

//

CIÊNCIA, MEDICINA E PERÍCIA NAS TECNOLOGIAS DE GOVERNO

CLAUDIA FONSECA
GLAUCIA MARICATO
LARISSA COSTA DUARTE
LUCAS RIBOLI BESEN
ORGANIZADORES

CIÊNCIA, MEDICINA E PERÍCIA NAS TECNOLOGIAS DE GOVERNO

CLAUDIA FONSECA
GLAUCIA MARICATO
LARISSA COSTA DUARTE
LUCAS RIBOLI BESEN
ORGANIZADORES



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO
GRANDE DO SUL

Reitor

Rui Vicente Oppermann

Vice-Reitora e Pró-Reitora
de Coordenação Acadêmica

Jane Fraga Tutikian

EDITORA DA UFRGS

Diretor

Alex Niche Teixeira

Conselho Editorial

Carlos Pérez Bergmann

Claudia Lima Marques

Jane Fraga Tutikian

José Vicente Tavares dos Santos

Marcelo Antonio Conterato

Maria Helena Weber

Maria Stephanou

Regina Zilberman

Temistocles Cezar

Valquiria Linck Bassani

Alex Niche Teixeira, presidente

Centro de Estudos Internacionais sobre Governo (CEGOV)

Diretor

Pedro Cezar Dutra Fonseca

Vice Diretor

Cláudio José Müller

Conselho Superior CEGOV

Ana Maria Pellini, André Luiz Marengo dos Santos, Ario Zimmermann, José Henrique Paim Fernandes, José Jorge Rodrigues Branco, José Luis Duarte Ribeiro, Paulo Gilberto Fagundes Visentini

Conselho Científico CEGOV

Carlos Schmidt Arturi, Cássio da Silva Calvete, Diogo Joel Demarco, Fabiano Engelmann, Hélio Henkin, Leandro Valiati, Jurema Gorski Brites, Ligia Mori Madeira, Luis Gustavo Mello Grohmann, Marcelo Soares Pimenta, Vanessa Marx

Coordenação Coleção Editorial CEGOV

Cláudio José Muller, Gentil Corazza,
Marco Cepik

// **CEGOV** TRANSFORMANDO A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA //

PORTO ALEGRE
2016

CIÊNCIA, MEDICINA E PERÍCIA NAS TECNOLOGIAS DE GOVERNO

CLAUDIA FONSECA
GLAUCIA MARICATO
LARISSA COSTA DUARTE
LUCAS RIBOLI BESEN
ORGANIZADORES


UFRGS
EDITORA


CEGOV
CENTRO DE ESTUDOS INTERNACIONAIS
SOBRE GOVERNO


CAPES

© dos autores
1ª edição: 2016

Direitos reservados desta edição:
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Coleção CEGOV
Transformando a Administração Pública

Revisão: Rodrigo Duque Estrada

Projeto Gráfico: Joana Oliveira de Oliveira, Liza Bastos
Bischoff, Henrique Pigozzo da Silva

Capa: Liza Bastos Bischoff

Diagramação: Marina de Moraes Alvarez

Impressão: Gráfica UFRGS

Apoio: Reitoria UFRGS e Editora UFRGS

Os materiais publicados na Coleção CEGOV Transformando a Administração Pública são de exclusiva responsabilidade dos autores. É permitida a reprodução parcial e total dos trabalhos, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

C574 Ciência, medicina e perícia nas tecnologias de governo / organizadores Claudia Fonseca ... [et al.]. – Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2016.
172 p. : il. ; 16x23cm

(CEGOV Transformando a Administração Pública)

Inclui figuras e quadros.

Inclui referências.

1. Política. 2. Antropologia. 3. Ciência - Medicina - Perícia - Tecnologias - Governo. I. Fonseca, Claudia. II. Série.

CDU 32

CIP-Brasil. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.
(Jaqueline Trombin – Bibliotecária responsável CRB10/979)

ISBN 978-85-386-0329-0

SUMÁRIO

- APRESENTAÇÃO: CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DE GOVERNO ENTRANDO EM AÇÃO 7
Claudia Fonseca, Glaucia Maricato, Larissa Costa Duarte, Lucas Riboli Besen
- 1 “A MAIOR TAXA DE MUTAÇÃO JÁ REPORTADA”: UMA REFLEXÃO SOBRE MATERIALIDADES, PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO, E HIV/AIDS 15
Larissa Costa Duarte
- 2 DA DEPRESSÃO AO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: APONTAMENTOS SOBRE A PROMOÇÃO PUBLICITÁRIA DO METILFENIDATO (1956-1971) 37
Miguel Hexel Herrera
- 3 NASCIMENTO DOS DADOS: ARTEFATOS E MEDIAÇÕES NAS PRÁTICAS COTIDIANAS DA PRODUÇÃO DA POPULAÇÃO EM PORTO ALEGRE, BRASIL. 61
Vitor Simonis Richter
- 4 UMA TECNOLOGIA (DE GOVERNO) E SUAS MÚLTIPLAS CONTROVÉRSIAS: MORALIDADES E CONFLITOS EM TORNO DA PERÍCIA MÉDICA DO INSS 87
Liziane Gonçalves de Matos
- 5 SEGUINDO ATORES, AMPLIANDO REDES: A (RE)PRODUÇÃO DOS LAUDOS PERICIAIS E A CONSTRUÇÃO DE PROBLEMAS DE SEGURANÇA PÚBLICA A PARTIR DO CASO DAS DESIGNER DRUGS 109
Lucas Riboli Besen

6	O BANCO DE DADOS GENÉTICOS NO BRASIL: OS DESAFIOS OPERACIONAIS E LEGAIS DE UM PROCESSO DE MODERNIZAÇÃO <i>Filipe Santos, Susana Costa, Vitor Richter</i>	130
7	(CRIO)PRESERVAR A VIDA: SIGNIFICADOS DE FAMÍLIA, PARENTALIDADE E RESPONSABILIDADE <i>Sara Matos, Helena Machado, Rafaela Granja</i>	151

APRESENTAÇÃO

CLAUDIA FONSECA

é professora no Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Seus interesses de pesquisa incluem parentesco, gênero, ciência e direito, com ênfase particular nos temas de direitos humanos e tecnologias de governo. É autora de Parentesco, tecnologia e lei na era do DNA e co-organizadora das coletâneas Ciências na Vida; Ciência, identificação e tecnologias de governo; Antropologia da ciência e da tecnologia: dobras reflexivas.

GLAUCIA MARICATO

é bacharel em Ciências Sociais (2012), Mestre em Antropologia Social (2014) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Seus interesses de pesquisa incluem ciência e intervenção estatal, direitos humanos, gênero e sexualidade, ontologias políticas e processos reparatórios. Atualmente vem desenvolvendo pesquisa sobre a constituição de saberes científicos em torno da lepra e da hanseníase.

