹ as pessoas faziam questão de me lembrar que muito mais gente deveria participar de seu cuidado, problematizavam que tanta coisa estivesse sob a responsabilidade individual, como discuti ao final do capítulo 5.

Neste capítulo, quero concentrar ainda mais nas ideias de cuidado que circulavam ali no bairro, sobretudo no que dizia respeito aos remédios, à comida, aos aparelhos de medir e às redes de apoio na família e na vizinhança. A pressão era influenciada por muita coisa, e demandava uma análise mais ampla sobre o corpo, a pessoa, a família, os serviços e a história daquele bairro. Eram aspectos que ampliavam as possibilidades de “zelar” pela pressão alta e evitar as consequências de um derrame ou, pior, da solidão.

Se Kleinman, nos anos 1980, mostrou como o “setor popular”, isto é, o cuidado do adoecimento por parte das famílias e vizinhanças, era responsável por grandíssima parte do cuidado em relação aos setores assumidos por “profissionais” e “terapeutas populares”,⁴²⁰ Mattingly e suas colegas, já neste século, mostram como esse setor se expandiu ainda mais, só que continua pouco estudado e nem sempre positivado pelas adoecidas e seus círculos próximos.⁴²¹ As autoras mostram facetas contemporâneas desse fardo assumido pelo setor popular. Primeiro, o autocuidado ou o manejo doméstico da cronicidade tem sido compreendido pelas equipes e estudiosas da saúde unicamente como um “dever de casa” (*homework*), aprendido em hospitais e clínicas e simplesmente replicado em casa. As tarefas de cuidado doméstico passam a ser compreendidas como uma “rotina médica diária”⁴²² e a família vai se tornando um “pequeno local calculador”,⁴²³ deixando a experiência de viver com pressão alta ser encapsulada por uma matriz biomédica. Segundo, já que se espera que a clínica seja reinstalada no ambiente doméstico e novas tecnologias precisam ser aprendidas, os familiares como cuidadores imediatos precisam assumir muitas atribuições, mas sem a legitimidade de produzir conhecimento competente, como no caso dos cuidadores

419 Anderson (1995).

420 Kleinman (1980).

421 Mattingly et al. (2011).

422 Hartland (1996).

423 Rose (2007, p. 214-215).

profissionais. Terceiro, também é cada vez mais difícil pensar essa terceirização do cuidado destacada do contexto de desigualdade social, em termos da sobrecarga de trabalho para mulheres, negras e pobres que, também no contexto brasileiro, geralmente assumem essas tarefas.⁴²⁴

Essa biomedicalização, contudo, não necessariamente significava perda de criatividade ou ganho de trabalho, como se verá ao longo deste capítulo. Essas pessoas circulavam pelos serviços de saúde, mas passavam a maior parte do tempo em suas casas ou nos eventos do bairro, carregando consigo a pressão e as estratégias para “dela” cuidar.

Não é, devemos ressaltar, que as pacientes necessariamente resistam às novas tecnologias que foram ensinadas. De outro modo, essas tecnologias assumem novos significados e, por razões práticas, devem ser refeitas em contextos locais para que simplesmente possam ser implementadas.⁴²⁵

Por exemplo, as novas interpretações sobre a teoria da cadeira de três pernas, como desejo aqui mostrar, eram sinais evidentes do protagonismo dessas pessoas, do seu envolvimento intenso com os problemas de pressão. Era a sua forma de cuidar da pressão. Não queriam, pelo que eu notava, simplesmente colocar a teoria em prática, queriam reinstaurá-la em seus moldes, de acordo com a trajetória de vida, as condições econômicas, os serviços que tinham à época. Isto também acontecia, acredito, com quatro outros importantes aspectos relacionados ao problema de pressão, que começo a discutir agora: os remédios, os alimentos, os equipamentos e os coletivos de parentas, amigas e vizinhas com quem podiam contar.

2. Os testes com os remédios

Em uma das tardes que passei com dona Etelevina, ela logo percebeu que eu estava interessada em saber sobre os remédios que vinha tomando. Logo, buscou sua farmacinha doméstica, onde guardava itens que ela havia recebido no centro de saúde, comprado nas drogarias locais, ganhado de parentes, trocado com vizinhas e colegas da igreja. Havia uma cartela grande com apenas um ou dois comprimidos consumidos: “Ah, esse aí eu não gostei e não quis mais tomar. Parei”. Diante de um comprimido fracionado, ela disse: “Eu achei esse muito forte e achei melhor tomar só metade”. Depois, sobre as várias cartelas com pílulas cor-de-rosa: “Da última vez, a doutora me passou um bocadinho deste remédio. Foram uns 140 AAS”.⁴²⁶ Muito

424 Molinier (2014).

425 Mattingly et al. (2011, p. 351).

426 AAS (ácido acetilsalicílico), também conhecido como Aspirina. É marca registrada de Sanofi-Aventis Farmacêutica Ltda.

mesmo. Eu tomei um bocadinho, depois parei porque tem um gosto de framboesa que me enjoou. Diz que é bom para o coração, por isso que ela me passou. Mas eu não tenho problema de coração”. Por fim, sobre uma cartela com poucos itens restantes, ela falou: “Eu não tomo mais do que precisa. Nesse caso aí, melhorei e aí eu parei de tomar”. Estas podem parecer respostas singelas, mas guardam muito significado para entender a relação daquelas pessoas com os remédios. Se no capítulo 4 mostrei como as equipes reagiam a estas práticas das pacientes com os remédios, aqui desejo mostrar como havia lógica e, mais importante, responsabilidade nessas decisões de autogestão farmacológica.⁴²⁷

Os medicamentos, tanto para as pessoas que conviviam com os problemas de pressão quanto para as equipes biomédicas, eram tidos como o “núcleo duro da terapia”.⁴²⁸ São coisas tangíveis e democráticas porque “se acredita amplamente que os medicamentos contêm o poder da cura em si mesmos. Qualquer um que ganhe o acesso a eles pode aplicar o seu poder”.⁴²⁹ Mas esse amplo “encanto” dos medicamentos, tão bem descrito por Geest e Whyte, não era acrílico. “O significado dos medicamentos precisa ser entendido nos termos dos ‘sistemas locais de cura’ e da ‘experiência e da concepção da doença’”.⁴³⁰ Nesse sentido, por exemplo, a origem rural desses migrantes (capítulo 2) e o modelo explicativo da pressão alta (capítulo 3) eram referências importantes para tentar desvendar, sortir e usar os remédios mais “sadios”, como diziam.

As pessoas ali na Guariroba observavam os efeitos dos remédios a todo tempo, tomando decisões sobre continuar ou não o seu uso.⁴³¹ Eu só fui entender melhor essa não passividade ao ouvir de modo recorrente a frase “Estou fazendo uma pesquisa para ver se dá certo”. Os medicamentos eram “tomados com desconfiança, aceitos de maneira suspeita”.⁴³² Quando decidia tomar os remédios, dona Etelevina já tinha feito esses “testes” com os quatro remédios anteriormente descritos. Se a “pesquisa” tivesse sucesso, sobretudo no caso das doenças compridas em que o item precisaria ser consumido continuamente, eu ouvia as pessoas dizerem “eu me dei bem com esse remédio”, “eu me adaptei bem com ele”, “esse remédio deu certo para mim”, “esse está bom para mim”. A partir dos testes, os medicamentos eram todos classificados para, só então, entrarem com suas respectivas legendas na farmacinha de casa.⁴³³ Uma senhora no banco de espera do centro de saúde me contou que sentia dor na coluna dado o seu trabalho como “auxiliar de serviços gerais”: “Quando eu sinto dor, só tomo um Voltaren”,⁴³⁴ que uma médica indicou uma vez para mim.

427 Mendonça et al. (2008, p. 104), Mendonça e Carvalho (2005, p. 1210).

428 Van der Geest e Whyte (2011, p. 457-458).

429 Id. *ibid.*, p. 458.

430 Id. *ibid.*, p. 457.

431 Sarradon-Eck et al. (2010, p. e164-e165).

432 Mendonça e Carvalho (2005, p. 1210).

433 Alland Jr. (1970).

434 Voltaren (diclofenaco sódico) é marca registrada de Novartis Biotecnologia S.A.

ou um Naprosyn⁴³⁵, que outra médica também receitou”. Aqui, os remédios foram testados, aprovados e, para serem lembrados, foram associados aos respectivos prescritores. “Através dos medicamentos, as pessoas usufruem da expertise médica sem a inconveniência de realmente ter de ir ao médico”, o que lhes permitia que soluções privadas e individuais pudessem ser tentadas.⁴³⁶ Além disso, as autoras lembram que também poderia ser conveniente mantê-los mesmo depois de terminado o uso pontual porque, como objetos “encantados”, os medicamentos mantinham-se recomendáveis, trocáveis ou até vendáveis, garantindo *status* também a quem os tivesse.⁴³⁷ Assim, a um só tempo, essas substâncias iam se tornando libertadas e libertadoras.⁴³⁸

Havia um entendimento de que o corpo era, por excelência, positivo, importante e inviolável. Se o efeito do princípio ativo não estivesse sendo alcançado sobre a doença, o defeito não seria identificado no corpo, mas no fármaco (tipo, força, dose, origem, prescritor etc.), como lembrou dona Ester, uma costureira paraibana que visitei: “A médica me passou um remédio e inchou demais a minha perna. O remédio segura a pressão, mas incha a perna. Eu não entendo, por que o laboratório põe um remédio assim para circular, se faz mal para as pessoas”. No contexto da Guariroba, o conhecido bordão biomédico “uso irracional de medicamentos” parecia identificar a “irracionalidade” não na consumidora, que customiza a posologia, mas nas prescritoras e nos respectivos itens prescritos, ao não funcionarem como esperado e ainda provocarem danos. Dificilmente as pessoas tomariam o remédio, mas trocariam por outro, buscariam outra médica, difamariam o item nos encontros do grupo – eram várias as estratégias para tentar não tomar o remédio forte ou fraco demais, mas, sobretudo, ruim, enjoativo, danoso ou perigoso. Essas pessoas, também como os interlocutores de Whitmarsh em Barbados, pareciam considerar, “ao invés de os perigos da cultura, os perigos da biomedicina”.⁴³⁹ Alguns funcionários do centro de saúde achavam essa cautela com os medicamentos um sinal de “ignorância” ou uma “desculpa esfarrapada” das pacientes “rebeldes” e “caipiras”.⁴⁴⁰ Mas também vi uma enfermeira sugerir a um grupo de hipertensas o “teste do sal”, isto é, a ingestão de comida propositalmente salgada seguida da averiguação da pressão arterial no esfigmomanômetro. Ela não só reconhecia que aparelhos eram corriqueiros nas casas daquele bairro, mas, também, que a pesquisa era prática familiar, seja de alimentos e, como sugiro, também de medicamentos.

435 Naprosyn, também conhecido como Naxopreno, é marca registrada de Bayer S.A.

436 Van der Geest e Whyte (2011, p. 461-468).

437 Id. *ibid.*, p. 461.

438 Id. *ibid.*, p. 461.

439 Whitmarsh (2009).

440 Carvalho et al. (1998, p. 620).

2.1 Remédios da roça e remédios da cidade

Como visto no capítulo 2, as pessoas com quem eu mais convivi estavam na casa dos 60, 70 e 80 anos de idade. Havia nascido em sítios no interior rural do país nas décadas de 1950, 1940 e 1930, respectivamente. Esse era um tempo anterior ao êxodo rural e ao SUS, com sua política que conhecemos hoje em dia, capilarizada e de portas abertas.⁴⁴¹ Assim, à época, sair da fazenda e recorrer a uma médica na cidade era solução muito improvável. As doenças eram resolvidas pelas famílias ou por terapeutas populares.

Neste sentido, notei nos diários de campo muitas menções às mães e avós que atuavam como benzedeiras e raizeiras na região de origem. Eram elas que elaboravam e administravam os fitoterápicos, sobretudo, às crianças. Dona Rita contou: “Minha mãe não usava nenhum remédio de farmácia. Qualquer coisa que a gente sentia, ela ia no mato, porque a gente morava na roça, e já cortava as coisas que ela sabia que eram boas. E a gente melhorava”. Certa manhã, a pesquisadora Natalia Bezerra viu dona Ana Maria no portão de casa conversando com uma vizinha. Dona Ana Maria contou orgulhosa que a pesquisadora vinha lhe visitando para conhecer as suas plantinhas e virou-se para Natalia com várias perguntas: “Qual era aquela plantinha que tem uma folhinha bem fininha que serve para o coração? Qual era aquela outra pequena que te mostrei semana passada? E qual é boa para fazer garrafada?”. Natalia não soube responder, as mulheres riram um pouco e depois a anfitriã rezou, fez o sinal da cruz por três vezes ao redor da pesquisadora, para lhe livrar de mau-olhado. Natalia se sentiu acuada e, em seu diário de campo, desabafou sobre o desconforto de não entenderem seu papel como pesquisadora. Não creio que dona Ana Maria quisesse constrangê-la, estava apenas dando uma pequena mostra de como as plantas iam sendo identificadas, classificadas e, sobretudo, memorizadas. Essa passagem me ajudou a entender como era construída a relação entre aquela que conhece e manuseia as plantas com facilidade e aquela outra que aprende, usará e perpetuará aquele conhecimento. Todas essas senhoras, ainda meninas, tiveram chances de observar o trabalho que suas mães faziam ao plantar, colher, macerar, cozinhar, dosar, administrar, avaliar os remédios caseiros. Acredito que essa presença desde a infância nos bastidores deste saber tenha garantido a confortável proximidade com os testes das plantas.

Contudo, diante da migração para a cidade, novas autoridades, novas doenças e novos remédios precisaram ser conhecidos e testados. Muitas interlocutoras contaram que a primeira vez em que consultaram uma médica foi já no Distrito Federal, quando a pressão teve um pico repentino, sofreram algum acidente ou foram dar à luz o filho caçula, por exemplo. Algumas pessoas mencionaram que o motivo da migração para Brasília foi também para trazer parentes gravemente enfermos até serviços de saúde mais estruturados. A cidade era identificada com a doutora e sua parafernália. Toda a burocracia urbana e estatal foi novidade paulatinamente assimilada por essas

441 Cunha (2005).

peças. Até a pressão alta era uma nova realidade que tentavam compreender, como lembrou dona Filomena, uma senhora em seus 60 anos, ao contar da morte da mãe no Piauí anos antes: “Talvez ela tivesse pressão alta, porque naquele tempo a gente não sabia que isso podia dar. Só hoje é que a gente sabe o nome disso, né?”.

Na cidade, ao frequentar um centro de saúde e receber medicamentos prescritos, essas pessoas se depararam com uma homogeneidade desconcertante. Blísteres e cartelas de comprimidos semelhantes, cores pálidas, tamanhos parecidos. Era um mundaréu de pílulas com nomes complicados, compridos e quase impronunciáveis, sem o devido acompanhamento de bulas, sem explicações compreensíveis das médicas, que não falavam com o mesmo sotaque e escreviam em letra miúda demais.⁴⁴² Quando eu perguntava sobre os remédios, geralmente, as pessoas me mostravam a receita ou o fármaco propriamente dito em vez de pronunciarem aquele “nomão”. Diante de um vivo e dinâmico mundo dos remédios, eu notava os esforços empreendidos diariamente pelas pessoas para se sentirem fluentes, confortáveis, seguras diante deles. Ouvi os remédios da pressão serem chamados por apelidos ou diminutivos, todos esforços por naturalizá-los: Metildopa⁴⁴³ poderia ser “metil” ou “metedopa”, o Losartana⁴⁴⁴ virava “losarti” e “Tia Zilda” se referia à Hidroclorotiazida,⁴⁴⁵ um diurético bastante receitado para os problemas de pressão.⁴⁴⁶ Muitas pessoas não tinham tido a oportunidade de serem alfabetizadas, dado que talvez saltasse aos olhos no contexto urbano do século XXI. Mas elas compartilhavam condições de escolarização semelhantes às suas parentas na terra natal, e lá isso não era um problema, afinal não se conheciam as plantas nem se cozinhavam remédios com base em livros, receitas ou panfletos oferecidos pelas representantes farmacêuticas, como acontecia na educação das equipes biomédicas na cidade. Lá, o conhecimento era visual, tátil, olfativo, afetivo e, sobretudo, oralmente repassado. Na cidade, estavam diante de todo um novo sistema de tratamento da saúde, com objetos, caminhos, pessoas, relações e espaços diferentes.