LARISSA COSTA DUARTE

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de Brasília (2011) e mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2014). Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia das Relações de Gênero e Antropologia do Corpo e Saúde.

LUCAS RIBOLI BESEN

é bacharel em Ciências Sociais (2011) e Mestre em Antropologia Social (2014) e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS). Seus trabalhos incluem pesquisas na área de Antropologia do Direito, de Relações de Gênero e Sexualidade (com ênfase na subárea dos Estudos sobre Homoafetividade e Cisgeneridade) e de Estudos Sociais da Ciência (com ênfase em Estudos sobre Perícia Forense).

I. INTRODUÇÃO

A antropologia vem tendo um papel central no questionamento do suposto caráter objetivo e apolítico dos saberes científicos ao sublinhar o contexto socio-cultural e histórico da constituição de toda teoria científica. A partir de diferentes universos de pesquisa, antropólogos têm buscado demonstrar a forma como ciência e política são compostas, justapostas e produzidas no trabalho cotidiano de agentes sociais. Na esteira do que apontou Donna Haraway (1995), destaca-se que não existiria o olhar “da ciência”, mas, sim, o olhar dos cientistas - sempre localizado num espaço (que não é apenas geográfico, mas temporal, cultural, marcado por diferenças sociais, etc.). Parte-se, portanto, da premissa de que ciência e intervenções se constituem mutuamente e a partir de contextos específicos. Seguindo nessa linha, essa coletânea explora como determinados saberes são constituídos e

legitimados, como tecnologias de governo entram em ação - e, através das práticas dos agentes sociais, são (re)formuladas - e a maneira como através de tais dispositivos são produzidas novas categorias de análise, marcadores sociais, populações e subjetividades (FONSECA; MACHADO, 2015).

Em termos concretos, esse volume lida com os produtos da ciência que povoam nossas vidas cotidianas (FONSECA; ROHDEN; MACHADO, 2012). Trata-se de produtos cuja rica complexidade é muitas vezes ofuscada atrás da banalidade de seu uso. Assimilamos esses objetos às rotinas do dia-a-dia tomando-os como auto-evidentes. Ou, quando paramos para refletir, nos sentimos “leigos”, paralisados pelo que parece ser os mistérios impenetráveis do mundo tecnológico. Tendemos a relegar os produtos da ciência e tecnologia ao reino do “técnico” – aquilo que normalmente não nos interessa ou, quando interessa, é visto como alguém de nossa capacidade de compreender ou fora de nosso alcance político para influenciar.

Os pesquisadores desse volume enfrentam precisamente esse desafio de abrir as “caixas pretas” que nos circundam, isto é, de transformar coisas aparentemente objetivas, estáveis e consensuais em objetos com vida e, portanto, com histórias singulares, zonas opacas, deslocamentos nem sempre previsíveis e efeitos incertos. Fazem isso, por exemplo, com as ciências de governo investidas em atos burocráticos rotineiros que acompanham o parto hospitalar, ou com a perícia médica capaz de classificar pessoas como “incapacitadas para o trabalho”. Fazem isso com produtos farmacêuticos desenvolvidos para aprimorar certo estilo de vida. Mas também interrogam fenômenos que se manifestam em circunstâncias mais dramáticas – diante de uma doença mortal, por exemplo, ou diante da ansiedade parental que um filho venha a precisar de um transplante de órgão. Nem o domínio de segurança pública escapa da mira analítica. Indaga-se sobre os procedimentos que determinam como certa substância química apreendida em circunstâncias suspeitas cai ou não na categoria de “droga ilícita”. Exploram-se as maneiras em que uma tecnologia global, tal como os bancos de perfis genéticos, orientados para o combate ao crime e terrorismo, se manifesta em formas muito distintas conforme a região do globo.

Em cada caso, o pesquisador coloca no centro da análise objetos específicos – documentos, micro-organismos, substância químicas, “bio-objetos” – cuja materialidade pode ser palpada, rastreada, registrada e analisada. Porém, também se torna evidente que essa materialidade só existe em virtude de uma série de relações, moralidades e disputas, segundo uma lógica do lugar e do momento. Pela cuidadosa descrição do trabalho investido em versões concretas desses objetos, consolida-se a hipótese de que os produtos científicos e tecnológicos, longe de serem “meramente” técnicos – resposta automática e inevitável a determinado problema –, são resultado de um enorme investimento moral, metafísico, político e simbólico. Recorrendo a uma noção popularizada pela antropóloga indiana/ameri-

cana Sheila Jasanoff (2004), podemos dizer que os capítulos desse livro convergem para uma demonstração de que a ciência e a sociedade são “co-produzidas”. Isto é, nossa maneira de conhecer e representar o mundo é inseparável de nossos julgamentos e escolhas sobre como viver nele.

Dado que as discussões levantadas aqui não têm o propósito de pôr em dúvida a acuidade ou a legitimidade dos saberes biomédicos e tecnocientíficos, restamos o debate sobre os mecanismos através dos quais estes se produzem enquanto verdade absoluta sobre o mundo e os corpos. Ao longo dos capítulos, apresentados brevemente a seguir, veremos como os diferentes autores, a partir de universos etnográficos distintos, refletem sobre formas particulares de saberes, regimes de verdade e práticas de intervenção – elementos inerentes às tecnologias de governo (RABINOW; ROSE, 2006). E terminamos com uma breve indagação sobre a maneira em que novas perspectivas dessa interseção entre ciência e governo podem suscitar novos posicionamentos éticos.

2. OS FAZERES CIENTÍFICOS

Os dois primeiros capítulos desta coletânea abordam a forma como a associação de elementos heterogêneos – incluindo ora produtos farmacêuticos e micro-organismos, ora laboratórios, artigos científicos e propagandas publicitárias – produz materialidades que, embora com contornos provisórios, têm efeitos concretos. O artigo de Larissa Costa Duarte toma a história dos debates sobre o vírus HIV como referência para traçar paralelos entre as maneiras como os saberes biomédicos e as ciências sociais produzem conhecimento. A autora se propõe a refletir sobre como o “poder das estruturas que já existem” (OUDSHOORN, 1994) – a história, as convenções, os paradigmas vigentes – direcionam as produções científicas, colocando diante dos pesquisadores de ambas as áreas o desafio constante de re-imaginar suas próprias teorias e ferramentas. O interessante aqui é justamente a natureza irrequieta do fenômeno em foco que parece carecer de solidez – tanto em termos biológicos como culturais.