Uma senhora explicou sobre periculosidade: “O remédio de planta, a gente não vai tomar aquelas plantas que a gente não tem o costume delas. E, no caso da médica, é difícil ela passar um remédio que a gente já tenha o costume dele”. Por isso, segundo sua lógica, o “remédio da cidade” era potencialmente mais perigoso e

merecia ser acompanhado com mais cautela. Estou tentando mostrar que, a partir dos testes diários, os “remédios do mato” eram velhos conhecidos das muitas gerações no interior ou na roça, o polo de referência. Depois de tantos testes, desenvolviam o costume com certas plantas e sabiam que somente estas não faziam mal. Como nos testes clínicos biomédicos da atualidade, o lambedor era administrado para uma criança, depois para outra, em seguida mais uma dezena que se apresentasse doente. Aquela receita ia, aos poucos, sendo aperfeiçoada e, de geração em geração, ia se comprovando como uma solução eficiente e disponível. Todas as fases dessa pesquisa eram transparentes e acessíveis às crianças da roça, acostumadas a acompanhar as mães e avós em suas lidas diárias. Por sua vez, os “remédios da doutora”, que tinham o que chamavam criticamente de “química”, precisavam ainda passar pelo escrutínio coletivo, mais complicado porque as pessoas estavam alijadas do processo de fabrico. O “remédio de farmácia” chegava pronto, sem conhecimento de sua procedência e com a exigência de que a confiabilidade fosse automática. Por isso, percebo a centralidade com que as pessoas consideravam os testes que realizavam com os medicamentos alopáticos, já que testar era uma das etapas corriqueiras na relação que mantinham com qualquer tipo de remédio e que podiam facilmente realizar em casa.

Acredito que o estranhamento com os remédios da cidade evidenciava um estranhamento maior que essas pessoas mantinham com a biomedicina, a burocracia do Estado, a cidade, a sociabilidade urbana. Diante de uma gama de instituições, serviços e profissionais desconhecidos, era importante pesquisar e encontrar a boa médica, a farmacêutica amiga, a enfermeira simpática, como mostrei no capítulo 4. Essas profissionais tratavam a paciente pelo primeiro nome, olhavam para seu rosto ao falar, perguntavam sobre sua família. Tinham sotaque, caligrafia e explicação um pouco mais compreensíveis. Elas eram conhecidas num mar de anônimas e talvez fosse possível aceitar os remédios que vinham de suas mãos. Era uma menção à sociabilidade da roça, tão relevante para essas pessoas, no meio da cidade. Como também acontecia no mundo rural, essas pacientes não se sentiriam sozinhas, mas num círculo de cuidado. Quando uma tríade – roça/mãe/remédio caseiro – se aproximasse de outra – cidade/médica/remédio da farmácia –, aconteceria uma paulatina transferência de confiança.

A relação com a biomedicina não era automática ou naturalizada. As pacientes traziam-na para dentro de sua lógica da pesquisa. Domesticavam-na. Diferente de desconhecimento (como parecia ser o entendimento de membros da equipe que vi chamarem as pacientes de “Jeca Tatu”, “matuta” ou “atrasada”), ao compararem e criteriosamente adotarem dois sistemas de cuidado, essas pessoas se esforçavam por botar em prática o que sugiro chamar de bilinguismo epistemológico. Em todo momento, os remédios da roça serviam como referência comparativa para testes com os remédios da cidade. Não era um esforço menor. Operavam simultaneamente em dois registros culturais.

442 Machado (2003, p. 12).

443 Metildopa é marca registrada de EMS S.A.

444 Losartana é um medicamento fabricado por diversos laboratórios farmacêuticos.

445 Hidroclorotiazida é um medicamento fabricado por diversos laboratórios farmacêuticos.

446 Estranhei tomarem um remédio por tanto tempo e não usarem seu nome específico. No começo de nossa convivência, ainda me viam como “doutora”, desse mundo em que verborragia era sinal de autoridade, e, por isso, as pessoas ensaiavam muitos desses “nomões” até falarem exata ou aproximadamente o que estava escrito na caixa do remédio talvez para me impressionar. Sentindo-se mais à vontade na minha presença, aos poucos iam assumindo o vocabulário que fosse mais compreensível localmente. O detalhamento do medicamento vinha de outro modo: aquele da caixa amarela, aquele grandão, aquele comprado na farmácia, aquele que dava muito xixi ou tosse. Eram novos qualificativos atribuídos aos remédios conforme sua apresentação concreta, efeitos colaterais, local de distribuição e, claro, os testes realizados. Médicas e farmacêuticas aprendiam com as pacientes e, para facilitar a comunicação, também adotavam os apelidos ou a nomenclatura metonímica (VAN DER GREST; WHYTE, 2011, p. 467). Talvez o analfabetismo até fosse um entrave a considerar, mas a homogeneidade dos itens, os “nomões” impronunciáveis e de difícil lembrança, as longas receitas para tentar controlar a pressão, eram todos desafios nessa socialização urbana.

2.2 Testando os remédios da pressão

Remédio era um termo que servia de forma genérica para o “remédio de planta”, “remédio de folha” ou “remédio caseiro”. Em outro conjunto de ideias, os “remédios da cidade” ou “remédio de médica” poderiam ser “remédios do posto” ou “remédios da farmácia”, todos tidos como alopáticos, sintéticos, industriais, produzidos por outrem. Os “remédios do posto” eram os gratuitamente distribuídos nos centros de saúde, centros de controle especial e centros de alto custo e os “remédios da farmácia” eram comprados em drogarias particulares ao redor da cidade. Havia as “farmácias de rede”, encontradas em vários pontos da cidade e que criavam sistemas de fidelização ao cliente; “farmácias populares” que repassavam itens a preço de custo, subsidiados pelo Estado, sobretudo no caso da hipertensão arterial e diabetes mellitus; e “farmácias de conhecidos”, as drogarias de parentes ou de irmãos da igreja, onde era possível comprar a prazo e receber avisos de itens em promoção.

Todos esses itens eram também classificados como “fracos” ou “fortes”. Entre os remédios do mato, as garrafadas eram mais fortes do que os xaropes, e estes últimos ultrapassavam os efeitos dos chás. Em geral, os itens da roça tendiam a ser mais fracos ou mais lentos que os da cidade, mas eram tidos como mais “sadios” e até complementares e necessários como tratamento paliativo, como lembrou dona Leila, uma senhora que conheci no posto: “Ah, meu estômago doía demais, fica inchado que só. Era muito medicamento que eu estava tomando. Aí, tomei a espinheira-santa e melhorou”. Os remédios da farmácia do posto eram mais fracos em relação aos da farmácia comercial. A maioria das pessoas pegava seu remédio da pressão no posto e achavam-nos fracos em geral.⁴⁴⁷ Dona Camila era uma que achava que esses remédios “não valiam muito para ela”. Ela tomava, depois de um tempinho media e verificava que sua pressão continuava “alterada”. Ela passou a comprar outra marca do mesmo remédio na farmácia privada de seu bairro e notou resultados melhores. Um senhor viu na televisão que os remédios gratuitos eram de “polvilho”. Uma médica do postinho disse que “a Secretaria de Saúde só compra o arroz com feijão, os melhores ela não compra”.⁴⁴⁸ Ou seja, eram apenas os itens “basicozinhos”, como uma médica me contou. Estes eram todos aspectos considerados por estas pessoas para avaliar e adotar ou não o medicamento. Notei ainda outras minúcias consideradas importantes neste cálculo: a força de um fármaco dependeria, por exemplo, do tipo de relação que tivesse sido estabelecida com a prescritora, o lugar onde fosse recebido/comprado, os testes realizados em casa, as narrativas que haviam circulado sobre seus efeitos, o estado de saúde da pessoa adoecida, o tipo e a etiologia do problema de saúde.

Certa vez, uma técnica em enfermagem me explicou sobre o comportamento de muitos anti-hipertensivos: “Quando a paciente começa a usar o medicamento, dá muito alterada a pressão, aí, eles desconfiam do aparelho”. Mesmo tomando o remédio

447 Canesqui (2015, p. 207).

448 Diário de campo de Fabiana Oliveira.

da receita que recebera, no início, a pressão dessa paciente se manteria alta por algum tempo até que o remédio começasse a fazer o efeito esperado. Talvez por isso as pessoas julgassem esse tipo de remédio fraco. Contudo, durante este período de adaptação, não apenas os aparelhos, mas os remédios do posto, a teoria da cadeira e até o centro de saúde com sua equipe seriam colocados à prova pelas pacientes. Mais do que isso, por algum tempo a pessoa ainda estaria passando mal, correndo riscos cardiovasculares em casa e desconfiada do aparato que reunia para se cuidar. Ainda assim, eu nunca vi esse tipo de explicação bioquímica ser compartilhada pela equipe com as pacientes recém-diagnosticadas. Inclusive, um médico entrevistado por Spink⁴⁴⁹ admitiu que os medicamentos anti-hipertensivos, sobretudo nos arranjos medicamentosos oferecidos nos centros de saúde, poderiam também afetar as pacientes, fazendo-as frágeis, cheias de novos efeitos colaterais e desanimadas. A interação medicamentosa e o consumo continuado, ao longo de muitos anos (e até décadas), poderiam gerar muitos outros efeitos, como um medicamento provocar e exponenciar o outro, os medicamentos se tornarem fortes demais em conjunto, a convivência prolongada intoxicar, pouco a pouco, a paciente. Escutei que os remédios poderiam “acumular dentro do corpo” e, por isso, desenvolviam o potencial para “envenenar”, “secar”, “maltratar”: “O remédio de farmácia faz é intoxicar você. Come tudo por dentro”. Mesmo que fraco, ao longo do tempo, poderia ser danoso. Não estranho, portanto, como desconfiança e cautela fossem tão frequentemente acionadas pelas pessoas que conheci. Aliadas sobre os pormenores técnicos, buscavam outras formas de se informar, testando os itens e se tornando eventuais cobiadas, trocando informações com parentas e vizinhas, tentando aproveitar de modo criativo as consultas do Hiperdia.

Mesmo que um remédio do posto desse certo, precisariam enfrentar um outro desafio, a rotatividade dos itens disponíveis. Nas licitações de compra feitas pelo GDF, não só os preços eram considerados, mas também novos estudos e protocolos, atualizações da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), *recall* de itens danosos etc. Na prática, o impacto disso tudo era o sumiço de um remédio com que uma senhora tivesse se acostumado e também a chegada de remédios com mesmo princípio ativo, mas nomes diferentes. Era a atendente da farmácia do posto que deveria, a despeito das mudanças, ajudar as pacientes a manterem sua confiança na médica, no remédio e na farmácia. Era toda uma cadeia de atores que se encontravam encarnados naquela cartela de comprimidos. As farmacêuticas também se abalavam:

É importante a gente saber o que substituiu o que para o paciente não voltar para trás sem o remédio. Mas eu acho que a troca de nomes confunde mesmo as pessoas, elas ficam desconfiadas. E também, outra, quem me garante que uma empresa tem a mesma qualidade de medicamento do remédio de outra empresa? Ninguém me garante!

449 Spink (1994).

Essa desconfiança, contudo, não significava uma migração em massa para as farmácias privadas, justamente por conta dos preços mais altos e do uso prolongado dos remédios para doenças compridas. Estou relatando sobre famílias que viviam com salário mínimo. Os preços eram uma dificuldade real, sobretudo para quem era acostumado a ter os ingredientes de remédios caseiros crescendo na horta de casa ou a preços módicos nas feiras da redondeza, como era o caso dos remédios de planta. Comprar todos os remédios prescritos para um casal de idosos, por exemplo, poderia corresponder a uns R\$ 300,00, segundo os cálculos feitos por seu André, marido de dona Camila, ainda em 2009, quando o salário mínimo valia R\$ 465,00. Ambos convivendo com doenças compridas, tomavam cerca de uma dezena de itens diferentes. Vi muitos arranjos para se conseguir os remédios. Algumas pessoas tinham conhecidas ou haviam trabalhado nos centros de saúde da região, tendo alguma facilidade de acesso aos itens. Muitas pesquisavam os preços em diferentes farmácias, faziam cadastramento nas farmácias populares, atentavam para toda oportunidade de distribuição gratuita de remédios. (Neste sentido, não foi fortuito, portanto, que tenham me confundido com representantes farmacêuticas, como mostrei no capítulo 1.) Dividiam doses entre familiares, esticavam o rendimento do remédio ao máximo, “se o remédio é caro, eu tenho que aproveitar mais”, como dona Camila também contou, o que podia significar eventualmente pular a dose ou diminuir a posologia. Eu lhe perguntei o que faria se não encontrasse seus remédios no posto: “Não teria o dinheiro, mas compraria. Daria um jeito. Ficar sem ele não pode”. Essa família, por exemplo, recebia uma cesta com pão e leite todos os dias, um benefício distribuído à época pelo GDF para núcleos domésticos de baixa renda. Muitas pessoas se definiam como assalariadas, pensionistas ou aposentadas, muitos maridos eram “autônomos”, e, quando os medicamentos faltavam nas prateleiras do posto, a maioria dessas pessoas fazia como dona Nadima explicou: “Eu aguardo, não tem muito o que fazer”. Por fim, tentariam convencer a médica a reduzir a dosagem ou suprimir certos itens de sua receita e, em situações críticas, tenderiam a abandonar o tratamento para priorizar outras contas da casa. No caso do problema de pressão, não só a doença era comprida, as receitas, os remédios e os orçamentos também precisavam durar.

Por tudo isso, o desabastecimento dos medicamentos no posto e a prescrição de itens encontrados apenas “no particular” impactavam tanto essas famílias. Mas isso não eximia essas pessoas de se manterem vigilantes sobre os remédios, avaliando a todo tempo quão fortes ou fracos eram, quão eficientes ou perigosos, quão caros e pesados no bolso. A relação com a biomedicina não era automática ou naturalizada, mas ambígua – no trato da pressão alta, aproximavam-se com cautela, aproveitavam o que lhes fazia sentido a partir de sua trajetória como agricultoras, migrantes e matriarcas na Guariroba.

Neste contexto, portanto, as pessoas recorriam a outro conjunto de medicamentos tido como mais potente, os “remédios controlados”. Estes eram os psicotrópicos, tarja preta e disponíveis somente na farmácia especial, amplamente reconhecidos e, mais importante, respeitados e consumidos para controlar o nervoso e, por tabela, a

pressão.⁴⁵⁰ Eram tidos como eficientes, porque uma pequena dose (até frações de uma pílula) já resolvia uma pressão descontrolada, e também como saudáveis, porque eram usados esporádica e não continuamente, reduzindo o risco de envenenar o corpo a longo prazo. Todos sabiam que eram remédios mais restritos e, por isso, acredito que problemas para dormir, ansiedade, enxaqueca, depressão, bem como eventos críticos (como separação e luto, principalmente, mas também alcoolismo e desemprego), fossem todos motivos aventados para ter acesso aos mesmos. Caso sobrassem, esses remédios especiais eram cuidadosamente guardados na farmacinha e acionados estrategicamente quando a pressão teimasse em baixar. Este arranjo doméstico contornava a exigência da receita médica e permitia que as doses pudessem ser intercambiadas entre parentas e vizinhas quando necessário. Como sugeri no capítulo 3, eu notava uma progressiva psiquiatrização dos problemas de pressão, e o apreço pelos remédios de tarja preta era mais um indício nesse sentido.

3. Fechar ou não a boca? Os desafios do comer

Para além dos medicamentos, havia também todo um escrutínio crítico a respeito dos alimentos. “Fechar” ou “costurar” a boca era uma das principais recomendações clínicas para pacientes com diagnóstico de HAS. Isso queria dizer, na prática, consumir menor quantidade, mas, sobretudo, mudar a qualidade do alimento diário. Uma das médicas que conheci explicou a uma paciente, depois de saber que se avizinhava a temporada de aniversários de suas netas: “Tem que controlar. Olhar e deixar para lá, não comer”. Para muitos, ela repetia: “O alimento é tão importante quanto o remédio”. Sugeria disciplina no consumo de ambos, fortalecendo essas duas pernas da teoria da cadeira. As pessoas percebiam, a partir das medições nos esfigmomanômetros e também pela sensação de mal-estar, que certas comidas não lhes faziam bem à pressão. Mas por continuar a fazer bem ao paladar e à vida social, era difícil deixá-las completamente. O dilema estava posto.

Maciel, que também trabalhou com expoentes de classe popular, descreveu como percebiam a ideia de “comida”: “É basicamente arroz, feijão e carne. Peixe, galinha, frutas e verduras não enchem barriga, não são comidas fortes, não dão a sensação de estômago cheio”.⁴⁵¹ Era o que chamavam, no Recife e também na Guariroba, “comida de pobre”: “simples”, mas “saborosa” e “forte” por tempo suficiente para garantir saciedade diante das pesadas tarefas laborais que tinham pela frente.⁴⁵² Caloria e tempero eram o segredo da satisfação do paladar.