Miguel Hexel Herrera explora, por sua vez, o tema da medicalização de condições psicológicas – depressão, hiperatividade – que não são necessariamente atribuídas a um agente externo ao corpo. Ao analisar uma série de peças publicitárias produzidas ao longo das primeiras décadas do fármaco Cloridrato de Metilfenidato (mais conhecido pelo nome comercial Ritalina), nos sugere maneiras em que um medicamento – ou princípio ativo – pode ser deslocado por diferentes doenças, diagnósticos e distúrbios.

Se Duarte nos lembra que entre o material e o simbólico há muito mais tráfego de dados do que normalmente imaginado, Herrera nos alerta quanto à nossa própria percepção de doenças que se remete persistentemente à divisão entre mente e corpo.

Se, nos capítulos anteriores, nos deparamos com abordagens interessadas na produção e efeitos globais de determinados conhecimentos e tecnologias, os autores da segunda seção, “O fazer científico e a produção do Estado”, nos levam para o cotidiano de tecnologias de governo no contexto brasileiro, com seus conflitos e moralidades particulares. Aqui, as etnografias partem da observação ascendente do poder e dos seus mecanismos para explorar os efeitos infinitesimais sobre o fazer do Estado (FOUCAULT, 1979).

Ao centrar suas atenções na Declaração de Nascido Vivo (DNV), Vitor Richter explora a maneira como novas versões de certos documentos estatais de registro civil têm sido usadas desde o início dos anos 1990 enquanto uma tecnologia de legibilidade de corpos e pessoas. Nesse capítulo, focado nas atividades realizadas pela Equipe de Eventos Vitais no estado do Rio Grande do Sul, um simples formulário (a Declaração de Nascido Vivo) permite ao analista apreciar os desafios enfrentados pelos agentes públicos para produzir dados estatísticos que retratam uma versão consensual da realidade.

Já no artigo de Liziane Gonçalves de Matos, somos levados a refletir sobre as diversas moralidades em ação a partir dos meandros do sistema de seguridade social brasileiro. Gonçalves nos descreve a intrincada trama de relações envolvidas na previdência social na cidade de Porto Alegre, apontando para o “contexto de desconfiança” em que os diversos agentes (do INSS, da Defensoria Pública da União e aqueles que buscam o acesso aos benefícios) compõem o cenário de acesso à cidadania e ao “mundo dos direitos”. Nesses jogos de legitimação e legibilidade dos corpos (in)capazes, emerge um regime de verdade de suspeita mútua que torna frágil qualquer processo unificado de produção de categorias e de definição de doenças.

No terceiro artigo dessa seção, Lucas Riboli Besen introduz sua reflexão sobre os procedimentos periciais realizados no laboratório de Química Forense da Polícia Federal gaúcha discutindo os ardis metodológicos de estudos etnográficos de categorias profissionais poderosas (“campos *up*”). Em função da delicada natureza dos laudos periciais em questão – devendo desembocar na classificação de substâncias químicas enquanto “legais” ou “ilegais” – há um jogo de revelação e silêncio que preenche as entrelinhas desta etnografia. Porém, apoiado em notícias públicas sobre *designer drugs*, o autor consegue explorar as formas de ordenamento dos diferentes atores envolvidos na avaliação pericial – peritos forenses, Portarias da ANVISA, programas televisados como *Fantástico*, entre

outros. Assim, logra na sua proposta de mostrar como as ontologias políticas em pauta (MOL, 2008) se constituem em razão de certa *accountability* e defesa de uma visão específica de mundo.

Seja na produção dos dados sobre operações obstétricas, da classificação de (in)capacidade, invalidez e deficiência, ou do veredito sobre substâncias químicas ilícitas, observa-se a maneira em que esses fazeres científicos, acionados para responder às demandas administrativas de governo, servem a complexificar a própria racionalidade do Estado.

Em “*O fazer científico e a produção de biocidadania*”, O último conjunto de capítulos se debruça sobre o emergente campo dos “bancos” tornados possíveis pelas novas tecnologias – bancos de dados e banco de biomaterial. Surgidos em diferentes áreas de conhecimento, esses bancos refletem a crescente popularização de debates científicos na formulação de problemas políticos e sociais de relevância mundial. A partir dessas relações, os bancos acabam por se tornar ferramentas potenciais para o aprimoramento de tecnologias de identificação, como provas científicas em processos criminais, e biotecnologias de gerenciamento da vida, como a conservação de material genético para posterior uso no tratamento de doenças.

No primeiro artigo dessa seção, Sara Matos, Helena Machado e Rafaela Granja abordam o contexto da criação de empresas privadas de criopreservação do sangue do cordão umbilical em Portugal. A partir da análise da criação dessas empresas e da publicidade por elas promovidas, as autoras analisam a forma como esse objeto biológico é mobilizado numa rede sócio-técnica, atuando na constituição de sentidos de família e parentesco. Ao demonstrar como essas categorias são atualizadas através da experiência dos biobancos, sublinham as consequências quanto à responsabilidade dos pais para a gestão de riscos futuros à saúde dos filhos.

Já no artigo de Filipe Santos, Susana Costa e Vitor Richter somos levados a refletir sobre o contexto do surgimento dos bancos de dados genéticos para fins de persecução criminal, sua crescente consolidação no cenário global e, em específico, os desafios operacionais e legais do advento dessa tecnologia de DNA no caso brasileiro. Pela comparação da experiência portuguesa com a do Brasil, ressalta-se uma série de desigualdades que o escopo de novas leis e regulamentações não é capaz de sanar, assim como as complexas relações produzidas a partir de diferentes localidades e práticas periciais e policiais. Nesses usos da ciência, seja para o combate à violência e a solução de crimes, seja para prevenir e tratar futuras doenças, o que parece estar em jogo são atualizações do que significa ser um (bio)cidadão no âmbito das novas configurações sociotécnicas.

3. ENTRE MÚLTIPLOS AGENTES, QUAL NOSSO LUGAR?

Vemos nesses capítulos como diferentes esperanças e interesses mobilizam uma série de agentes das redes sociotécnicas que interligam ciência e tecnologias de governo. Diversos autores destacam o papel de empresas comerciais no direcionamento dos conhecimentos científicos. Em muitos casos, são elas próprias que desenvolvem pesquisas na procura de produtos que carregam a promessa de um futuro com mais saúde e menos riscos. Por exemplo, a promoção de serviços de criopreservação do cordão umbilical de bebês é calcada na possibilidade de uma série de eventos que não são nada seguros. O argumento sutilmente veiculado nas campanhas publicitárias é que pais responsáveis devem assim garantir o tratamento terapêutico para uma eventual doença de seu filho, caso que um dia a ciência venha a descobrir a cura por via do transplante autólogo de células estaminais. Por outro lado, vemos como a “cura” de determinado problema pode preceder, ou pelo menos se desenvolver junto, com o próprio problema, como no caso do Ritalina que se popularizou junto com a consolidação de saberes médicos diagnosticando disfunções cerebrais leves em crianças.

Políticos e administradores procurando firmar suas posições de poder também contribuem para inflar as promessas exageradas das tecnologias científicas que empregam. Para combater problemas sociais diversos, alegam se apoiar nas mais recentes fórmulas burocráticas e nos mais complexos cálculos estatísticos para demonstrar seu controle sobre o comportamento dos cidadãos. E jornalistas retomam rapidamente o refrão quanto ao potencial salvacionista de tecnologias e ciências “de ponta”. Contudo, diante dos relatos apresentados nesse livro, focando na “ciência em ação” (LATOURET, 2000) – isto é, nos procedimentos trabalhosos dos experts e cientistas –, as curas milagrosas pautadas em fatos e verdades científicos parecem tudo menos sólidas.

Pelo contrário, nessas páginas, os produtos da ciência aparecem com contornos dinâmicos que se redefinem conforme seu lugar dentro de uma constelação sócio-técnica de composição variável. Assim, ao tomar conhecimento da evolução de conhecimentos sobre AIDS, vemos os debates que levam o(s) micro-organismo(s) patogênico(s) a “trafegar” *entre* diferentes nomeações – LAV, HTLV, HIV, SIV (e variedades I, II, III). Nem o lugar de origem, nem o vetor de transmissão, nem mesmo a existência de “uma” doença (versus uma síndrome que agrupa diversas condições sob uma mesma rubrica) aparecem como fatos que param no tempo – sem falar das rápidas mutações dos próprios micro-organismos. Por outro lado, no domínio das ciências de governo, a observação da trajetória de um simples do-

cumento burocrático, cunhado para produzir fatos objetivos sobre os dados vitais da população, nos leva a entender como o produto final é resultado de uma longa série de negociações que envolvem desde pressões da OMS quanto ao “excesso” de cesarianas no país até entendimentos entre enfermeiras, funcionários e pacientes sobre a classificação de “partos anteriores”.

Essa negociação dos “fatos” se torna ainda mais clara na análise das perícias médicas exigidas para que um trabalhador “incapacitado para o trabalho” receba o benefício previdenciário condizente. Como constituir a prova inabalável do “fato” dessa incapacidade? Vemos na análise de Matos (esse volume) como essa negociação não só evolui em função de novas leis e a criação de novas categorias de expertise, mas também é constantemente reatualizada em cenas diárias onde confrontam-se testemunhas orais, corpos, laudos e outros documentos escritos de proveniência diversa num clima de desconfiança. Diante de tal cenário, não é surpreendente que muitas das pessoas que, na prática, têm que lidar com as consequências tudo menos previsíveis de determinadas intervenções tecnológicas nos seus corpos e nas suas vidas se mostram céticas diante da solidez dos fatos objetivos da ciência.

Contudo – e talvez seja essa a maior contribuição das reflexões apresentadas aqui –, justamente porque não se garante nunca que os conhecimentos científicos possam trazer a resposta “certa” a nossas ansiedades corporais, políticos, ou morais, somos obrigados, enquanto cidadãos, a assumir responsabilidade pelo rumo que as ciências tomam. A partir dos muitos questionamentos apresentados ao longo dos capítulos nesse volume surge a pergunta: onde e como nós – pesquisadores, especialistas ou “leigos” – vamos nos situar dentro da vasta rede de atores que gera e gere os produtos de ciências e tecnologias que povoam nossas existências? É um desafio colocado explicitamente pelos colegas dos últimos capítulos, ao ponderar a possível regulamentação dos bancos privados de criopreservação no Portugal ou a introdução dos bancos de perfis genéticos no Brasil. Mas todos os capítulos convergem para uma problematização semelhante. Ao insistir na concretude de cada situação – as particulares circunstâncias no tempo e no espaço – os autores deixam claro que os numerosos tratados transnacionais (de harmonização, por exemplo) farão pouco para sanar nossas dúvidas. Permanecemos, então, com o desafio de aproveitar as perguntas não respondidas para avançar na reflexão sobre a ética e formas consequentes de atuação face aos fenômenos da ciência e tecnologia inevitavelmente embrenhados nos nossos projetos para o bem-viver na sociedade contemporânea.

REFERÊNCIAS

FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabiola; MACHADO, Paula S. (orgs.). **Ciências na Vida: Antropologia da ciência em perspectiva**. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2012.

FONSECA, Claudia; MACHADO, Helena. **Ciência identificação e tecnologias de governo**. Porto Alegre: CECOG/UFRGS, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. RJ, Edições Graal, (11ª impressão), p. 277-293, 1979.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu** (5), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, pp.7-41, 1995.

LATOUR, Bruno. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. **Reagregando o Social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede**. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc, 2012.

MOL, Annemarie. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (org.) **Objectos impuros: Experiências em estudos sociais da ciência**. pp. 63-77. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the natural body: an archeology of sex hormones**. London: Routledge, 1994.

RABINOW, Paul e ROSE, Nikolas. "O Conceito de Biopoder Hoje". **Política & Trabalho - Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 24, p. 27-57, abr./2006.

JASANOFF, Sheila. **States of knowledge: the co-production of science and social order**. New York: Routledge, 2004.



“A MAIOR TAXA DE MUTAÇÃO
JÁ REPORTADA”:
UMA REFLEXÃO SOBRE MA-
TERIALIDADES, PRODUÇÃO
DE CONHECIMENTO, E HIV/
AIDS

LARISSA COSTA DUARTE

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de Brasília (2011) e mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2014). Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia das Relações de Gênero e Antropologia do Corpo e Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo de 35 anos, muito já se falou sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) – frequentemente ao ponto da impressão de que tudo que era possível, já foi, de fato, dito sobre a mesma. Ainda assim, a enorme quantidade de artigos publicados sobre o assunto todos os anos sugere que o tema está longe de ser esgotado, e não fosse este o caso, o presente texto não teria qualquer razão para ser produzido. A favor do argumento de que novas produções permanecem necessárias, tem-se o fato de que a AIDS é um evento biomédico cujas idiosincrasias vão desde sua emergência súbita, até seus contornos epidêmicos e patogenicidade únicos. Em meio a muitas particularidades, destaca-se uma falta de “solidez”, tanto no que concerne seus aspectos culturais, como biológicos; algo como uma incapacidade intrínseca desta síndrome e deste vírus de permanecerem “os mesmos”, tanto diacrônica como sincronicamente.