450 Como a pressão era associada aos nervos, os medicamentos psicotrópicos e também os calmantes caseiros faziam sentido ao serem adotados. Pelos quintais e cozinhas, vi com frequência pés e também chás de capim-eucalipto, cana-ciana, capim-santo, camomila, cidreira, mangaba, chuchui, espécies indicadas para o controle da pressão.

451 Maciel (1988, p. 65).

452 Boltanski ([1979] 2004).

A sugestão dietética que vinha dos consultórios era regrar, especialmente, a carne, o feijão (geralmente feito com troços de carne) e as frituras pela concentração de proteína, gordura e sal em seu preparo. Além disso, não apenas o sal, mas o alho e a cebola eram desencorajados porque o refogado era potencialmente carregado na gordura. Aos poucos, essa população migrante percebia que “fechar a boca” para cuidar da pressão significava deixar de comer conforme sua origem regional. Uma senhora contou: “Eu sou do Goiás e na última vez que eu estive lá, comi tanto doce, tanto doce, que voltei adoçada”. Dona Jesuína lembrou: “Eu como de teimosa. O médico fala para não comer, mas eu sou nordestina. Quando cheguei lá na casa do vizinho, tinha um feijão de corda com cuscuz, aí eu tinha que colocar e também um monte de arroz”. Seu Jonas lembrou, com gosto, que, “lá na roça, era rapadura, café com garapa e tudo isso. A gente gostava bem”. Uma senhora também do Nordeste, que conheci no centro de saúde, me explicou: “Eu acho difícil é parar a farinha. Afe Maria, difícil demais para mim. Eu gosto muito”. Deixar essa “comida de pobre” era, portanto, passar a comer pouco, comer comida fraca que não oferecia sustança, comer inosso e sem tempero. Eram variações do “comer mal”, como Canesqui⁴⁵³ notou entre seus entrevistados no interior de São Paulo; do “castigo”, segundo os interlocutores de Castro e Car;⁴⁵⁴ ou do “sacrifício”, como me falou dona Denise na Guararioba. Portanto, não era um elemento ou outro que se sugeria ser trocado, era toda uma forma de se relacionar com a comida, desde sua compra ao seu feito, do consumo à sua celebração. Arrisco a dizer que “fechar a boca” era um eufemismo para tarefas bem mais difíceis, como fechar os olhos, o coração, a memória e os afetos.

Nations e suas colegas notaram o mesmo em uma pequena cidade de Minas Gerais:

Em Bambuí, eliminar a “comida gorda” exclui os idosos de se engajarem integralmente na vida comunitária. Aproveitar os pequenos prazeres da vida – tomar uma xícara de chá medicinal, assistir a uma partida de futebol com os vizinhos ou comer um pão de queijo caseiro no domingo – é muito satisfatório; são razões para viver! Embora não haja dados suficientes para sugerir que os benefícios emocionais de não adotar um estilo de vida mais saudável prevalecem sobre os efeitos danosos ao adotá-lo, essa é uma questão intrigante que merece nossa atenção. Os conceitos de promoção da saúde entre os profissionais da saúde em Bambuí são frequentemente impostos sobre os pacientes de cima para baixo – como um regime militar. Em inglês, a palavra “regime” é definida tanto como uma “regra ou controle governamental” quanto um “sistema de terapia”.

453 Canesqui (2015, p. 188).

454 Castro e Car (2000, p. 150).

Esse significado duplo também é verdadeiro em português – impor um injusto conjunto de leis, regulações e um governo ditatorial e um regime de exercício e dieta. Os “regimes” dos doutores são leis, regras e comandos a serem obedecidos pelos pacientes idosos.⁴⁵⁵

De fato, notei que os termos “dieta” e “regime”, além do regramento do corpo e da velhice, como acabaram de lembrar estas autoras, suscitavam três significativos ruídos na comunicação clínica ali na Guararioba. Uma médica desse posto esclarecia com frequência: “Dieta não é para perder peso, mas para evitar o sal. O objetivo não é emagrecer, mas é comer comida saudável”.⁴⁵⁶ Primeiro, para muitos ali, emagrecer era sinal de preocupação, era retomar os tempos de carestia alimentar e nutricional em seu passado agrário ou dos primeiros tempos na capital federal.⁴⁵⁷ Segundo, não poder fazer jus à sua recente ascensão social era um contrassenso, já que agora poderiam “comer fora” em dias de comemoração ou gastar com ingredientes caros e antes inacessíveis. Seu Fulgêncio lembrou que seu vizinho, seu Gilberto, depois de “ganhar na justiça”, aposentou com um salário de R\$ 6.000,00. “Agora, ele compra é peça de queijo inteira e come tudo”, disse em tom de troça e crítica ao mesmo tempo. Afinal, “o tipo de comida apropriado marca a posição, a condição social e a identidade daquele que come”.⁴⁵⁸ Terceiro, fazer dieta despertava certa incerteza, já que, para enfrentar uma pressão braba, seria importante estar forte. Tirar o feijão, a carne, o torresmo ou o tempero, tão valorizados por ali, era debilitar aqueles corpos – física e emocionalmente – para enfrentar a pressão. Era torná-los fracos. Seu André me contou na sala de espera: “A outra nutricionista me passou uma dieta que eu passava fome. Ia ficar tão magro que podia sair voando daqui a pouco”. Seu Beto, que também havia recebido orientações dietéticas para reduzir o colesterol, acrescentou mais um desafio: “Eu vou comer folha? Como? Eu não como folha, alface essas coisas. Dizem que é para eu comer, mas como fazer? Não tenho mais dentes na boca, eu é que não como”. Para as mais idosas, vindas de um tempo com outras referências estéticas, mesa farta e corpo gordo eram não apenas sinais de bonança e *status*, mas de saúde, felicidade e beleza. Mas, agora, a gordura corporal passava a sinalizar risco e problemas cardiovasculares. Não poder comer despertava emoções intensas entre essas pessoas e fazia dessa perna da cadeira a mais dilemática e sofrida na convivência com a pressão alta.

Ainda assim, poucas vezes vi sugestões para substituir o sal por outros temperos, utilizar o forno em vez da frigideira ou descascar em vez de desencanaixotar/desembalar os alimentos. Apesar da origem de grande parte dessas pacientes idosas,

455 Nations et al. (2011, p. 5386).

456 Diário de campo de Mayara Albuquerque.

457 Whyte (2015).

458 Maciel (2005 apud CANESQUI, 2015, p. 188).

tampouco vi o que Vieira encontrou nos centros de saúde do interior do município de Carangola/MG, “orientações direcionadas aos hábitos alimentares e práticas do homem do campo”.⁴⁵⁹ Pelo contrário, notei que algumas médicas sugeriam alimentos que figuravam em suas mesas de classe média alta e urbana, como lentilha, grão-de-bico, ricota, carne de soja ou carne silvestre (javali, por exemplo). Pão integral, granola, leite de soja, eram itens um pouco desconhecidos, exóticos e caros à comunidade local. Muitas vezes, as pessoas me explicaram que era mais fácil, em termos de preço e de satisfação, deixar de comer o que se gostava do que introduzir essas novidades.

“Seguir a dieta” era uma prática com muitas nuances. Poderia significar diminuir quantidades, operar substituições, abrir mão por longos períodos. Com facilidade, encontrei muitas guararibenses que resistiam em transformar a “boa comida” em “tentação”, “veneno” ou “perigo”, como chamavam. Desejavam continuar “comendo bem”, em vez de “comerem mal”.⁴⁶⁰ Seguiam as prescrições alimentícias de modo relativo e, por vezes, eram ameaçadas no consultório e em casa com o fantasma do derrame. Acreditavam que comer bem promovia bem-estar, deixava-as menos nervosas e, assim, causava menos impacto na pressão, como lembrou seu Fulgêncio:

Mas o importante é que eu levo a vida normal. Como tudo que quero comer. Só como um pouco menos e faço compensações. Se comi pão de manhã, não vou comer pão de noite. Eu evito tomar muito, tomo duas cervejas e não mais quatro engradados. Tenho que cuidar, mas eu também como meu pão com mortadela.

Um outro senhor, no banco de espera, explicou: “Eu gosto mesmo é de rapadura com queijo. Eu como, sabe. Eu como hoje em dia. Mas não como, como antes. Não como aquele tanto. Como um pedacinho e tal”. Uma senhora contou que sua estratégia tinha sido comer “metade do sal”, “metade da carne” etc.⁴⁶¹ Outra opção era “sair da linha” apenas nos fins de semana ou algumas vezes por mês, em datas especiais, por exemplo. Tentavam rever a quantidade, a frequência e até a companhia nas refeições para continuar a saborear os pratos importantes, manter os laços que se consolidavam com a comensalidade e, ao mesmo tempo, cuidar da pressão. Eram várias as técnicas para continuar comendo “com gosto”. Como no contexto de “hipertensos” holandeses,

alguns informantes negociam ativamente a influência da tecnologia médica em suas vidas. Eles aceitavam o diagnóstico e

459 Vieira (2004, p. 50).

460 Canesqui (2015, p. 188).

461 Diário de campo de Ana Clara Damásio.

valorizavam os testes, mas contestavam as mudanças de estilo de vida que fossem imperativos-aos demais, porque *elas não se sentiam doentes e achavam o sacrifício em termos de qualidade de vida muito maior do que os benefícios de uma vida saudável*.⁴⁶²

Outras conseguiam encontrar formas para seguir as recomendações médicas. Seu Gilberto contou: “Hoje, eu como é frango, peixe, essas coisas. Cupim, carne vermelha? Nem pensar, passo longe. É comer e a bicha sobe, não sei por quê. Eu não, eu é que não vou tomar chumbinho para morrer”. Outra senhora procurava apoio:

Para você ver, hoje em dia, se eu tomar café com açúcar, eu repugno. Acho muito ruim. Isso é fruto da oração. Eu peço com muita força para Deus tirar tudo que faz mal de perto de mim. Peço para que me enjoje, para que eu ponha tudo para fora. Peço assim para ele. Aí, meu estômago não aceita, não.

Dona Mônica aproveitava outras experiências como antiexemplos:

Eu tenho umas vizinhas aqui que comem de tudo, não estão nem aí. Não controlam nada. Elas dizem, “Se comer, vai morrer. Se não comer, vai morrer. Então, vou comer”. Mas eu já vi elas passarem mal. Uma saiu daqui pelo SAMU, na maca, ela estava vermelhinha que só vendo. Comem torresmo, mandioca, gordura. Comem de tudo. Elas comem hoje e tão morrendo amanhã. Mas eu não, tenho medo.

Não só os medicamentos eram testados, como mostrei na seção anterior, mas também os alimentos. Comiam algo gostoso e mediam a pressão, ao longo de todo o dia. Se estivesse alta, iam fazer uma caminhada para “queimar” o que fora comido ou dobravam a dose do remédio. Algumas remediavam com chás de plantas medicinais que ajudassem na digestão ou para “desinchar” ou “limpar a gordura” do corpo. Esses cálculos não eram realizados de modo solitário. Notei vigilância sendo realizada por filhas, vizinhas e companheiras de viagens, a respeito do que a adoecida buscava na geladeira, no *buffet* em um casamento ou no restaurante *self-service*.⁴⁶³ Assim, não só os tensiômetros estavam presentes nas refeições, mas também os testes, as rezas, os antiexemplos, as recomendações e também as cuidadoras. Por mais que aqui eu tenha separado artificialmente as práticas de cuidado, para efeitos de organização do texto, as pessoas sempre me lembravam que toda uma gama de objetos, atores, situações,

462 Andersen e Whyte (2014, p. 272-273, grifos meus).

463 Faquinello et al. (2011, p. 853).

influenciavam a pressão. Para cuidarem bem “dela”, era preciso se posicionarem no epicentro dessas relações intrincadas.

3.1 Juntar ou separar as panelas? Os desafios do cozinhar

Contudo, antes de comer, havia o preparo do alimento. As mulheres que lidavam com doenças compridas dentro de casa se referiam a cozinhar em “panelas juntas” ou “panelas separadas”.⁴⁶⁴ Porém, na prática, não eram duas, mas quatro estratégias de cozimento. Poderiam fazer a comida em uma panela única, “a comida é de todo mundo, é a mesma comida”.⁴⁶⁵ Essa “panela junta” poderia ser, primeiro, como sempre fora feita, sem alterações, apesar dos diagnósticos de cronicidade.⁴⁶⁶ Ou poderia, em segundo lugar, ser uma “panela junta insossa”. Uma senhora morava com o marido e os dois filhos adultos e era a única responsável pelas tarefas domésticas. Ela foi categórica:

A comida lá em casa é uma panela só. Eu é que não vou fazer comida separada para mim. Trabalho dobrado, cruz-credo. É uma comida só. É fria de sal e de doce. Se eles não gostarem, paciência. Eles reclamam às vezes, mas eu faço do meu jeito, dizem, “Mãe, é só a senhora que é doente aqui em casa. Faz a comida da senhora separada”. Mas quando? Uma panela só, já disse.

Notei como, ao longo do tempo, as panelas iam se juntando, à medida que a adoecida fosse encontrando adeptas solidárias, à medida que a ideia de saúde ou economia virasse um argumento de convencimento. Dona Ivete lembrou que as panelas separadas deram lugar às panelas juntas: “Todo mundo já se acostumou com a comida mais insossa e agora reclamam quando tem sal demais”. À medida que as filhas cresciam, casavam e saíam de casa, a panela junta ficava mais comum. Dessa forma, talvez essas senhoras e seus esposos conseguissem controlar melhor sua pressão, sem perder companhia durante as refeições festivas. Por vezes, essas senhoras precisariam suspender a comida “fria de sal”, quando um neto mais exigente estivesse

464 Albuquerque (2015), Lopes e Marcon (2009, p. 346).

465 Diário de campo de Mayara Albuquerque.

466 No caso da panela junta sem alterações, Garnelo e Langdon (2005, p. 142) lembram como as diferenças de geração e gênero entre cozinheira (muitas vezes, filha, neta ou nora) e seu público podem dificultar o cuidado alimentar: “Outra consequência da abordagem individualista dos serviços (...) recaí sobre o paciente cadastrado na unidade, e o desconhecimento das relações familiares impede os profissionais da saúde de perceberem que, frequentemente, o idoso tem pouco ou nenhum controle sobre a seleção e as formas de preparo dos alimentos. Na terceira idade, essas atribuições podem ser monopolizadas por outros membros da família pouco sensibilizados, ou motivados, para seguir as prescrições dietéticas advindas do espaço sanitário que, de resto, são direcionadas apenas para o doente e não para os ocupantes do espaço doméstico como um todo”.

de passagem ou fosse necessário impressionar um visitante ilustre. Afinal, por ali, uma cozinheira era prezada pelo seu “bom tempero”.

A terceira estratégia, as “panelas separadas”, era também uma rotina em muitas moradas da Guariroba. A dona da casa fazia sua comida em uma panela e a comida do restante da família, em outra. Isso era necessário porque filhas e netas reclamavam muito que “a comida estava sem gosto”. E uma quarta forma de cozinhar era como dona Roberta fazia, não dois cardápios absolutamente separados, mas algumas panelas juntas e outras separadas. O arroz era separado, integral para ela e branco para os irmãos. A carne era uma só, sem gordura, “a mesma para nós todos”. A salada, idem. Cozinhar em panelas separadas era custoso. Dona Roberta continuou: “Mas eu costumava dizer que uma coisa é a comida deles, temperada, e a outra comida é a minha, chamo de meu entulho. Todo mundo come bom. Eu ponho tudo na comida dos outros e a minha é simples. E ainda por cima, eu tenho que lavar duas panelas”, quando o irmão não assumia a tarefa quando chegasse do trabalho à noite. Outras pesquisas notaram que a comida poderia começar a ser preparada de modo “junto” e, ao final, ser separada a porção para a adoecida que não receberia os ingredientes fortes, como gordura, tempero ou pimenta.⁴⁶⁷ Muitas senhoras reclamavam de fazer, só para elas ou para o adoecido em questão, porções individuais ou diminutas, as chamadas “panelinhas”.⁴⁶⁸

As panelas, juntas ou separadas, lembravam a todo tempo que “Ela” estava presente naquela cozinha. Inevitavelmente, os tipos de comida eram contrastados e distinguiam as pessoas entre o que comiam, o “gostoso” ou o “entulho”. Cozinhar em panelas separadas exigia que dona Mônica tivesse ainda mais autocontrole para não experimentar a boa comida enquanto a preparava para as não adoecidas daquela casa. Assim, a panela junta acabou virando a regra em sua casa. Mas, ao precisar parar de comer, ela também perdeu o gosto por cozinhar: “Ih, minha filha, eu cozinhava muito. Hoje, faço mais nada, não. Fazer para quê? Não posso comer”. Admitia não ter mais vontade de enfrentar essa tentação em sua cozinha. Sua filha, que lá de dentro preparava o almoço, ouviu o comentário e reforçou: “Ela gostava mesmo, gente, era de doce. Doce de mamão, né mãe? E gostava de canjica, de feijoada, buchada de carneiro, dobradinha, frango”. “É mesmo”, a mãe concordou,

vinha todo mundo para cá no domingo, a gente fazia aquela comidaada gostosa, boa que só. Hoje, não tem graça mais.