Já no início da década de 1990, por exemplo, Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter (1993) sugeriam que o que se entendia naquele momento por uma pandemia de HIV/AIDS era, na verdade, uma interpretação macro de um grande número de epidemias simultâneas – e muito específicas de um ponto de vista biomédico – avançando sobre variados segmentos da sociedade em localidades, por sua vez, também muito diversas. Deste modo, as múltiplas manifestações do HIV/AIDS acabaram por se tornar objetos de estudo absolutamente singulares não apenas através do tempo, mas também do espaço. A síndrome experimentada por homossexuais na década de 1980, por exemplo, é distinta da que se manifesta hoje dentro da mesma população, que por sua vez é distinta daquela que assola determinadas regiões do continente africano, daquela que atinge a América do Sul, daquela que é uma das principais causas de mortalidade de jovens negras nos Estados Unidos, ou de mulheres de meia-idade no Brasil.

É certo que esta propriedade de transformação perene é apenas esperada quando tratamos de um evento enredado em cada mínimo aspecto da cultura das sociedades contemporâneas cuja marca, como há muito se debate na teoria cultural, é mesmo esta instabilidade aparente. No entanto, se desviamos a atenção para o domínio da medicina e da biologia, não podemos negar que o HIV/AIDS se revela enquanto um evento igualmente irresoluto, ainda que analisado a partir do ponto de vista destas redes discursivas cujos objetos nos parecem, por vezes, mais rígidos que aqueles que concernem às ciências humanas.

Sendo assim, as indicações são de que tampouco lidamos, ao nível da “matéria”, com o mesmo vírus de 35 anos atrás, de 10 anos atrás, ou mesmo de ontem. Não lidamos com o mesmo vírus em países diferentes, populações chaves diferentes, entre indivíduos diferentes, ou mesmo em um único hospedeiro. Se

levarmos em conta somente o HIV-1¹, temos conhecimento de pelo menos 4 grupos diferentes, 9 subtipos, e pelo menos 40 formas recombinadas de dois ou mais subtipos circulando no mundo neste exato instante. Com uma taxa de mutação espontânea que é tida como “a mais alta já registrada em uma entidade biológica” (SANJUÁN et al., 2010), o HIV revela características definidoras, modos de detecção, sinais, sintomas, e propriedades de transmissão tão mutáveis quanto qualquer representação que façamos destes. Deste modo, torna-se indispensável observar de forma atenta e descrever densamente as simbologias e definições produzidas no contexto biomédico para que possamos realizar o exercício de pensar a chamada “materialidade” do HIV/AIDS, bem como para pensarmos o material e o real enquanto dimensões tão voláteis quanto os domínios aos quais atribuímos o social e a representação.

Tendo tais questões em mente, dedico-me a refletir no presente artigo sobre os sentidos, implicações e desdobramentos desta aparente instabilidade, refletindo sempre a partir da história de gênese e desenvolvimento² da AIDS e do HIV enquanto fatos científicos. A narrativa feita aqui destes eventos tem por interesse destacar a maneira complexa através da qual a cultura, enquanto informação, é parte de um único fenômeno ao qual faz parte, também, a matéria e tudo o que entendemos por mundo natural. Guiada especialmente pela interpretação de Marsha Rosengarten (2009), busco apontar para o “tráfego” de dados entre, por assim dizer, representação e realidade, e sobre como esta mudança de percepção reverbera na teoria social que pretendemos produzir. Esta autora usa o HIV como metáfora para ilustrar sua teoria do tráfego, sugerindo a existência de um mundo que é repleto de “dados” que trafegam entre a “carne” – o sangue, o corpo, o DNA, os vírus, células, órgãos, e as demais entidades que atribuímos ao domínio da biologia – e a “informação” – o social, político e demais entidades do domínio da cultura (ROSENGARTEN, 2009).

2. PRIMEIROS ANOS: A EMERGÊNCIA DE UMA EPIDEMIA

Ao final do ano de 1980, o imunologista Michael Gottlieb, da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, atentou para a ocorrência de infecções incomuns que levaram dois de seus pacientes a óbito muito rapidamente. Para fins da produção

(1) Atualmente são conhecidos dois tipos: o HIV-1, responsável pela pandemia; e o HIV-2, que se restringe a algumas regiões na África Central

(2) Reaproveitando a terminologia de Ludwik Fleck (2010).

de uma história da epidemia HIV/AIDS, esta ocorrência é frequentemente adotada enquanto “prólogo”. Conquanto seja frequentemente repetida, esta origem é mais apropriadamente descrita enquanto uma convenção conveniente (M’CHAREK, 2010), do que como gênese, uma vez que a epidemia, sabidamente, teve início no mínimo algumas décadas antes deste episódio, como tratarei de esclarecer mais adiante. Tampouco podemos dizer que este foi o primeiro momento em que se reconheceu a existência de uma doença transmissível e provavelmente fatal a que o mundo viria anos mais tarde a chamar pelo famoso acrônimo; mas podemos concordar que este foi provavelmente o primeiro evento a colocar a doença no radar da parte do Ocidente que, então, proclamava a si mesma como “primeiro mundo”.

Tendo realizado estudos de caso junto a aproximadamente cinco indivíduos com quadros clínicos similares, Gottlieb tentou dar sentido à similaridade entre os casos de seus pacientes ao produzir um artigo sobre tais incidentes e submetê-lo ao *New England Journal of Medicine*³ (EPSTEIN, 1996, p. 45). O imunologista não teve sucesso em despertar o interesse da revista naquela ocasião, mas poucas semanas mais tarde, o editor da publicação – motivado pelo aparecimento de relatos médicos que iam naquela mesma direção – encaminhou o estudo de Gottlieb para o *Centers for Disease Control* (CDC) que, em junho de 1981, reportou pela primeira vez que cinco jovens de Los Angeles haviam sido diagnosticados nos últimos meses com *Pneumocystis carini*: um tipo extremamente raro de infecção pneumológica. Segundo o relatório, todos os sujeitos descritos haviam se identificado enquanto “homossexuais praticantes” (CDC, 1981a).

Pouco tempo depois, o CDC (1981b) reportou mais 26 casos de jovens homossexuais diagnosticados com um tipo raro de doença: desta vez, um câncer chamado *Sarcoma de Kaposi* que, até então, só tinha sido visto em pacientes idosos em uma proporção de 1 para 1,5 milhões de pessoas (EPSTEIN, 1996). Logo o surto passou a ser descrito em vários círculos como uma epidemia de “câncer entre homossexuais”, estreitamente relacionado a comportamentos considerados promíscuos. Em tom mais sóbrio – mas nem sempre menos moralizante –, alguns médicos começavam a aventar a hipótese de que a nova doença fosse, na verdade, um combinado de infecções que estavam se instalando mais facilmente em indivíduos homossexuais porque estes estavam tomando parte em “comportamentos arriscados” que comprometeriam o bom funcionamento de seu sistema imunológico.

Em 1982, o *New England Journal* – o mesmo que havia rejeitado os estudos de caso de Gottlieb no ano anterior – tornou-se a segunda fonte mais importante de informações médicas sobre o surto, ficando atrás apenas do CDC. Embora ainda se soubesse muito pouco acerca da etiologia daquela enfermidade, dois aspectos

(3) Uma das publicações médicas de maior prestígio nos Estados Unidos

fundamentais já eram conhecidos àquela altura: 1) todos os pacientes diagnosticados tinham em comum uma contagem notadamente baixa de linfócitos T (um tipo específico de células brancas), o que determinava que a enfermidade era indubitavelmente de natureza imunossupressora; e 2) a síndrome não estava restrita a homossexuais, uma vez que, em 1982, heterossexuais já correspondiam a pelo menos 8% dos casos detectados.

Mesmo na medida em que se revelava progressivamente improvável a associação entre a homossexualidade e a síndrome, a hipótese de que esta devia ser resultado de uma combinação de fatores ligados ao comportamento, estilo de vida e excessos da comunidade gay parecia não encontrar dificuldades em permanecer forte. Em artigos médicos, pesquisadores se referiam a doença usando nomes como “Síndrome Comprometedora Gay”, “Pneumonia *pneumocystis carinii* adquirida em comunidade”, e, o mais popular de todos: GRID (*Gay Related Immunodeficiency Disease*)⁴. O que a maioria dos nomes escolhidos tinha em comum era a ênfase na homossexualidade.

Mesmo tendo este cenário em vista, foi necessário quase um ano para que o CDC finalmente se pronunciasse sobre a definição oficial daquele evento biomédico. A nomeação de uma doença é um acontecimento fundamental porque facilita a promoção e circulação de pesquisas e relatos médicos, e direciona, em grande medida, a produção discursiva acerca da questão. Um passo neste sentido é o que permite, portanto, a existência burocrática de um fenômeno sem a qual não é possível desenvolver intervenções, políticas públicas, ou promover debates no meio científico.

Ao se engajar, portanto, na empreitada delicada e essencial da escolha do nome, a entidade levou em consideração a opinião da comunidade científica e da própria mídia, mas sempre dando preferência a designações mais neutras que distanciassem a comunidade gay do centro do problema e também do estigma de “doentes”. Foi deste modo que, em maio de 1982, a AIDS passou a existir oficialmente, ainda que a quase inteireza de sua etiologia permanecesse uma incógnita. Ainda assim, o nome e a definição da natureza do evento serviriam ao propósito de triagem e fins epidemiológicos em um nível local e global (EPSTEIN, 1996, p.55). No ano seguinte, a síndrome alcançaria o status – que a definiria especialmente enquanto fenômeno cultural – de problema mundial de saúde, ao ser reportada à OMS por pelo menos 33 países em todos os continentes.

(4) Numa tradução livre: doença da imunodeficiência relacionada à homossexualidade.

3. O ESTRANHO CASO DA ETIOLOGIA MULTICAUSAL

Desde a detecção da nova “doença”, que parecia capaz de levar pacientes a óbito de maneira muito rápida, muito se especulou sobre as origens e a etiologia da AIDS. Em um período de quase dois anos, poucos aspectos da síndrome, no entanto, foram efetivamente desvendados. Ao longo da maior parte dos anos iniciais, prevaleceu, entre clínicos e cientistas, a chamada hipótese da sobrecarga imunológica – a teoria multicausal da síndrome que a relacionava a inúmeros comportamentos de risco, como o uso de drogas e sexo com múltiplos parceiros. Mas Epstein chama atenção para o fato de que o sucesso desta suposição surpreende, uma vez que o alicerce sobre o qual a biomedicina contemporânea está erguido é o princípio de “uma doença, uma causa, uma cura” (BRANDT, 1985; EPSTEIN, 1996).

A cultura é frequentemente vista, afinal, apenas como algo que se inscreve *sobre* a matéria, de modo que esta última então teria uma dimensão ontológica que permaneceria sempre intacta – ainda que se reconheça a existência de uma interação entre as duas –, e esta interpretação se reflete na noção da monocausalidade. Como Andrew Abbot (apud EPSTEIN, 1996) bem teoriza, quando a ênfase é colocada sobre a ideia da causa única, a atenção recai muito mais facilmente sobre os triunfos da medicina que sobre seus fracassos. Deste modo, por mais que neste primeiro momento de advento a AIDS tenha sido encarada a partir de uma abordagem multicausal, a primeira alternativa monocausal e de etiologia específica que conseguiu mobilizar uma rede em torno de si, tornou a teoria da sobrecarga imunológica obsoleta.

Neste sentido, é instrumental referenciar diretamente o trabalho de Fleck (2010): segundo este autor, as escolhas epistemológicas são sempre condicionadas cultural e historicamente, de modo que toda hipótese é decorrente de todo um conjunto de condições culturais e materiais que se desenham por séculos antes de culminar em uma explicação específica. Nelly Oudshoorn (1994, p.137) se refere a isso, em sua arqueologia dos hormônios sexuais, como “o poder das estruturas que já existem”, que é justamente o tema que explorarei seguir.

4. SE ANDA COMO UM PATO E GRASNA COMO UM PATO, DEVE SER UM PATO

Embora os primeiros casos de AIDS tenham sido detectados em 1980, foi apenas dois anos mais tarde que infectologistas e epidemiologistas começaram a especular que o progresso da epidemia apontava para uma origem etiológica viral. Esta teoria foi impulsionada pelos primeiros relatos da síndrome em pessoas que receberam transfusão de sangue (indicando que a destruição rápida do sistema imunológico dos pacientes poderia estar relacionada a um patógeno que se locomovia por este meio), bem como pelo aparecimento cada vez mais frequente da infecção em pessoas que não praticavam nenhum dos comportamentos “de risco”, como crianças e recém-nascidos.

Olhando para o desenvolvimento da epidemia retroativamente, parece difícil conceber a demora da interpretação viral em ganhar força, uma vez que todo o conhecimento necessário para que esta hipótese fosse levantada já estava dada quando do advento da epidemia. Mas foi apenas quando o CDC passou a dar indícios sistemáticos de que a AIDS era transmitida por contato sexual e pelo sangue (não estando, portanto, restrita à população homossexual) que diversos cientistas ao redor do mundo aventaram mais ativamente à hipótese de que aquela síndrome deveria ter um patógeno único, e que ele era, muito provavelmente, um retrovírus.