467 Nielsen et al. (2015, p. 1065).

468 Vale comentar que tanto a comida insossa da dieta de “hipertenso” quanto a “comida de pobre” eram chamadas de “simples”. A primeira poderia não contar com condimentos nem com a técnica do refogado, por exemplo. Era um arroz cozido na água, sem banha de porco ou cebola batidinha, e a simplicidade estava na técnica e no rol reduzido de ingredientes. A segunda não contava com nada especial, sofisticado ou caro, mas itens encontrados com facilidade em qualquer mercearia de esquina e acessíveis em qualquer tostão. Contudo, era preciso ter “mão” para transformar um arroz barato em um arroz que perfumava a casa toda e se comia puro de tão saboroso. A diferença entre essas duas refeições “simples” era o sabor e o prazer, era a capacidade de atrair e reunir público, era a relação com as memórias afetivas e regionais. Mesmo demarcando claramente o lugar na escala social, havia uma dignidade histórica e moral na “comida de pobre”, da qual muitos resistiam em abrir mão diante dos reclames da pressão.

Não pode comer nada. Para que vir para cá, então, né? É comida véia, não é gostoso nem nada. Já pensou refogar as coisas em óleo de girassol? Bom mesmo é no toucinho. Mas não posso mais. Não tenho gosto mais de nada, não. De vez em quando, como um frango assado, assim. Mas a gente perde o gosto para comer.

Além disso, ela também deixou de aceitar convites para festas, batizados, “be-bichás” (chás de fraldas).

Lopes, que pesquisou o impacto da diabetes mellitus na vida de pessoas em São Paulo, lembra que “em situações sociais os cuidados da diabetes provocam mal-estar”.⁴⁶⁹ Muitas de suas entrevistadas, ao fecharem a boca, sentiam como “se estivessem deixando de fazer parte daquele grupo”.⁴⁷⁰ Por isso, a autora sugere que “o diabetes funciona como um verdadeiro marcador da diferença”,⁴⁷¹ já que, nos momentos coletivos (do cozinhar, do comer, do festejar, do viajar), a adoecida muitas vezes precisa assumir sua “identidade clínica” e, portanto, adotar comportamentos distintos. Ademais, de modo muito interessante, Lopes aponta como “cuidar de si” era um desafio ainda mais desconfortável para as pessoas que, por tanto tempo, haviam se dedicado a “cuidar do outro” (ao tomar conta de crianças, cônjuges, idosas e adoecidas), colocando em xeque “o padrão de obrigação moral da família”.⁴⁷² De cuidadoras, passavam a ser cuidadas.⁴⁷³ As entrevistadas de Lopes, em São Paulo, e muitas das minhas, no Distrito Federal, comunicavam estar entre a “cruz e a caldeirinha”, entre “costurar a boca”, não confirmar os laços sociais e talvez conseguir “controlar a pressão” ou “comer com gosto”, reforçar família, vizinhas e amigas e talvez conseguir ficar “descompensadas”. Sabiam, contudo, não ser essa uma equação tão linear. Testavam comidas, remédios e outras atividades, numa tentativa de encontrar um equilíbrio entre todas essas pontas. Mais do que tudo, sabiam que a comensalidade era rito que confirmava o laço e garantia segurança afetiva, aspectos tão importantes para pelejar com a pressão.

4. Equipamentos e medições: uma relação crítica com a tecnologia

Segundo a biomedicina, a HAS é uma doença que muitas vezes não apresenta sintomas e pode ser considerada “silenciosa”.⁴⁷⁴ Ao mesmo tempo, as pesquisas

469 Lopes (2012, p. 13).

470 Id. *ibid.*, p. 13.

471 Id. *ibid.*, p. 13.

472 Id. *ibid.*, p. 16.

473 Kleinman (2009, p. 292).

474 Schoenberg e Drew (2002).

antropológicas sobre os problemas de pressão, como mostrei no capítulo 3, descrevem as sensações de mal-estar que as pessoas aprendiam a identificar como indicadores da subida da pressão. Quem convivia com o problema ali no bairro sabia que “Ela” poderia ser muito eloquente. Dor de cabeça, tontura, dor na nuca, queimadura ou vermelhidão na orelha eram sinais muito prováveis de uma pressão mais alta. Mas precisavam “tirar a prova dos nove” e o aparelho ganhava ares de “árbitro definitivo”.⁴⁷⁵ Ao atentar para o corpo e confirmar nos aparelhos, essas interlocutoras poderiam transformar um sinal em sintoma. Assim, como diziam, se o mal-estar era a forma de “sentir a pressão”, com o esfigmomanômetro seria a forma de “ver, saber, checar ou medir a pressão”. Tinham facilmente percebido como os números haviam passado à centralidade interpretativa dos problemas de pressão, como Greene mostrou ter sido um fenômeno historicamente construído ao longo do século XX,⁴⁷⁶ e, mais e mais, vinham incorporando a medição como prática cotidiana de cuidado da pressão. Na literatura brasileira, encontrei discussão sobre os dilemas com os medicamentos e a alimentação, mas poucas foram as menções à medição como rotina importante do convívio com os problemas de pressão.⁴⁷⁷ Meus dados indicaram que os aparelhos e seus resultados eram realidade central do cuidado pressórico ali no bairro.

Estudiosas da tecnologia médica alertam que a relação com os aparelhos e as testagens sugere uma intensa medicalização da vida diária. Por exemplo, em sua etnografia das consultas do Hiperdia em Salvador/BA, Calvo-Gonzalez percebeu que, para as médicas, a voz do equipamento era mais audível do que a voz da paciente: “No caso desses pacientes, a experiência de ‘se sentir bem’, do corpo experienciado, é negada pela leitura dos seus corpos através da medição da pressão arterial, criando um descompasso entre corpo-objeto e corpo-vivido”.⁴⁷⁸ Simon notou algo semelhante nos exames de imagem:

Diagnosticar com imagens pode também (futuramente) afastar e desconectar os médicos dos pacientes, de quem a informação subjetiva sobre as próprias doenças pode ser vista como crescentemente tangencial e suspeita na presença autoritativa dos dados imagéticos “objetivos”.⁴⁷⁹

Georges, que estudou a adesão à ecografia obstétrica na Grécia nos anos 1990, sugere que experiências de visualização promovidas pelas tecnologias médicas intensificam a sensação de “realidade” (do feto, da pressão etc.) e, por isso, ganham mais e

475 Georges (1996).

476 Greene (2007).

477 Duarte et al. (2010, p. 2608).

478 Calvo-Gonzalez (2011, p. 85).

479 Simon (1999, p. 142).

mais “primazia sobre outras formas de experiência corporal”.⁴⁸⁰ A tecnologia poderia, ao reter o “conhecimento competente, se tornar legítima, conseqüente e hegemônica”.⁴⁸¹ Por isso, ela “oferece um contexto para performatizar e reforçar a autoridade médica”.⁴⁸² Essa literatura sugere, de modo acertado, que não se naturalize a presença dos equipamentos, já que dão vazão a intensos processos de biomedicalização da vida.

Porém, outras autoras, como Andersen e Whyte,⁴⁸³ ajudam a pensar na possibilidade de as pacientes, em estreita relação com os equipamentos, lidarem melhor com a doença no dia a dia doméstico. Nesse sentido, eu notei uma série de comentários, proferidos em casa ou nos serviços de saúde, sobre os tipos de aparelhos disponíveis, bem como sobre as condições para sua utilização. Para começar, recorriam a vários lugares para medir a pressão. Nos centros de saúde, era comum a pessoa “dar uma olhadinha na pressão” quando fosse apanhar mais remédio, acompanhar o cônjuge numa consulta, tentar fazer a marcação de um exame. Não confiavam, contudo, em qualquer pessoa nem em qualquer aparelho. Tendiam a valorizar o cenário que se assemelhasse ao mundo das “doutoras”.⁴⁸⁴ Vi pessoas recorrendo às drogarias locais, onde encontravam funcionárias de jaleco e, ao redor do pescoço, estetoscópio e crachá de alguma empresa farmacêutica. Ou na vizinhança, como lembrou dona Anúnciação: “Tenho uma vizinha com problema de pressão e ela tem o aparelho. Ela mede de todo mundo, ela acode os vizinhos por lá”. Contaram dos aparelhos encontrados com facilidade em seus locais de trabalho, na rodoviária, nos *shoppings* ou nas ações globais ao redor da cidade.⁴⁸⁵ Vi filhas presentear os pais com um aparelho no aniversário ou no natal, talvez até como uma sugestão para mais autocuidado. Os aparelhos estavam disponíveis em muitos lugares, facilitando o acesso à informação sobre a pressão. Na última década, como tem sido o caso com várias doenças crônicas,⁴⁸⁶ os aparelhos de medir migraram intensamente para o espaço doméstico.⁴⁸⁷

Além disso, em vez da versão manual (chamada localmente de “bombinha”, “pera”, “braço”), era mais comum terem em casa o aparelho digital (de “relógio”, de “pulso”), por ser mais barato, automático e mais facilmente manejável, “pois dispensaria habilidades por parte do observador”.⁴⁸⁸ Certa tarde no banco de espera, vi que um senhor segurava uns papéis de um laboratório particular. Em meio a nossa conversa, ele os estendeu a mim e perguntou se estavam “bons”. Expliquei que eu não era profissional da saúde. Ele emendou, um pouco frustrado: “Eu também não consigo ler isso tudo”. Diferente desses exames de laboratório, os números da pressão – do

480 Georges (1996, p. 163).

481 Id. *ibid.*, p. 163.

482 Id. *ibid.*, p. 163.

483 Andersen e Whyte (2014).

484 Id. *ibid.*, p. 270.

485 Id. *ibid.*, p. 267.

486 Storni (2010).

487 Bezerra e Fleischer (2013), Calvo-Gonzalez (2011).

488 Kohlmann e Kohlmann Jr. (2011, p. 5).

mundo da oralidade e não da escrita – poderiam ser produzidos e interpretados em muitos lugares e prescindiam de fila, marcação, espera e tradutor oficial. Se tivessem acertado com um tipo de aparelho e com uma pessoa confiável para manejá-lo, essas guaribombenses não mais precisariam esperar pela boa vontade de alguém da sala de acolhimento ou mesmo pagar dois reais a uma senhora de jaleco na estação de metrô para saber sobre os “seus números”. Diferente do glicosímetro, também encontrado nas casas do bairro, o esfigmomanômetro não precisava de “fitinhas” descartáveis e dispendiosas. Era, portanto, ainda mais democrático e acessível. Ter esse aparelho em casa poupava tempo, peregrinações e recursos e, mais importante, o escrutínio moralizador sobre os índices corporais que poderia vir a reboque no centro de saúde.

Há importantes ponderações sobre as medições. Da perspectiva da produção dessas máquinas, as agências reguladoras parecem não escrutinar suficientemente os modelos fabricados no país ou importados de fora.⁴⁸⁹ Da perspectiva da manufatura, os modelos nacionais, sobretudo nos serviços públicos, “são facilmente danificados e descalibrados em decorrência de choques cotidianos e mudanças ambientais relacionadas ao uso diário, o que pode levar a sub ou hiperestimação dos valores medidos”.⁴⁹⁰ Da perspectiva de quem opera essas máquinas, a partir dos mesmos manuais de instrução e dos mesmos aparelhos automáticos, os resultados produzidos pelas equipes de saúde podem variar amplamente.⁴⁹¹ Outra pesquisa mostrou que o nível de acerto na utilização dos aparelhos por parte das auxiliares de enfermagem, geralmente as responsáveis pelas medições nos centros de atenção básica, foi muito abaixo do considerado aceitável.⁴⁹² Vi reflexão semelhante entre as pacientes do postinho, embora fosse o espaço que associassem à maior respeitabilidade tecnológica. Certa feita, dona Roberta saiu surpresa da sala de acolhimento. “Nossa, está 14 por 8. Está alta. Ela não é alta assim”. Seu colega de grupo e vizinho de quadra, concordou: “A minha deu 15. Está alta também. Eu acho que o aparelho delas não está bom, não”. Dona Roberta acrescentou: “Pois eu acho que é a energia delas é que altera o equipamento e acaba medindo tudo errado, tudo fica alto. Eu medi e não estava assim. Nunca minha pressão fica desse jeito”. Por fim, a respeito da produção da medição, muitos fatores devem ser considerados:

Riva Rocci, considerado o pai da esfigmomanometria moderna, em seu artigo publicado em 1896 dizia “o estado mental do paciente tem um efeito transitório, mas considerável, na pressão sanguínea. Falar com o paciente, convidá-lo a ler ou

489 Gusmão et al. (2011).

490 Id. *ibid.*, p. 36.

491 Hartland (1996).

492 Gusmão et al. (2011, p. 39).

olhar de repente para ele, assim como um barulho repentino, fazem a pressão subir”.⁴⁹³

Assim, gerados pelo aparelho de “braço” ou de “pulso”, os números nunca eram “neutros”.⁴⁹⁴ As pessoas começavam questionando o equipamento, quem o manejava, o espaço onde acontecia a medição e depois lembravam de um conflito que haviam tido na noite anterior, uma história triste que ouviram de uma conhecida, do calor extremo do verão etc. Muitas consideravam também a “síndrome do jaleco branco”.⁴⁹⁵ Uma senhora que conheci no corredor de espera contou: “É assim, quando eu vou a uma consulta, eu fico muito nervosa. Minha pressão sobe muito. Eu fico preocupada com o que a doutora vai falar e tal, a minha pressão sobe. Então, comprei o aparelho para medir antes, ver como está e poder vir mais tranquila para a consulta”. Essas pessoas já sabiam que, a partir dos resultados numéricos, poderiam passar de pessoa a um par de números, de doentes à sua doença e depois às alcunhas de “especiais” ou “relaxados”, bem como às parabenizações ou penalizações respectivas (capítulo 5). Não é à toa, portanto, que um jaleco branco deixasse muitas pessoas nervosas. Valle percebeu o mesmo entre seus entrevistados que conviviam com o HIV e a testagem como prática corriqueira:

Há usualmente uma expectativa ambígua e tensa sobre tais marcadores imunológicos. Eles podem ser vistos como tecnologias e instrumentos benéficos para a administração da doença ou para o monitoramento do corpo. Do mesmo modo, são considerados como uma rotina não desejada, regular, repleta de expectativas.⁴⁹⁶

Inclusive, o autor, inspirado pela antropóloga Emily Martin, afirma que os testes e a presença do maquinário correspondente podem virar uma “necessidade opressiva”.⁴⁹⁷ Estava claro também às minhas interlocutoras que corpos, equipamentos e subjetividades se interinfluenciavam o tempo todo.

Assim, o problema começava quando, em conjunção, tecnologia, expertise técnica e relação interpessoal produzissem índices pressóricos superestimados. Esse quadro seria particularmente importante, já que, como mostrei no capítulo 5, os resultados emitidos pelos equipamentos determinavam o tipo de trato e tratamento que a paciente receberia das equipes. Poucas vezes vi medições serem repetidas, aparelhos ou funcionárias serem substituídos para confirmação dos resultados e somente as

493 *Ibid.*, p. 40.

494 Andersen e Whyte (2014, p. 273).

495 Gusmão et al. (2011), Faerstein et al. (2006, p. 1997).

496 Valle (2003, p. 16).

497 Martin (1994, p. 204 apud Valle, 2003, p. 16).

pacientes questionavam as condições em que estas medições aconteciam. Eu me surpreendia que tantas decisões importantes fossem tomadas a partir de equipamentos falíveis e resultados numéricos facilmente questionáveis. De toda forma, eu notava que os equipamentos suscitavam uma participação mais intensa dessas senhoras, seja para manejá-los, seja para atuar como paciente ou como educadora em sua comunidade, seja para lidar com os efeitos de seus números e refletir cada vez mais sobre formas de controlar sua pressão. Em suma, tendo a concordar com Hardon e Moyer de que

enquanto cientistas sociais têm enfatizado a “biomedicalização” que acompanha a difusão de novas tecnologias médicas (DUMIT, 2010, 2012; CLARKE et al. 2003), o que talvez seja menos óbvio é que essas tecnologias podem disciplinar e liberar seus usuários ao mesmo tempo. Análises que focam em como as tecnologias governam populações e reforçam a hegemonia da biomedicina tendem a negligenciar as complexas constelações do cuidado, as novas posições, apropriações e por vezes inesperadas formas de empoderamento dos sujeitos que surgem quando as novas tecnologias são colocadas em uso.⁴⁹⁸

Percebi que essas pessoas na Guariroba contavam sempre com os esfigmomanômetros, mas não de modo acrítico. Certamente reconheciam suas vantagens e limites. Esses aspectos revelavam, a meu ver, o que as estudiosas da tecnologia chamam de “modelagem social da tecnologia”, isto é, “a perspectiva que reconhece que as tecnologias são intrinsecamente orientadas por valores”.⁴⁹⁹ Embora os aparelhos, evocando ideias de novidade, modernidade, visualização e tradução, pudessem suscitar confiança e conforto e embora pudessem contribuir à lógica de risco e responsabilização individual da paciente,⁵⁰⁰ ainda assim notei que a popularização dessa tecnologia vinha permitindo experiências de apropriação e alguma autonomização por parte daquelas moradoras. A tecnologia (aparelhos e medicamentos) não chegava e ficava de modo automático, mas era testada e avaliada a todo momento pelas usuárias a partir de sua realidade local. Os equipamentos de medição poderiam gerar efeitos negativos, mas apropriações positivas também eram realizadas.⁵⁰¹ Portanto, estou a discutir, como Hardon e Moyer⁵⁰² sugeriram, sobre as “formas inesperadas de empoderamento” que essas pessoas estavam a construir para cuidar da pressão no dia a dia.

498 Hardon e Moyer (2014, p. 107).

499 Storni (2010, p. 554).

500 Rose (1999).

501 Mol (2000).

502 Hardon e Moyer (2014).

4.1 Números: a pluralização da verdade como prática de cuidado

Era comum recorrer ao aparelho ao se sentir mal para saber se aquela sensação se relacionava ou não ao problema de pressão. Uma senhora no centro de saúde me contou:

No domingo, eu comi uma feijoada e passei mal. Fiquei com muita dor de cabeça. Mas à noite eu medi e deu 11 por 8. Tomei meu remédio da pressão normalmente à noite. Quer dizer, a feijoada não alterou a minha pressão. A dor de cabeça era coisa de estômago mesmo, não era da pressão.

Ela conhecia a teoria da cadeira, sabia que o sal e a gordura poderiam ter alterado a pressão. Esperava por isso, inclusive, mas se permitiu uma pequena extravagância no final de semana e na companhia das amigas. O equipamento era usado principalmente para “ver a pressão”, mas também poderia ajudar a entender outros mal-estares.

Mas essa prática poderia se tornar mais recorrente e corriqueira, não necessariamente ligada a um mal-estar ou a uma crise. Em seguida, essa mesma senhora contou como o marido usava a tecnologia:

Esses aparelhos viciam a gente. A gente pega o hábito de ficar olhando o tempo todo. Meu marido mesmo, olhava toda hora, toda hora. No hospital, quando ele ficou internado, as enfermeiras pegaram no pé dele e faziam era medir direto. Eu acho que ele aprendeu a ver toda hora ali. Por isso, em casa, também via toda hora. Ele almoçava e olhava, jantava e olhava, porque tanto a comida gorda quanto a comida salgada altera a pressão.

Por vezes, queriam saber se algo teria afetado a pressão, como no caso do almoço ou jantar realizado. Nesses casos, a medição seria retroativa. Mas, por vezes, o raciocínio era preventivo, como explicou-me dona Filomena: “Tenho uma festa no final de semana. Quero saber se posso comer isso ou aquilo. Preciso saber se a pressão está alta ou se está normal”. Enquanto a primeira prática refletia sobre o passado com ares analíticos, a segunda pretendia organizar, com ares projetivos, o futuro. Ademais, no caso da pressão silenciosa, chamada pelos profissionais de “pressão assintomática”, as pessoas nada sentiam e precisavam usar o equipamento para saber como agir. Seria uma medição retrospectiva e prospectiva ao mesmo tempo.

Aos poucos, essas pessoas acumulavam centenas de pares de números, num “processo contínuo de rotinização e familiarização das técnicas clínicas”.⁵⁰³ Storni sugere que a profusão de resultados pode ser problemática: “a apropriação de

503 Valle (2010, p. 41).

aparelhos de automonitoramento não leva à promoção do paciente empoderado, mas resulta, de outro modo, em dependências cegas sobre ler os significados do que pode ser difícil de compreender”.⁵⁰⁴ Inclusive, os resultados altos poderiam preocupar a pessoa, criando os efeitos do nervoso sobre a pressão. Mas, ao contextualizar esses números, as pessoas iam aprendendo sobre o que chamei no capítulo 3 de “sua” pressão, como ela se comportava quando baixa, normal ou alta e como poderia ser controlada. O monitoramento excessivo poderia ser inspirado por “curiosidade e não por ansiedade”.⁵⁰⁵ Como lembra Mol, para o caso da diabetes, também permeada pela ação dos glicosímetros,

a diferença que esses aparatos minúsculos de medição trazem não é apenas em termos quantitativos. Os números também sofrem uma mudança de sentido. O tratamento pode ser melhor ajustado para as necessidades específicas de uma pessoa, mas não porque a glicemia *normal* se tornou mais facilmente alcançável. A própria *normalidade* desejada muda.⁵⁰⁶

A partir disso, se, por um lado, como lembra Valle para o caso do HIV, medicamentos e exames “acarretam o controle acentuado do tempo e da vida”, por outro, também produzem uma “reorganização intensiva das formas de cuidado com o corpo”.⁵⁰⁷ A doença, o equipamento e os tratamentos dialogam intimamente.

Além disso, os números – pensados de modo cronológico – poderiam ajudar a avaliar a trajetória da doença quanto ao seu desenvolvimento, rol de profissionais, aos serviços, remédios acionados, às alternativas a serem buscadas etc. Para produzir um efeito intenso desse aspecto cronológico, reuni exemplos emitidos por diferentes pessoas e aqui propositalmente os posicionei de modo a criar uma trajetória bastante usual do problema de pressão: “Quando mudei para cá, eu era 13 por 7” (fase anterior à doença, referencial de normalidade), “14 por 9 não tem hipertensão” (definição de limiares da doença), “eu estava 19 por 12, foi aí que descobriram” e “quando eu tive a crise, foi para mais de 20” (momento do diagnóstico a partir de uma crise), “a minha pressão é só um pouquinho mesmo” (uma vez diagnosticado, definição de tipo da pressão), “quando minha filha se separou, subiu muito” e “quando minha esposa parou de tomar o remédio, a pressão dela foi a 20 por 12” (eventos críticos que produzem picos e perigo), “quando está 13 por 7, eu estou bem” (monitoramento cotidiano).

Algumas pessoas conseguiam antever os resultados, dado o conhecimento que haviam angariado sobre as sensações da pressão em seus corpos. Esse era o caso de uma senhora que Natalia Bezerra conheceu na sala de acolhimento. Os pais dessa

504 Storni (2010, p. 546).

505 Id. *ibid.*, p. 557.

506 Mol (2000, p. 13, grifos no original).

507 Valle (2003, p. 34).

senhora tiveram pressão alta e sua mãe morrera de derrame alguns anos antes: “De tanto carregar meus pais de posto em posto, fui aprendendo muita coisa”. Ela cuidava agora de um irmão na mesma situação: “Quando ele está com pressão alta, eu nem preciso olhar no aparelho. Ele fica todo vermelho, tem coceira e fica nervoso, precisa tomar um banho frio, tomar um chá. Eu já sei que está alta”. Tanta experiência lhes poupava da verificação tecnológica e o corpo se transformava, pouco a pouco, numa espécie de “esfigmomanômetro natural”. Ao aprender sobre a tecnologia, aprendia-se sobre o próprio corpo e seu funcionamento. Medir, com a frequência que eu via ali no bairro, criava uma “estrutura do sentir”.⁵⁰⁸ E essa “estrutura do sentir” se tornava uma fonte de conhecimento. Para evitar o pico de pressão, o desenvolvimento progressivo da “autoconsciência era tão importante quanto a medição”.⁵⁰⁹ Os autores contam que, na Holanda, em alguns programas de treinamento

as pessoas recebem a sugestão de, primeiro, adivinhar seus níveis de açúcar no sangue, antes de elas os medirem. O objetivo não é transformar essas pessoas em precisas adivinhadoras de números, mas de encorajá-las a parar o que estiverem fazendo para sentirem seus corpos a partir de dentro. É para seduzi-las a praticar a autoconsciência.⁵¹⁰

Rose prevê que os números e as técnicas de cálculo “têm um papel na subjetificação – eles tornam o indivíduo em um self calculador, dotado com uma série de formas para pensar, calcular, prever e julgar suas atividades e as dos outros”.⁵¹¹ Mais do que tudo, ajudar a sentir a pressão, sobretudo no caso das pacientes assintomáticas (a “pressão silenciosa”), e aos poucos desenvolver estratégias para agir e se cuidar.

Os números tinham uma implicação maior nos acontecimentos cotidianos em casa e nas atividades no bairro. Nos esforços de interpretação dos resultados numéricos, a pessoa formaria toda uma rede de apoio com parentes, vizinhas e até colegas do grupo do Hipertensão, socializando não apenas seu estado de saúde, permitindo que uma rede de cuidado se formasse ao seu redor, mas também disponibilizando um exemplo concreto do problema de pressão, sobre o qual todos aprenderiam um pouco mais. Num processo educativo coletivo, progressivo e contínuo, isso tudo serviria como um “processo de formação”⁵¹² que proporcionaria ver, saber e comunicar que uma adoecida experiente aprimorava, ao passo que ia se transformando em um “especialista”,⁵¹³ consolidando mais e mais um “conhecimento competente” sobre seu

508 Georges (1996).

509 Mol e Law (2004, p. 47).

510 Id. *ibid.*, p. 48.

511 Rose (2007, p. 48).

512 Sachs (1995 *apud* ANDERSEN; WHYTE, 2014).

513 Taylor e Bury (2007).

problema de pressão, e também como uma rede de especialistas, ao considerar os atores envolvidos na casa, no bairro e nos grupos que se frequentava. Medir e calcular permitem a “previsão e a prudência”, a transformação da família em um “pequeno local calculador”, a participação e criação de “redes de computo”,⁵¹⁴ capazes de planejar e organizar as ações, os eventos, e até o futuro do cuidado com a saúde, por exemplo.

Números, portanto, não “eram apenas para saber, mas também para fazer”.⁵¹⁵ Democratizavam diferentes versões de verdade, mas exigiam que um passo prático fosse dado para fazer o cuidado acontecer, e isto poderia ser refletir sobre as “pernas da cadeira”, formular explicações plausíveis sobre um número alto, enfrentar o medo de ficar como uma vizinha que, por conta de um AVC, tinha metade do corpo “esquecido”; refletir sobre o processo de medição, o remédio fraco ou forte, a chateação vivida com o marido alcoólatra ou o desespero depois de um assalto; passar a comer calabresa ou torresmo somente em datas especiais ou assumir a responsabilidade de notar uma pressão subindo perigosamente e conseguir acessar os serviços a tempo para intervirem. Vários elementos eram cogitados para balizar um resultado, e também, como mostrei no capítulo 4, a partir do centro de saúde, de estereótipo ou peregrinação ao redor da cidade. Os números exigiam que pensassem a doença de fato como **compri-da**: no passado, no presente e no futuro.

As equipes também esperavam que as pacientes “olhassem a pressão” com frequência como uma medida de conhecer suas flutuações, suscetibilidades e riscos de crise. Mas, como uma das diretoras do posto me disse, conforme mostrei no capítulo 1, não confiavam nos aparelhos que as pessoas tinham em casa nem em sua capacidade de fazer corretamente as medições. Por isso, o recomendável era que fossem até a instituição. Mas, na sala de acolhimento, as responsáveis por atender essa demanda resistiam: “Esses velhos vêm aqui para aporrinhar a gente. A vida deles é dominó, pinga e pressão”. Pelo que entendi, essa técnica de enfermagem lia a visita quase diária como “ócio” e desperdício dos serviços públicos; eu lia como um conjunto muito criativo de práticas de cuidado com a saúde. A ação de ver a pressão tinha sido incluída, de modo ameno e leve, dentro da chave do lazer e do cotidiano, ao lado do jogo e da cachacinha com os amigos. Além disso, essas pessoas também poderiam estar realizando testes com os medicamentos e a dieta e, assim, recorriam aos aparelhos para avaliar o efeito de cada perna da teoria da cadeira. Como mostrei no capítulo 5, diante dos testes e da evidente desconfiança por parte das pacientes, as profissionais se melindravam com o fato de a dádiva não estar sendo aceita integralmente. Contudo, talvez este fosse o modo que as pessoas tivessem inventado para cuidar de sua saúde e, a partir dos números preocupantes, tomar atitudes (voltar ao grupo, ao remédio, à igreja, ao dominó etc.).

Assim, medir poderia ser útil como orientação por parte das profissionais da saúde, mas também funciona como certa desresponsabilização por parte dessas

514 Rose (2007, p. 214-215).

515 Mol e Law (2004).

equipes e até do Estado, ao transferir às pessoas adoecidas mais e mais trabalho (o *homework*, como nos ensinaram Mattingly et al.⁵¹⁶). Se “prescrever por números”⁵¹⁷ e “medicar por números”⁵¹⁸ já aconteciam tão intensamente nas instituições de saúde, restava ver até onde a popularização dos esfigmomanômetros fariam pessoas “viverem por números” e deixarem suas subjetividades por eles serem inspiradas.⁵¹⁹ Como mostrei no capítulo 5, a partir da contribuição de Nikolas Rose, os números criavam regularidade e, dessa forma, “poderiam ser pensados como promovendo o desapareço dos sentimentos, paixões e tumultos”.⁵²⁰ Mas, ao refletirem constantemente sobre o uso dos aparelhos e seus resultados, essas pessoas pareciam se preocupar que o número, como uma “figura única”,⁵²¹ figurasse de modo tão decisivo em suas vidas. Resistiam em deixar de ser o seu João para ser um “20 por 15” ou um “descontrolado”. Mas poderiam também passar a “viver para os números”. Cada medição demandaria que refletissem sobre o alimento consumido ou o remédio não consumido, calculassem se e quando poderiam participar de uma festa ou viagem, negociassem com os membros da família que comprassem e/ou preparassem a comida da casa. Com os equipamentos à mão, novas facetas do *homework* iam se apresentando.

Como processos de formação, as medições afetam não apenas experiências de saúde, mas também a subjetividade de modo mais amplo. Através da prática, elas modelam a sensação de quanto uma condição crônica preenche os espaços da vida. Elas dizem respeito à subjetividade, tanto no sentido de serem sujeitas às demandas de viver com uma doença quanto de ser um sujeito que age para controlar a vida.⁵²²

Nesse agir e nesse controle, as pacientes poderiam até ganhar independência das profissionais da saúde, mas também “ao preço de assumirem certas habilidades e tarefas profissionais”.⁵²³ Os equipamentos e todo o aparato à disposição da HAS, como medicamentos, exames ou mesmo o Hiperdia, eram tecnologias que mudavam as relações dessas pessoas com suas cuidadoras, em casa ou nas instituições de saúde.

Por isso, encontrei pessoas que evitavam as medições e os aparelhos. Seu Fulgêncio, por exemplo, contou que tinha comprado um glicosímetro e uma caixa com duzentas lancetas assim que recebeu o diagnóstico da diabetes. Picou-se uma única vez e passou a distribuir as agulhas e fitinhas para vizinhas e vizinhos que precisassem

516 Mattingly et al. (2011).

517 Greene (2007).

518 Whyte (2015, p. 221).

519 Andersen e Whyte (2014).

520 Rose (1999, p. 225).

521 Id. *ibid.*, p. 205.

522 Andersen e Whyte (2014, p. 274).

523 Mol (2000, p. 19).

do material. Dona Roberta, que também tinha diabetes e vinha sendo estimulada a se medir em casa para saber com precisão sobre sua dose diária de insulina, comentou: “No começo, eu não queria me furar. Furar para quê? Pare receber notícia ruim? Eu não”. Percebiam com clareza que a tecnologia biomédica, cada vez mais presente no espaço doméstico, poderia atuar como representantes remotos do postinho, criar realidades numéricas que demandariam decisões e ações e exigir que a doença estivesse muito mais frequentemente em seu cotidiano. Como diriam Van Hout, Pols e Willems, “o paradoxo da tecnologia faz com que o cuidado (e a enfermagem) esteja a um só tempo muito perto e muito distante”.⁵²⁴

Também como uma forma para fazer,⁵²⁵ as informações sobre a pressão arterial vinham se transformando em um idioma amplo o suficiente para entender e também comunicar como uma pessoa estava em diferentes momentos. Esse idioma era eficaz porque traduzia, para apenas dois números, sintomas fisiológicos, como uma tontura, ou acontecimentos corriqueiros, como uma briga familiar. Os números se tornavam uma categoria plástica o suficiente para explicar – ao mesmo tempo e não separadamente – as sensações de mal-estar e também os imbróglis morais. Era como se o número conseguisse traduzir o que vinha sendo difícil comunicar. Uma senhora, depois de discutir com o marido, poderia passar no centro de saúde e anunciar de volta em casa: “A doutora me disse que eu estou 15 por 10 hoje”. Penso que esse enunciado seria suficiente – já que as informações numéricas sobre a pressão arterial eram amplamente compreensíveis – para concretizar o quanto ela estaria sofrendo por aqueles dias,⁵²⁶ mas, sobretudo, sobre sua insatisfação com a briga, o mal-estar que essa última havia lhe causado e a constatação oficial (centro de saúde), tecnológica (esfigmomanômetro) e científica (biomedicina) da relação causal entre o desentendimento marital e a pressão alta.