Um vírus pode ser definido enquanto o agente causador de uma doença infecciosa e como um agente submicroscópico, que podem ser interpretados como micro-organismos extremamente simples, ou como moléculas extremamente complexas que se multiplicam exclusivamente em células vivas. Os retrovírus (*Retroviridae*), por sua vez, são um tipo muito específico de organismos que se diferenciam de todos os outros conhecidos e classificados até hoje, por possuírem material genético feito de ácido ribonucléico (RNA), e não de ácido desoxirribonucleico (DNA), mas eles são portadores de uma enzima chamada transcriptase reversa, que é capaz de produzir DNA a partir de RNA, tornando possível que se multipliquem e que seu material genético seja permanentemente incorporado ao da célula hospedeira. Esta família particular de vírus foi classificada, em 1971, pelos pesquisadores Howard Temin (da Universidade de Wisconsin) e David Baltimore (do Instituto de Tecnologia de Massachussets), que também são tidos como os descobridores de seu processo de replicação ímpar – trabalho que lhes rendeu o prêmio Nobel no ano seguinte.

Ao final da mesma década, a equipe norte-americana de Robert Gallo (diretor do *National Cancer Institute's Tumor Cell Biology Laboratory*) e um grupo de pesquisadores japoneses, encabeçados por Kiyoshi Takatsuki, descobriram, simul-

taneamente, que os retrovírus também podiam se replicar em humanos, quando encontraram um patógeno ao qual Gallo chamou de *Human T-cell Leukimia Virus* (HTLV): um vírus com propriedades imunossupressoras e oncogênicas associado, como sugere a nomenclatura, a certos tipos de leucemia. A descoberta lhe garantiu o prêmio Lasker – condecoração mais importante da biomedicina depois do Prêmio Nobel (EPSTEIN, 1996, p. 68).

A proeminência de Gallo no cenário biomédico garantiu que vários pesquisadores perseguissem imediatamente a hipótese da origem retroviral da AIDS – e, mais importante que isso, a hipótese da similitude do novo patógeno com o HTLV. É evidente que as suposições do pesquisador faziam sentido dentro das redes discursivas em que estavam sendo operacionalizadas – a hipótese levantada por ele de que o HTLV e a AIDS deviam estar relacionados era muito coerente, uma vez que já se sabia, de antemão, que o HTLV atacava linfócitos T, que este era transmitido pelo sangue e por sêmen, e que havia muito que se conhecia o fato de que os retrovírus causam imunodeficiência em animais (como no caso da leucemia felina) (EPSTEIN, 1996, p. 68).

Mas Gallo não teve sucesso somente em traduzir esta hipótese para seus pares, ele também contava com uma capacidade extraordinária de promover e centralizar redes em torno de si. Deste modo, quando começou a coletar amostras de sangue de pacientes diagnosticados com AIDS em busca de sinais de infecção por HTLV, ele imediatamente incentivou que pesquisadores de todo os Estados Unidos comessem a fazer a mesma verificação. Indícios de contaminação pelo retrovírus em questão foram, de fato, verificados em alguns pacientes. Ainda assim, é improvável que as estatísticas levantadas tivessem o mesmo impacto se promovidas por um pesquisador menos estabelecido. Sendo assim, muito embora o HTLV tenha sido encontrado em apenas um pequeno número de pessoas, a reputação de Gallo lhe rendeu o apoio da comunidade científica norte-americana. As repetidas publicações na prestigiada revista *Science*, naquele mesmo ano, decretaram de vez a credibilidade da hipótese da origem retroviral da epidemia e de sua provável associação com o HTLV (EPSTEIN, 1996; ENGEL, 2006).

Mas, uma vez que a nenhuma teoria é garantida o benefício da unanimidade, outros cientistas promoviam, simultaneamente, pesquisas em direção expressivamente diferente daquela perseguida pela equipe de Gallo. O mais proeminente destes grupos foi aquele formado na França pelo imunologista Jacques Leibowitch, que também fez suas apostas na hipótese de que o patógeno da AIDS era um retrovírus, mas que, ao contrário de Gallo, não assumiu o pressuposto de que ele seria uma variação do HTLV. Como não possuía a expertise e nem o aparato instrumental material para colocar sua tese à prova, Leibowitch procurou se associar a Luc Montagnier – importante virologista que trabalhava com oncologia viral no Instituto Pasteur.

Sem a pressão de ter o HTLV como legado, a equipe francesa não incorreu na mesma precipitação de buscar indícios da presença daquele vírus nos pacientes com AIDS – antes de tudo, eles se ocuparam em confirmar que a infecção tinha, de fato, uma etiologia viral. Sendo assim, a equipe de Montagnier assumiu que, se um vírus fosse o causador da síndrome, seria mais fácil encontrá-lo em pessoas que estivessem no início do quadro clínico da AIDS – ou seja, pessoas que ainda tivessem uma boa contagem de linfócitos T – uma vez que células vivas são essenciais para a replicação dos vírus. Eles procuraram, então, coletar amostras de sangue e tecido de pacientes que preenchessem esses requisitos, e tiveram sucesso, a partir destes materiais, em fazer pequenas culturas de linfócitos T dos indivíduos infectados. Em pouco tempo, a equipe também foi capaz de observar em laboratório a ocorrência de transcriptase reversa – operação esta que repetiu o mesmo padrão nas várias culturas, acontecendo muito frequentemente no início dos testes e diminuindo em intensidade com a passagem dos dias. Este comportamento parecia confirmar que: 1) o vírus estava matando as células hospedeiras; e 2) ele era, de fato, um retrovírus (EPSTEIN, 1996, p. 70).

Pouco tempo depois de conseguir cultivar as células T de pacientes com AIDS em ambiente controlado, o grupo de Luc Montaigner teve sucesso em detectar a presença de um novo tipo de vírus ao qual chamariam mais tarde de *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) – um patógeno que diferia do HTLV na composição proteica, mas que também atuava por meio do acoplamento às células T. Um ano mais tarde estes mesmos pesquisadores iriam aos Estados Unidos apresentar novos dados e mostrar que o vírus encontrado não era, de modo algum, o HTLV, que não havia indicativos de que eles pertenciam à mesma família, e que nenhum dos pacientes dos quais o material biológico tinha sido analisado demonstraram indícios de contaminação pelos retrovírus de Gallo. Em uma tentativa última de mostrar para Gallo que os dois vírus eram indiscutivelmente diferentes, Montagnier encaminhou uma amostra do LAV para o laboratório da equipe americana (EPSTEIN, 1996).

O que aconteceu em seguida é controverso e especulativo, mas o fato é que, em 1983, Gallo anunciou ter descoberto e isolado o vírus causador da AIDS: o retrovírus que ele batizou HTLV III (EPSTEIN, 1996; ENGEL, 2006). Como Epstein bem sugere, a explicação mais provável é que Gallo tenha simplesmente re-descoberto o vírus LAV sem se dar conta de que a amostra de Montagnier contaminou as culturas de seu laboratório, como é comum que aconteça nestes ambientes – e embora circulem explicações mais sórdidas sobre o acontecimento, novamente, tudo não passa de especulação. Naquele mesmo mês, a Secretária de Saúde do presidente Ronald Reagan, Margaret Heckler, anunciou a “descoberta”, em uma grande coletiva de imprensa, como o primeiro passo em direção à cura da AIDS, e como mais “um milagre adicionado ao longo rol de honra da ciência e medicina americanas” (HECKLER apud EPSTEIN, 1996, p. 72).