Dada essa capacidade comunicativa, sobre tantos assuntos a um só tempo, ao criarem um “habitat público dos números”,⁵²⁷ com tantos “self calculadores” atuando em tantas “redes de cômputo”, comecei a chamar os esfigmomanômetros de “oráculos”, à imagem do que Evans-Pritchard tão bem descreveu entre os Azande.⁵²⁸ Uma diferença, contudo, era a crescente democratização desses aparelhos.⁵²⁹ Muitos eram esses oráculos ao redor da rua e da cidade, e saber “sua pressão” não era uma tarefa difícil nem reservada somente aos tecnólogos.

Não posso perder de vista a experiência de medicalização que vinha a reboque da medição, na figura da autoridade dos aparelhos, dos técnicos e das consequências dos números. Era um “abraço biotécnico”, como chamou Delvechio-Good,⁵³⁰ já que

524 Van Hout, Pols e Willems (2015, p. 1207).

525 Mol e Law (2004).

526 Andersen e Whyte (2014, p. 268).

527 Rose (1999, p. 232).

528 Evans-Pritchard (2004).

529 Bezerra e Fleischer (2015).

530 Delvechio-Good (2001).

as tecnologias biomédicas insuflavam suas usuárias com ideias de verdade, precisão e esperança a partir da imaginação científica. “Entusiasmo pelas possibilidades da Medicina advém não necessariamente dos produtos concretos com eficácia terapêutica, mas através da produção de ideias”.⁵³¹ Quando utilizados, esses “oráculos” poderiam funcionar como “barômetros morais”,⁵³² como tenho tentado mostrar também. No exemplo do parágrafo anterior, seria como se o “self calculador” daquela senhora fosse abraçado de modo aconchegante pelo trabalho do esfigmomanômetro. Tomados como oráculos, permitiam que a pessoa assumisse a frente do cuidado de sua condição comprida, sem, contudo, perder a postura mais e mais alerta em relação aos serviços, suas equipes e tecnologias. A biomedicina era percebida como poderosa, mas, por isso mesmo, seu “abraço” poderia ser sentido, a um só tempo, como sedutor e perigoso, poderia ser usado como estratégia de autocuidado e motivo de autopreservação.

5. Grupos: o mundo coletivo do cuidado com a pressão

5.1 As mulheres danadas como personagens centrais do cuidado

Ali no bairro, a grande maioria das mulheres que eu conheci tinha cuidado de cônjuges, pais, mães, sogros e sogras e, por vezes, de vizinhas idosas e acamadas, especialmente se participassem da mesma igreja. Como comentei no capítulo 2, parentes vinham do interior em busca de melhores hospitais e também de cuidadoras disponíveis para lhes acompanhar durante a circulação institucional, as internações e a convalescença. Nunca estive em uma só casa que contasse com os serviços de trabalhadoras domésticas formais, embora tenha conhecido seu Pontes, renomado por sua abastada aposentadoria “do Senado”, que contratava moças da vizinhança para algumas horas por semana tomar conta de sua esposa que sofrera um intenso AVC. Paulo Coutinho encontrou, em um dos consultórios que frequentou, um rapaz, filho único, que pagava uma senhora para acompanhar sua mãe, enquanto estava no trabalho durante o dia.

Parentes e vizinhas haviam ajudado muito a cuidar de crianças, outro trabalho também continuado. Irmãs mais velhas olhavam suas caçulas, vizinhas estavam atentas aos filhos de outras, enquanto saíam para trabalhar. Várias mulheres, ao casarem com homens viúvos, assumiram a criação de seus enteados; quando seus irmãos morriam ou enviuvavam, assumiam os sobrinhos; quando as filhas se separavam e estivessem passando necessidade, assumiam os netos e netas. Quero registrar que, coincidindo com a literatura,⁵³³ as mulheres se responsabilizavam pela maior parte das tarefas relacionadas com o cuidado das doenças, das crianças, das casas e das redes de

⁵³¹ Id. *ibid.*, p. 397.

⁵³² Farmer (1988).

⁵³³ Hirata e Guimarães (2012), Molinier (2012), Fonseca (2000), Sarti (2003).

apoio, mas não desejo afirmar que “o *care* [fosse como uma] qualidade ‘natural’ ou ‘inata’ das mulheres”⁵³⁴ nem uma representação da “bondade feminina [ou] da oblatividade materna”.⁵³⁵ No caso das doenças compridas, como pressão e diabetes, por exemplo, as mulheres – na figura de esposas, filhas, netas e noras – eram as que mais sabiam da teoria da cadeira e que mais assumiam o *homework* junto às adoecidas.⁵³⁶

Em especial, as esposas eram muito atuantes nos cuidados intensivos de seus maridos doentes. Essas mulheres, que circulavam a cidade toda atrás de recursos, equipamentos e serviços, eram chamadas de “danadas” ou “espertas”. Elas “iam atrás”, “iam e conseguiram”, “caçavam solução”, como mostrei amiúde no capítulo 4. Dona Mimi cuidou do marido por conta de um severo AVC ao longo de oito anos. Contou que, um pouco antes de ele falecer, “as irmãs dele até vieram aqui e gostaram de ver como ele estava sendo bem tratado”. Dona Camila, irmã de dona Mimi, contou-me ainda quando o cunhado estava vivo:

O marido da Mimi é uma pessoa boa demais. Nunca mediu esforços com o sogro, com o meu pai, né? Quartas e sábados ele vinha sempre aqui visitar o papai. Ele zelou muito pelo meu pai quando estava doente. Hoje, é meu cunhado que é zelado. Eu acho que ele é bem zelado hoje.

Do mesmo modo com que as cunhadas e a própria irmã lhe observavam, dona Mimi observava a atuação de dona Julieta, sua vizinha de frente, em prol da frágil saúde pulmonar do marido, seu Beto: “A Julieta é muito esperta. Estou para ver mulher com mais coragem que ela. Vai em tudo que é lugar, procura a consulta para o marido, faz tudo. Nunca vi, ela vai atrás mesmo”. Dona Julieta, por sua vez, lembrou de dona Eulália, sua vizinha do lado, que cuidava do marido que enfrentava um severo câncer de garganta. Ela tinha que preparar o alimento todo batidinho no liquidificador. Tinha que traduzir o que o marido tentava dizer, já que sua voz estava comprometida. Tinha conseguido, a duras penas, a autorização no Ministério Público para internar e operar o cancro, já que o hospital vinha negando sistematicamente a vaga. Enquanto isso, mantinha a casa, assistia um dos filhos que estava no regime prisional semiaberto e ainda era merendeira em uma escola em Taguatinga, cidade vizinha. Dona Julieta terminou dizendo: “Aquele família não passa tranquilo, mas a Eulália é danada”. Se eu tivesse tido a chance de conversar com dona Eulália, ela certamente me indicaria outra senhora da rua, ainda mais “esperta” no cuidado do marido, filhos e família. Parece que a velhice, diante do adoecimento e do orçamento miúdo, e a coragem, na forma de criatividade e resiliência, eram valores importantes para distinguir aquelas senhoras “danadas”. Mas esta não era uma categoria de au-

⁵³⁴ Hirata e Guimarães (2012, p. 3).

⁵³⁵ Molinier (2012, p. 40).

⁵³⁶ Whyte (2015).

toidentificação, como também Fonseca mostrou ser o caso das “mulheres valentes” nas vilas de Porto Alegre.⁵³⁷ Ser esposa, ser mãe e ser dona de casa eram papéis que precisavam do reconhecimento público, como “boa cuidadora” ou, mais importante, como aquela que “não descuidava”.

O importante, no caso das doenças compridas que demandavam atenção constante e continuada, como pressão, derrame, AVC, DPOC,⁵³⁸ câncer, diabetes, era não “descuidar”. Mesmo que diferentes formas de cuidar fossem possíveis, descuidar era evitado de modo consensual. Por isso, também circulavam críticas que ajudavam a estabelecer a cautela necessária para não se descuidar dessas pacientes. A ausência da esposa e das filhas era um ponto muito recriminado. Dona Julieta contou de sua irmã que padecia de complicações da diabetes: “Pior que ela tem filhos, mas cada um tem a sua vida. Cada um mora num canto da cidade. Não tem tempo de cuidar dela, sabe”. Notei comparações entre o cuidado oferecido pelas parentas consanguíneas e as afins. Uma senhora, no banco de espera do centro de saúde, contou: “A minha cunhada dava tudo o que mamãe não podia comer, como doce, queijo, gordura, tudo”.⁵³⁹ Em pouco tempo, sua mãe teve um derrame, precisou amputar uma das pernas e, depois de poucos meses, falecera. O trabalho remunerado era muito avaliado, numa explícita tensão entre o dinheiro e o afeto, ingrediente visto como necessário no cuidado, por exemplo. Dona Julieta achava que as moças remuneradas pelo seu Pontes não cuidavam de modo suficiente de sua esposa acamada. Todas as vezes que visitava esses amigos da igreja, encontrava a paciente precisando de um banho ou de uma troca de fraldas e também a casa sem faxina, louças pela pia da cozinha, poeira pelos cantos. “Estão passando o irmão Pontes para trás”, dizia. Isso também havia sido bem percebido por aquelas mulheres que tivessem frequentado os hospitais, onde seus maridos ou parentes haviam ficado internados. Dona Camila lembrou da ocasião em que o pai estivera em um hospital regional:

Tinha um senhor internado do lado dele. Não comia, não comia nada. Estava lá, à míngua. Eu estava cuidando do meu pai e aproveitei para ajudar esse senhor. Dei comida na boca dele, toda noite. Ele melhorou, pegou cor. Mas, em hospital, eles não cuidam direito. Depois que meu pai voltou para casa, eu fiquei sabendo que esse senhor morreu. Deixou de comer, eu não estava mais lá e ninguém dava comida para ele. Conclusão, acabou não aguentando.

Nesse contato com as instituições, viram antiexemplos do bem cuidar e concluíam que o mais triste era ficar “lá sozinho”, já que sabiam que não haveria alguém

⁵³⁷ Fonseca (1995).

⁵³⁸ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

⁵³⁹ Diário de campo de Ana Clara Damásio.

ao lado da cama todo o tempo ou, ao menos, de prontidão para eventuais demandas desse paciente. Eram descrições que revelavam como o adoecimento e a recuperação precisavam, por excelência, ser acompanhados por uma parenta, uma contratada ou uma funcionária do hospital.

Os depoimentos não significavam que as filhas, as parentes por afinidade ou as profissionais de saúde eram necessariamente displicentes com as adoecidas, mas quero reforçar que o “descuidar” era categoria altamente acusatória. Enquanto o “cuidar” não podia ser autoidentificado, parece que o “descuidar” só podia ser alteridentificado. Era a opinião coletiva que balizava quem cuidava bem ou não. Parece que, ao insistirem no “cuidado”, essa categoria que estou tentando delinear como ampla, polivalente e fundamental no cenário da doença comprida, tentavam evitar que valores importantes – como, por exemplo, família, afeto e senioridade – se esgarçassem no repertório moral daquela localidade. Cuidar, de tantas formas possíveis, era tarefa integral de todos os membros de um núcleo familiar, era condição constituinte do padrão de obrigação moral da família e com a família.⁵⁴⁰

Uma autora que também discutiu a ideia de “descuidar” foi Pascale Molinier, no cenário de asilos franceses. Antes, porém, a autora define cuidar como

prestar a maior atenção aos dizeres, à ideia de que não se diz “jamais mais ou menos, mas exatamente aquilo que se diz”. Isso não significa [sempre] “acreditar” naquilo que as pessoas dizem, mas também não “desautorizar” a sua palavra e reconhecer-lhe a precisão.⁵⁴¹

Quer dizer,

uma metodologia de *caring* poderia ser definida como aquela que leva a palavra a sério: será que compreendi aquilo que vocês querem dizer, será que vocês o disseram a mim de maneira que eu compreenda? Isso pressuporia contentar-se em estar atento ao que as pessoas querem dizer.⁵⁴²

Uma esposa ouvir que o marido deseja mais guloseimas, a médica entender que sua paciente está se sentindo mal com o remédio prescrito, a enfermeira considerar que o equipamento, e não a pressão da paciente, esteja descalibrado, seriam atos de cuidar. Por contraste, Molinier explica que o des-cuidado (*uncaring*) seria

⁵⁴⁰ Sarri (2003), Lopes (2012).

⁵⁴¹ Molinier (2014, p. 27).

⁵⁴² Id. *ibid.*, p. 28.

rejeitar os dizeres como inadequados ou inapropriados ao seu contexto; considerar que as pessoas falam mal (ou seja, são “ignorantes”), que se enganam no seu uso comum das palavras; não buscar o acordo, não ser sensível à exatidão da sua expressão. Nesse sentido, des-cuidado (*uncaring*) significa não querer perder seus privilégios discursivos.⁵⁴³

Esse par complementar de definições – cuidar e descuidar – me ajudou a compreender os conflitos na convivência com a doença comprida em casa, mas também dentro dos espaços institucionais, à luz dos dilemas que retratei nos capítulos 4 e 5.

Observar as pessoas era outra das importantes tarefas realizadas por essas mulheres danadas. Em casa, notavam a melhora ou piora de um marido adoecido ou a subida da própria pressão muito antes de medir no aparelho. Nos corredores de espera dos serviços de saúde, identificavam quem poderia lhes “abrir portas”, por exemplo. No comércio, sempre havia oportunidade para atualizar umas às outras. Quando dona Julieta encontrou outra vizinha na agência do banco e lhe contou que o marido vinha pelejando com os problemas respiratórios, a vizinha se prontificou a orar por ele e depois até levou uma missionária para lhes visitar. Na rua, notavam o ir e vir das vizinhas. Dona Julieta lembrou ainda de outra vizinha: “Eu via a dona Etelvina passar aqui na frente, cada dia mais encurvadinha, mais fraquinha”. De sua janela ou de sua varanda, dona Julieta acompanhava o definhamento dessa senhora que vivia por muitos anos com a pressão descontrolada. Procurava saber como estava, conversava com outras conhecidas sobre seu estado de saúde. Era viúva, tinha perdido a única filha adulta, e diziam que o neto, que vivia na casa dos fundos com a jovem esposa, não tinha muito tempo para se preocupar com ela. A rua toda sabia que dona Etelvina era sozinha, e, por isso, ficavam de olho em seu paradeiro. Dona Socorro, com quem dividia o muro do terreno, descreveu como ficava atenta: “Quando acordo e não vejo movimento, chamo o nome dela. Ela aparece logo. Se não aparece, eu já fico toda preocupada”.

Muito comum também era a prática da visitação espontânea às vizinhas, que poderia envolver a troca de comidas, orações, remédios e afeto. Além disso, eram também ocasiões de atualização recíproca sobre os cuidados necessários com a pressão.⁵⁴⁴ As visitinhas eram recíprocas e frequentes e, a meu ver, faziam ainda mais sentido considerando a trajetória migratória dessas pessoas ali na Guariroba, com os laços de origem nem sempre se mantendo fortalecidos ao longo do tempo.⁵⁴⁵ Por isso, inclusive, eu ouvia tanto sobre o pesar de “perder um vizinho”, seja por adoecimento, mudança de endereço ou falecimento. Na verdade, circular era um importante valor para ver e ser vista, informar e ficar sabendo, como dona Julieta concluiu: “Enquanto

543 Id. *ibid.*, p. 27.

544 Nielsen et al. (2015, p. 1065).

545 Faquinello e Marcon (2011, p. 1348-1349).

a gente continua andando, está bem. Quando acumula em casa é porque está mal”. Pouco tempo depois, aquela vizinha que dona Julieta e dona Socorro vigiavam “acumulou em casa” e logo faleceu. Notar essas circulações e, mais importante, focar eram também formas de cuidar.⁵⁴⁶ Embora os homens também participassem dessas cadeias de informações, as mulheres, em sua movimentação diária pelo bairro, entre compras, consultas, grupos de igreja e visitas, viviam afiadas sobre o paradeiro de suas vizinhas e respectivas famílias. Em todas essas situações, seja na rua, no portão de casa ou no banco de espera dos serviços de saúde, falar, perguntar e conversar eram práticas muito importantes. Não apenas para saber da outra, mas para desabafar, afinar discursos, fazer circular informações sobre doenças e seus respectivos tratamentos e, com isso tudo, aprender e adensar o conhecimento local.

Esses detalhes, pequenos detalhes, como a vizinha caminhando encurvadinha, a visita da missionária, a comida liquidificada, eram inseridos nas histórias de adoecimento que tinham vivenciado ou testemunhado. Essas mulheres cuidadoras haviam, como Molinier sugeriu, “prestado muita atenção aos dizeres”, tanto no sentido das demandas e particularidades da pessoa adoecida quanto das histórias e sugestões que haviam ouvido em todos os espaços por onde circulavam no bairro. Eram formas de não descuidar. Eram ações que talvez parecessem diminutas, mas faziam toda a diferença para as situações se resolverem ou, mais importante, para as pessoas não se sentirem **alheias** ou **solitárias** nos momentos de padecimento e tristeza (como essas senhoras tantas vezes me contaram ser o caso dentro dos hospitais). Estou tentando mostrar que “não ser cuidada” e “ficar sozinha” eram os dois grandes temores desses senhores e dessas senhoras que conheci na Guariroba. Diante dos impessoais e, por vezes, ineficientes serviços de saúde, havia esperança na atuação da rede vicinal que as décadas tinham colaborado por construir. Observar, circular, visitar, elogiar, conversar e saber de tanto assunto eram práticas muito importantes para que todas essas mulheres danadas cuidassem dos seus ali na Guariroba.

5.2 Família e vizinhança como causa e solução da pressão: ambiguidades do cuidado

Durante os seis anos que fiz pesquisa na Guariroba, engravidei de gêmeos. Infezivelmente, Leon faleceu antes mesmo de nascer, mas Cecília vingou e floresceu. Aquelas pessoas me viram passar pela gestação, pelo parto, pelo luto e, mais recentemente, pelas aventuras de ver uma criança crescer. De modo gracioso, sempre queriam saber se eu teria mais filhos. Mais e mais, passei a ouvir a expressão “quem tem um filho não tem nenhum” e, nessa etapa da velhice das interlocutoras, comecei a entender melhor sua preocupação comigo. Filhas e filhos, na última fase da vida, eram valiosos

546 Fassano (2006), Fonseca (2000).

para oferecer apoio financeiro, serviços e companhia. O reconhecimento público dos cuidados dispensados pelos filhos aos pais idosos e “hipertensos” era constante.

Era comum, durante minhas visitas, a anfitriã receber telefonemas das filhas e dos filhos, checando como caminhava o dia.⁵⁴⁷ Por vezes, moravam com essa senhora e ligavam do trabalho; outras vezes, moravam em outro bairro ou cidade e o telefonema compensava o fato de se verem pessoalmente só nos fins de semana. Poderia funcionar, acredito, como uma modalidade de “telemedicina popular”⁵⁴⁸ porque também servia para checar, por exemplo, a tomada de remédios ou o resultado de um exame. Algumas filhas e alguns filhos, também netos e netas, dormiam com seus pais e avós quando haviam tido um pico de pressão ou estavam em períodos pós-cirúrgicos, por exemplo, ou mesmo somente para lhes fazer companhia e auxiliar em qualquer necessidade durante a noite.

As filhas eram importantes também na mediação com os serviços de saúde, sobretudo porque a cronicidade fazia com que consultas, curativos e terapias fossem práticas continuadas e também porque, como mostrei no capítulo 4, os serviços de saúde tendiam à cultura da falta. Filhas que vivessem na casa de fundos ou vizinhas eram as primeiras a serem consultadas em casos de dúvidas ou crises.⁵⁴⁹ Encontrei um arranjo muito organizado, em que os oito filhos se revezavam para cuidar de dona Mimi e seu esposo, que sofrera um AVC incapacitante alguns anos antes. Na porta do quarto do senhor, vi pregada uma escala de visitas e dormidas para o mês inteiro. Dona Mimi explicou:

É, eles ajudam muito. É importante ter alguém aqui de noite para ajudar a levá-lo no banheiro, para ajudar se tem alguma emergência. Eles vêm todo dia. Se não vem ele, manda o filho. Meu neto, né? Todo mundo ajuda um pouquinho. Eles não tiveram muito estudo, mas são muito bons para a gente.

Também eram afixadas nessa porta as notas fiscais relativas aos custos com medicamentos, fraldas e consultas: “Eles vêm e pregam ali na porta do quarto a nota. Ai, todo mundo vê quanto foi e divide”. A única filha que não morava no Distrito Federal estava impossibilitada de participar da escala de visitas, mas todo mês enviava sua contribuição pecuniária. Além disso, uma das filhas de dona Mimi intercedeu junto ao Hospital Regional da Ceilândia (HRC) para que uma cama hospitalar fosse emprestada ao pai durante os momentos finais e difíceis. Muitas filhas, que tinham tempo ou alguma experiência, vinham trocar curativos, medir a pressão e/ou a glicose ou “fazer a revisão dos remédios”, como disse dona Camila, em relação à sua filha que lhe visitava algumas vezes na semana para organizar que pílulas deveriam

547 Faquinello e Marcon (2011, p. 1348).

548 Greene (2016, comunicação pessoal).

549 Faquinello et al. (2011, p. 852), Faquinello e Marcon (2011, p. 1347).

ser tomadas a cada dia. Todo tipo de serviço voluntário poupava essas idosas de terem que contratar outras pessoas e gastar recursos. Por sua vez, filhas, enteadas e netas, ao morarem com parentas mais velhas, poupavam valores do aluguel e contavam com alguém para olhar suas filhas pequenas. Cuidado era uma ideia recíproca e não somente acontecia no sentido desigual de sãs às adoecidas ou das mais jovens às mais velhas.

Além de serviços, vi ajudas com comida, medicamentos, objetos úteis e confortáveis. Dona Carolina contou sobre a filha, casada, professora e moradora do Núcleo Bandeirante/DF: “Ela é muito boa, sabe. Vem aqui, abre a geladeira, vê que está vazia e já me leva para fazer as compras da semana. Não gosta que eu passe com a geladeira vazia. Me ajuda muito, tudo que eu preciso. Ela deve vir aí amanhã para gente ir na feira”. O filho de dona Mônica, que era policial militar, comprava todos os medicamentos de que ela precisava para a pressão e a diabetes. Vi filhas pagarem planos de saúde, comprarem bens e objetos (móveis, eletrodomésticos, esfigmomanômetros e glicosímetros), emprestarem automóveis para facilitar a circulação pelos serviços de saúde ou para passear. Vi várias realizarem reformas, consertos, limpezas mais trabalhosas pela casa.

Contudo, a presença da família poderia ser compreendida de modo ambíguo. A família era compreendida como a principal fonte de cuidados nos casos de problemas de saúde. Em geral, era sortuda a “hipertensa” que tivesse a presença delicada do cônjuge, da prole, família extensa e das vizinhas. E, por isso, tantas pesquisadoras da área da saúde sugerem que a família “não deve ser vista como mera executora de atividades – ao contrário, deve ser vista como unidade ativa, ser ouvida em suas dúvidas, ter sua opinião levada em conta e sua participação incentivada durante todo o processo de cuidado”.⁵⁵⁰ Mas, como mostrei no capítulo 3, a família também poderia ser a principal fonte de “preocupações” e “chateações”, com claras repercussões nervosas sobre os índices pressóricos. Uma senhora que esperava a consulta do Hiperdia me explicou bem esse ponto:

Tenho uma filha que mora no barraco de fundos lá de casa. Qualquer coisinha, ela já esquentada, já quer brigar. É muito esquentada, só vendo: não fala direito com as pessoas, não tem paciência com os filhos, bate em todo mundo. Eu não dou conta disso. Eu sofro demais com essa brigaiada toda. O que eu falo para os meus filhos é que eles têm que viver os problemas deles para lá. O que eu quero é ficar tranquila. Cada um cuidar da sua vida em vez de ficar eu resolvendo tudo. Não aguento mais isso, sabe. São essas brigas, esses problemas que eles trazem para compartilhar comigo que me dão as crises de nervoso. E é isso que faz piorar a minha pressão.

550 Lopes e Marcon (2009, p. 344).

Ter companhia era importante para controlar a pressão, mas, ao mesmo tempo, ter sossego também era fundamental neste cuidado.

As profissionais do centro de saúde mantinham também dois enunciados. Por um lado, achavam que parentas inoportunas – demandantes e/ou indisponíveis – não podiam continuar coabitando com as pacientes idosas. As equipes sugeriam que a família ideal fosse disponível, eficiente e também sanitizada de conflitos. Muito dessa opinião da equipe do centro de saúde vinha de depoimentos de avós, que, diante de uma pressão teimosa, desabafavam dentro do consultório: “Eu não trabalho fora, sabe. Eu cuido de um filho de seis anos e de dois netos pequenos. Tem dias que eu estou soltando fumaça pelas ventas. Meus filhos falam que eu tenho que aguentar os meninos porque sou vó. Imagina isso!”.

Por outro lado, ouvi também depoimentos como o de dona Aparecida, que, na sala de espera, explicou:

Eu falei para o médico que quando estou, assim, agoniada, com problemas na cabeça, a glicose sobe. Ele disse que eu não deveria morar com meus filhos. Mas eu perguntei por que, se são eles que cuidam de mim? E eu disse que não poderia ficar morando sozinha não, porque é muito ruim morar só, eu já me sinto só quando eles saem, eu fico só, é ruim demais.⁵⁵¹

Algumas profissionais concordavam com dona Aparecida. Achavam que na Guariroba havia muitas idosas e muitos idosos que se beneficiariam de companhia. Chamavam-nas de “idosas abandonadas”. Uma assistente social, que especialmente vocalizava essa percepção, disse: “É mais difícil controlar [a pressão] quando não tem outra pessoa para ajudar a cuidar. O controle por parte do paciente fica comprometido”. Por isso, foi comum ouvir a equipe sugerir que as idosas viessem às consultas do Hiperdia acompanhadas de suas cuidadoras. A expectativa, claro, era que a acompanhante se tornasse uma multiplicadora da teoria da cadeira e, a meu ver numa escala mais problemática como mostrei no capítulo 5, uma agente da “sociedade de controle”.

Convertidas como tais agentes multiplicadoras, uma vez dentro das casas, as cuidadoras me explicaram como seu trabalho poderia ser penoso. Dona Milena nos contou do esposo, seu Jonas, que pelejava com a pressão e um AVC fazia anos: “O difícil é a comida. O Jonas quer comer tudo. Gosta de comer, quer comer muito. Ele vai na cozinha, se tiver um pacote de biscoito em cima da mesa, ele não come um ou outro. Ele come o pacote inteiro. E não pode!”. No ato de cuidar, perdiam, como Molinier anteriormente sugeriu, seus “privilégios discursivos”, quando a voz de autoridade não conseguia prevalecer para que algo não fosse comido ou para que o remédio fosse consumido à risca. A dedicação ao cuidado e, sobretudo, a evitação do descuido exigia que essas mulheres danadas assumissem novos compromissos,

⁵⁵¹ Diário de campo de Natália Bezerra.

muitos turnos de trabalho produtivo e reprodutivo, dentro e fora de casa. Dona Milena, por exemplo, além de dona de casa, teve que se responsabilizar também pela rotina bancária, negociações com o plano de saúde, trâmites da burocracia previdenciária, tarefas que tinham sido, até então, exclusivamente do marido. Foi comum, portanto, que o cuidado familiar também se apresentasse como fonte de “perda de liberdade”, de “alterações em sua rotina, tais como a desistência das atividades empregatícias, modificações na alimentação e nas atividades de lazer”.⁵⁵² Repercussões negativas do cuidado também eram notadas sobre a saúde das cuidadoras. Uma senhora que conheci no centro de saúde creditava seu problema de pressão à “alimentação desregrada”, ao fato de ter herdado esse “gene ruim” do pai, mas, principalmente, pela “preocupação de ter cuidado desse pai doente” por tanto tempo no final de sua vida. Muitas tomavam anti-hipertensivos e psicotrópicos e também ingressavam nas filas para entrar no grupo do Hiperdia. Como desabafou o antropólogo Kleinman, que vem cuidando faz anos de sua esposa com Alzheimer e tem aproveitado para refletir sobre essa experiência:

Cuidar não é fácil. Consome tempo, energia e recursos financeiros. Drena a força e a determinação. Transforma questões simples de eficácia e esperança em grandes pontos de interrogação. Pode amplificar a angústia e o desespero. Pode dividir o self. Pode ressaltar conflitos familiares. Pode separar aqueles que cuidam daqueles que não podem ou não vão lidar com isso. É muito difícil. É também muito mais *complexo, incerto e ilimitado* do que os modelos profissionais da Medicina e da Enfermagem sugerem.⁵⁵³

Por isso, a importância em não mitificar ou eufemizar o cuidado, como lembra Molinier:

Não afirmo que as cuidadoras amam os doentes, nem que seja preciso “amar os doentes” para realizar “um bom trabalho de cuidado”. Frequentemente insisti em dizer que o cuidado é, em primeiro lugar, um trabalho, que depois *gera afetos bastante ambíguos ou ambivalentes*.⁵⁵⁴

Assim, algumas cuidadoras adoeciam, outras desaceleravam seus ímpetos de cuidado e umas poucas repassavam adiante tais tarefas ou simplesmente se afastavam da cena, mudando de casa ou “devolvendo” o adoecido para outra parenta. Essa pos-

⁵⁵² Lopes e Marcon (2009, p. 346).

⁵⁵³ Kleinman (2009, p. 293, grifos meus).

⁵⁵⁴ Molinier (2014, p. 22, grifos meus).

tura ambígua creditava a pressão descompensada ora à companhia, ora à falta de companhia; ora à adoecida, ora à cuidadora. Assim, equipes e suas pacientes reconheciam que a pressão era um tipo de sofrimento vivido, de um modo ou de outro, **coletiva e relacionalmente**. O trabalho cotidiano, meticuloso e continuado com a doença comprida envolvia o trabalho de familiares, cônjuges e vizinhas, poderia ser exaustivo e, com facilidade, poderia colocar a cuidadora em posição de impaciência, irritação ou raiva. Por isso, avento, havia uma linha tão tênue entre “cuidar” e “descuidar” e tanta vigilância pública sobre esta fronteira. Transitando eventual e perigosamente pelo descuidar, “cuidar” era, acima de tudo, “pelejar”.

5.3 A velhice vivida em grupos: ginástica, clubes das avós, igreja e forró

Sempre via mulheres e alguns homens transitarem dentro do centro de saúde com um mesmo uniforme da cor amarela. Só depois de algum tempo de pesquisa segui essas pessoas até a parte posterior do prédio. Todos os dias, cerca de 30 pessoas, em sua grande maioria senhoras, se reuniam por quase uma hora para fazer exercícios físicos ao som de música pop, baiana ou forró. Ginástica, dança, musculação com pesos, massagem e práticas corporais orientais (*lian gong*) eram oferecidas, em dias alternados, por duas professoras. O público chegava logo depois das 7 horas da manhã, com a camiseta que dizia “Ginástica nas quadras”, uma atividade que já acontecia por quase duas décadas naquele centro de saúde e estava inserida num programa mais antigo do GDE.⁵⁵⁵ Depois, descobri que meia dúzia de lugares ali no bairro oferecia atividades físicas de modo gratuito, como caminhadas coletivas, aparelhos de ginástica ao ar livre, hidroginástica. Mas muitas pessoas preferiam frequentar lugares onde encontrassem suas amigas de tanto tempo, ali naquele espaço quase invisibilizado do centro de saúde, o grupo da ginástica ou da “física”, como diziam.

Como descrito mais extensamente alhures,⁵⁵⁶ o clima nesse grupo do postinho era muito amistoso e informal. O humor, principalmente, orientava a relação entre a maior parte das pessoas, inclusive com as professoras e conosco, pesquisadoras. Quando uma aula esteve puxada, ouvi uma senhora falar de modo jocoso: “Hoje ele está parecendo um general. Deve estar lembrando do tempo que era do Exército. Hein, professor, o senhor era coronel, era o quê?”. Quando outra senhora abraçou o professor ao final de uma das aulas, num claro gesto de gratidão, ele disparou, referindo-se a uma excursão que fariam em poucos dias: “Olha, a minha mulher vai conosco na viagem, hein? Ela é muito ciumenta. Você larga do meu pé!”. O riso coletivo seguia todas essas intervenções, sempre ditas em voz alta, direcionadas ao grupo como um todo. Rir aliviava as dores, iniciadas ali ou trazidas de casa, descontraía e aproximava as pessoas. À medida que fui sendo aceita para participar do

555 Cris e Figueiredo (2010, p. 6-7).

556 Fleischer e Batista (2015).

grupo, fazendo exercícios e também conversando com suas participantes, também virei alvo de chacota. Corrigiam meus movimentos, faziam graça de minha falta de coordenação, denunciavam meus atrasos no começo do dia. Os operadores do metrô, que passava a alguns metros dali, tinham por costume buzinar para o grupo, que retribuía abanando os braços e assoviando. A atmosfera era expansiva e alegre, envolvendo todas que por ali passassem. Começavam o dia de modo leve, voltavam para casa fortalecidas para os desafios de cuidar e ser cuidada, de fechar a boca ou separar as panelas. Ali, muitas mulheres aprendiam novas dicas de cuidado com os problemas de saúde e iam ficando cada vez mais danadas.

Depois de certas aulas, organizavam festinhas de aniversário, Natal ou para o Dia das Mães, dos avós, da hipertensão etc., nos quais eu via exatamente os acepipes carregados no açúcar e na manteiga, proibidos pelas equipes. As funcionárias do centro de saúde por vezes eram convidadas e algumas compareciam. Era um dos únicos espaços em que equipes e usuárias conviviam sem que fosse um encontro clínico ou burocrático. Com o grupo, as participantes também tinham a oportunidade de passear, deixar um pouco as obrigações domésticas e as relações familiares, por vezes conflituosas e tensas. Eram organizadas excursões até parques, clubes e exposições da capital. Para muitas daquelas mulheres, foi nessas ocasiões que conheceram, pela primeira vez, o Plano Piloto e seus monumentos da República (que muitos de seus maridos haviam ajudado a construir em décadas anteriores). Nesses momentos em que intimidade era construída, os hábitos de comida e medicamentos, por exemplo, poderiam ser observados pelas colegas. Numa dessas viagens, uma senhora comentou sobre outra: “Ela sabe que tem diabetes e não pode. Mas ela come um pão cheio de margarina ou o bolo mais cheio de chocolate”.⁵⁵⁷ Parecia vigilância, mas também preocupação pela saúde uma da outra.

A maior parte das pessoas se cumprimentava pelo nome pessoal, poderiam até ser vizinhas de quadra ou integrantes do mesmo grupo da pressão. Mas era ali que tinham gosto e tempo para estreitar a relação, vir e voltar caminhando para casa, sentir-se menos e menos desacompanhadas ou sozinhas. Do grupo, surgiam amizades, fofocas e apoio para quando alguém adoecesse ou enfrentasse falta de dinheiro ou descontrole da pressão. Algumas contaram que, depois de terem se conhecido ali na “física”, o laço extravasou e passaram a frequentar a casa ou a igreja uma da outra, ser convidadas para festas, ir dançar forró aos sábados.

Além de sociabilidade, afeto e trocas, também me contaram dos efeitos desse grupo (e, imagino, também de outros) sobre sua saúde e bem-estar. Uma merendeira aposentada sentia menos dores na coluna. Outra senhora, havia anos no grupo, percebia as pernas menos pesadas e mais lépidas. Várias senhoras disseram ir muito menos à médica e ao posto de saúde desde que começaram a se exercitar. Um senhor logo deixou suas muletas e vinha se locomovendo muito melhor. Uma senhora, que comparecia nos cinco dias da semana, contou-nos que “melhorou muito” – queria

557 Diário de campo de Monique Batista.

dizer que sua pressão abaixara significativamente. Até conseguiu emagrecer e ainda diminuiu os remédios: “Parei de tomar a Tia Zilda, que é um diurético, agora só tomo Captopril⁵⁵⁸”. Eu desconfiava que, conforme apresentei no capítulo 5, chegando com medições mais normalizadas no consultório, essa senhora tivesse sido presenteada pela médica com uma receita mais enxuta. Outra senhora disse que os remédios controlados que tomava lhe faziam muito mal e que, “depois de entrar no grupo, parou de tomá-los. Agora, para acalmar, um chazinho já é o suficiente”.⁵⁵⁹ Logo que cheguei ao grupo, uma das professoras me explicou que “o exercício dilata as veias, faz o sangue correr melhor e a pressão abaixa”. Era uma apologia a formas não bioquímicas de cuidado da pressão. Aos poucos, uma perna da teoria da cadeira, o exercício físico, ia substituindo outra, os medicamentos. E, para muitos, esse quadro de maior bem-estar abria até a possibilidade de relaxar, um pouco que fosse, na terceira e mais árdua perna, a alimentação. Parecia que a teoria da cadeira era compreendida como um leque de tarefas, do qual a pessoa poderia escolher aquelas com as quais melhor se adaptasse, não necessariamente de modo simultâneo.

Ali fora, ao que parece, essas pessoas iam se desmedicalizando, precisando cada vez menos da parte de dentro da instituição, tanto em termos de medicamentos como também em termos de construção do conhecimento competente. Bom lembrar que muitas pessoas não estavam ali na ginástica só por indicação médica, pois sequer tinham diagnósticos compridos. Vinham pelas amizades, pelo apreço à professora, para escapar dos grilhões domésticos, porque davam valor ao exercício físico. Viam tantos benefícios, ao que parece, que várias vezes ouvi sobre convites que dirigiam a vizinhas, parentas e amigas para que também se juntassem ao grupo. Se estivessem com a pressão mais controlada e podendo voltar a comer “com sabor” ou se fossem vistas caminhando mais bem-dispostas pela rua, talvez até conseguissem convencer novas adeptas para a física. Como Picelli e Diaz-Bermudez sugerem, uma das contribuições bastante notáveis das interações grupais é a construção de “espaços educativos” em que “dinâmica pedagógica envolve narrativas e exemplaridades”.⁵⁵⁹

Havia também outros grupos que eram frequentados ali no bairro. Dona Mônica, por exemplo, aos sábados estava no “clube das avós”. Fazia exercícios “para a perna e para a mente”, contou. Tomava café da manhã, tinha a diabetes, a pressão e o colesterol aferidos, aprendia sobre higiene bucal. Até exercícios para a memória eram realizados, segundo ela. Era um projeto, mantido por professoras da UnB, para a comunidade da terceira idade da Ceilândia. Também as dezenas de igrejas católicas, pentecostais e de matriz africana eram espaços com muito trânsito.⁵⁶⁰ Dona Ivete acreditava que só melhorou da “depressão emocional” quando começou a frequentar a igreja adventista em Taguatinga, cidade onde primeiro morou ao chegar ao DF. Explicou: “Os médicos me passavam vários remédios, mas eu fui conhecendo umas

558 *Idem*.

559 Picelli e Diaz-Bermudez (2014, p. 504).

560 Tavares e Silva (2013).

irmãs e fui me alegrando. Foi isso que me ajudou mesmo. É com os irmãos orando pela gente, orando e orando que eu sarei. Eu vivia tonta, só vendo. Foi lá que eu encontrei saúde”. Depois, descreveu as atividades que lá realizava: “Eu me sinto bem na igreja, muitas vezes melhor do que em casa. Lá a gente canta, ora, tem os jovens adventistas. Tem muito louvor, muito canto. Tem o trabalho missionário, a gente vai visitar quem está com problema”.

Quando a conheci, dona Ivete visitava aos sábados outros irmãos da igreja que estivessem acamados, como uma vizinha que tinha perdido as pernas por conta da diabetes ou um que sofrera um derrame, ficando com um “lado adormecido”. Esse último “toma remédio controlado, é viúvo, então, mora sozinho. A gente vai lá, faz uma comida, limpa uma sala, lava uma trouxa de roupa. É o bem que a gente está fazendo”. Aqui, um exemplo muito claro de cuidado mútuo, já que dona Ivete se sentia integrada em um grupo que lhe fazia sentido ao mesmo tempo em que o vizinho tinha sua condição um pouco apaziguada. Muitas senhoras mantinham “grupos de oração”, com encontros semanais para rezar (ou orar), lanchar e “botar a vida em dia”. Desses encontros, muitas trocas, fofocas e apoio surgiam.⁵⁶¹

Havia também associações de idosas da Guariroba. Ofereciam atividades de ginástica, alfabetização, distribuição de alimentos e lanches, festivas tardes com dominó, carreado e forró. A presidente de uma associação me confidenciou que o público só passou a aparecer mesmo quando finalmente contratou uma banda para tocar ao vivo. Ali pude desafiar com toda força as ideias de velha doente, desanimada ou apática, das quais por tantas vezes as equipes de saúde tentavam me convencer (capítulo 5). O forró era um espaço de atividade física, reencontros e, acima de tudo, coquetismo e paquera. O clima era quase erótico, de muita proximidade física e emocional entre senhoras e senhores, viúvos, casados ou separados. As tardes de sábado eram revigorantes. Fui apresentada a um casal que ali se conhecera e estava casado havia anos. Uma senhora, quando finalmente sentou-se um pouco para descansar, me contou que quando ali começou a frequentar, pesava 80 kg e agora tinha baixado para 60 kg, “emagrecer dançando é bem mais divertido”, concluiu. Uma senhora na casa dos 60 anos disse: “Sou muito ativa, bebo duas latinhas de cerveja no final de semana com as minhas amigas e vou para o forró, claro. Ando a cidade toda, vou de lá para cá”.⁵⁶² Um senhor me explicou, depois de me contar sobre sua trajetória e do tempo que já frequentava aquela associação de idosos, que “o forró é um santo remédio”.

Imagino que esses outros espaços mantivessem um tom semelhante do grupo de ginástica que conheci no postinho. Muito humor, muita leveza, amizade e solidariedade. Assim, diferente da “idosa abandonada”, que preocupava as equipes de saúde, eu tinha encontrado uma oferta de atividades e coletivos por onde essas senhoras e senhores passavam ao longo da semana, muitas vezes com programações sensíveis

561 Batista (2014).

562 Diário de campo de Ana Clara Damásio.

às suas limitações de alimento, remédio e locomoção, por exemplo. Havia opções de encontros todos os dias, se tivessem disposição, companhia e transporte para lá chegar. Esses grupos diferiam de organizações mais formais, como as associações de adoecidas.⁵⁶³ Nos grupos, as pessoas poderiam até trocar informações sobre remédios da cidade e da roça, sobre boas médicas e farmácias barateiras, num intuito claro de diminuir a peregrinação ao redor da cidade e encontrar os serviços e objetos necessários para baixar ou controlar a pressão. Eram grupos formados por pares, mas não necessariamente partilhavam “alguma situação em comum [nem eram] orientados por uma causa”.⁵⁶⁴ Havia um claro recorte geracional e “uma estrutura pouco burocratizada e pouco hierarquizada”.⁵⁶⁵ Por fim, diferente dos grupos mais estruturados, como o Hiperdia, não visavam “atingir um objetivo [como] promover mudanças na condição experimentada pelos frequentadores”.⁵⁶⁶

Como Picelli e Diaz-Bermudez, que estudaram grupos de ajuda mútua formados por pessoas vivendo com HIV/AIDS em Brasília, também encontrei a sugestão de que o grupo funcionasse “como uma ‘família’, algumas vezes preenchendo o espaço de apoio e acolhimento que as pessoas não encontra[vam] em casa”.⁵⁶⁷ Com a possibilidade de “conviver com iguais, falar a mesma língua”⁵⁶⁸ e encarar o problema de pressão e tantos outros problemas da vida, mesmo sem um caráter muito claro de biossociabilidade. Ao criar ou “reconstru[ir] redes sociais”, esses coletivos poderiam promover vínculos e “neoidentificações que pode[riam] funcionar como contingente de angústias”.⁵⁶⁹ Chamavam-se de grupo, e poderiam “constituir um fator de proteção das pessoas em uma variedade de crises, doenças” e sofrimentos.⁵⁷⁰ Sobretudo, mantinham interesses comuns, e o problema de pressão era um deles, bastante comentado e, mais importante, utilizado para saber do outro, acompanhar sua vida, ajudar quando necessário. Por isso, concordo com Picelli e Diaz-Bermudez, ao afirmarem que participar do grupo – de ginástica, dos avós, da oração, da igreja ou de forró – “representa[ria] uma transformação que vai além do cuidado com a doença”.⁵⁷¹ Mesmo que não institucionalizados e sem a alcunha “da saúde”, acredito que esses grupos se aproximavam muito mais daquilo que o Ministério da Saúde preconizava como “grupo de apoio” do que acontecia nos “grupos do Hiperdia”, que descrevi no capítulo 4. Em suma, esses grupos espalhados ao redor do bairro eram espaços de idosas, onde encontravam uma sensação de conviver com outras pessoas em idades semelhantes, com memórias próximas sobre o Nordeste e a Guariroba e

563 Neves (2014), Lopes (2012), Picelli e Diaz-Bermudez (2014).

564 Picelli e Diaz-Bermudez (2014, p. 499).

565 Id. *ibid.*, p. 499.

566 Id. *ibid.*, p. 499.

567 Id. *ibid.*, p. 502.

568 Id. *ibid.*, p. 502.

569 Souza e Vieta (2004 *apud* PICELLI; DIAZ-BERMUDEZ, 2014, p. 505).

570 Faquínolo et al. (2011, p. 850).

571 Picelli e Diaz-Bermudez (2014, p. 504).

também com problemas semelhantes: de filho, de dinheiro, de marido doente, de caminhar, se alimentar e até de manter a pressão “12 por 8”.

* * *

Cuidar era, portanto, estar atenta para uma série de aspectos que circulavam nesse “mundo da pressão”, como os remédios, cardápios, equipamentos e encontros. Mas era também atentar para as limitações de cada um desses aspectos. Só testando cada novidade que lhes surgia, numa clara abordagem científica e comprometida com o autocuidado, é que sentiam um pouco mais de confiança para adotá-la. Mais do que tudo, tinham notado que controlar a pressão era tarefa dinâmica. Operava-se no gerúndio, sempre suscetível aos imponderáveis cotidianos. Conviver com esse tipo de problema era uma experiência ziguezagueante, sobretudo. Por isso que as categorias de “especial” ou “rebelde”, utilizadas no centro de saúde, pareciam tão apertadas. Dificilmente, alguém com problema de pressão voltaria a ser um “12 por 8”, mas nos bons momentos isso seria possível e poderia se manter como uma meta apenas aproximada. Por certo tempo, conseguiriam manter-se dentro do espectro dos números desejados. Contudo, novos acontecimentos lhes acometeriam, pulavam ou paravam o remédio, evitavam a dieta e, se estivessem se sentido bem, participavam de uma sequência de nababescas festas de família. E a pressão poderia ficar alterada por várias semanas. Se, de fato, sentissem algum mal-estar, procurariam soluções não hospitalares que, na maior parte do tempo, era com o que poderiam realmente contar: fechariam a boca, organizariam as panelas, adaptariam a prescrição. Voltariam à ginástica, marcariam uma tarde de forró, não faltariam ao encontro da oração. Estariam buscando soluções, mas, antes de tudo, visando (re)encontrar pessoas, dentro e fora de casa, com quem pudessem falar do pico de pressão e ouvir sugestões e histórias semelhantes de como lidar com isso. Buscavam **ter sua palavra levada a sério**, e nos grupos, na vizinhança ou nos espaços mais informais das instituições isso era possível.

Essas oscilações da pressão, as pessoas me ensinavam ali na Guariroba, não significavam necessariamente que as pessoas tivessem se descuidado e nem de que eram adoecidas. Continuavam atentas, às vezes preocupadas ou até culpadas, mas sabiam que cumprir a teoria da cadeira não era suficiente para dar conta da peleja da vida ou da pressão. “Ela” demandava um **conjunto** orquestrado de objetos, atores e tarefas, nem sempre acessível unicamente pelo indivíduo. Procurei apresentar diferentes facetas desse conjunto, revelando o que mais centralmente tinham me ensinado: se no capítulo 3 mostrei que a pressão poderia ser uma realidade **provocada** coletivamente, nos capítulos 4, 5 e 6, de modo ainda mais importante, tentei mostrar que ela também poderia tentar ser **solucionada** coletivamente em casa, nos serviços e principalmente nos grupos.