Como não poderia deixar de ser, o interesse das ciências biomédicas pelo evento da AIDS cresceu na mesma progressão e direção em que os casos reportados à OMS. A cienciométrica⁵ aponta que a associação da síndrome a um vírus gerou um *boom* de importância científica e de publicações médicas nos primeiros anos da epidemia⁶. Mas, muito mais do que um aumento no interesse impulsionado pelos fatores previamente mencionados, há motivos para crer que a associação de Gallo e do HTLV (I e posteriormente o III) com a síndrome transformaram significativamente a maneira como a AIDS passou a ser abordada nestes círculos. Enquanto em 1983, por exemplo, 1/4 dos artigos médicos publicados tratava da investigação da etiologia da síndrome, em 1986 este tópico foi matéria de apenas 5% das publicações. No mesmo período, os estudos sobre o patógeno causador da síndrome (sob suas diversas nomenclaturas) passaram de 5%, em 1983, para 37%, em 1986 (EPSTEIN, 1996).

Como Epstein evidencia, é fundamental notar o estabelecimento de duas ideias: 1) a de que a AIDS estava relacionada à infecção por um vírus; 2) a de que esse vírus devia estar relacionado ao HTLV. Os procedimentos adotados por Gallo e seus coautores na consolidação desta hipótese também já foram extensamente destrinchados pela antropologia e pelos estudos sociais da ciência e consistia, principalmente, como observam Treichler (1999) e Epstein (1996), na constituição de uma rede sólida de parceiros que se citavam a todo instante em *papers* e artigos, de modo a quase monopolizar as referências de pesquisas com esta temática. Epstein também chama atenção para o quanto Gallo e sua equipe foram menos circunspectos em suas afirmações que outros pesquisadores, como o próprio Montagnier. Mesmo uma rápida comparação entre os trabalhos destes dois autores evidencia uma retórica muito mais assertiva de Gallo em relação a informações conjecturais e ao uso da terminologia (MONTAGNIER, 1983; GALLO et al., 1984a).

Com toda polêmica cercando a disputa com o Instituto Pasteur, acusações de desonestidade intelectual, e com o dissenso natural advindo da conformação de uma nova teoria, Gallo se viu tendo que proteger seu trabalho de uma série de dúvidas, ambigüidades e fragilidades frequentemente apontadas não apenas por opositores, mas também por apoiadores que viam a necessidade de jogar luz sobre alguns pontos mais obscuros de sua hipótese. Em artigo de 1988, por exemplo, Gallo faz uma defesa da relação de causalidade entre o HTLV III e a síndrome que é

(5) Ramo das ciências da informação que tenta mensurar a produção científica sobre um determinado tema em um período de tempo.

(6) Epstein lembra que, provavelmente, muitas produções escaparam a esta contagem, especialmente aquelas feitas em revistas menores, mas que das publicações apreciadas apontam para algumas dezenas de pesquisas publicadas em 1982, mais de 600 em 1983, 1100 em 1984, 1600 em 1985 e 2700 em 1986 (1996, p.79) no mundo inteiro. Outro indicativo é que, em 1982, as pesquisas haviam sido feitas em apenas três línguas e em cinco países, e, em 1985, em 21 línguas e em quatro países (idem).

muito emblemática. Ele diz: “como qualquer um que trabalhe com este tema sabe, há mais evidências que este vírus causa AIDS do que as evidências que nós temos para a maioria das doenças que já aceitamos há muito tempo” (GALLO et al, 1988, p.515). Se, por um lado, Gallo estava dizendo simplesmente que havia evidência suficiente para deduzir causalidade naquela situação, por outro lado, ele também revelava, em alguma medida, que a ciência está fundada sobre uma série de opiniões convencionadas que se baseiam em indícios muito menos hegemônicos do que imaginamos (EPSTEIN, 1996, p.77):

Mas para Gallo, a ideia de que ele tinha provado que o vírus era a causa da AIDS se tornou algo crucial a defender, particularmente na medida em que sua credibilidade sobre outras descobertas era questionada. Em 1985, o Instituto Pasteur processou o governo norte-americano em uma disputa de patente pela descoberta do vírus, e, em 1987, os chefes de Estado, Jacques Chirac (França) e Ronald Reagan (Estados Unidos), assinaram um acordo dividindo os *royalties* pelo teste comercial de diagnóstico da AIDS. Especialmente depois que se tornou possível demonstrar, através de testes comparativos de biologia molecular, que o vírus LAV de Montagnier havia, de fato, contaminado as culturas virais de Gallo, [e que o HTLV III e o LAV eram, portanto, o mesmo vírus], o pesquisador se afastou gradualmente do projeto de reclamar primazia sobre a descoberta. E ainda que Gallo tenha continuado a apresentar a descoberta do htlviii como um desenvolvimento natural das pesquisas sobre htlv, ele eventualmente foi obrigado a admitir o ponto de vista predominante de que, de um ponto de vista genético, o novo vírus não poderia ser classificado de maneira razoável como pertencente à família do HTLV. Em resposta ao grande número de acrônimos e à confusão em volta destes – HTLV III, LAV, ARV, HTLV III/LAV e outros – o *Human Retrovirus Subcommittee*, do *International Committee on the Taxonomy of Viruses*, rejeitou Gallo e concordou em um novo nome em 1986: HIV, *Human Immunodeficiency Virus* (Levy e Montagnier assinaram o acordo; Gallo e seu associado mais próximo, Maxessex, se recusaram).

Com ou sem o apoio de Gallo e seus pesquisadores, o HIV – nomeado de maneira genérica enquanto responsável pela “imunodeficiência em humanos” – passou a existir como objeto unitário do conhecimento médico a partir da decisão mencionada acima. Embora, segundo Epstein, a AIDS já fosse um fato médico e cultural estabilizado àquela altura, o vírus, muito por conta de todas as disputas mencionadas, seguiu caminhos mais tortuosos. Encerrando uma série de disputas sobre este direito de nomeação, o HIV despontou oficialmente em 1986, tornando-se uma entidade biológica em torno do qual algum consenso foi imediatamente estabelecido – uma das principais propriedades do que é material, afinal, é a prerrogativa de não precisar ser a todo tempo justificado. Este retrovírus se tornou, segundo Epstein, o ponto de conexão entre atores e interesses no que dizia respeito

to ao fato sociocultural de proporções globais que a AIDS se tornara, “englobando médicos, pesquisadores, prestadores de serviço e professores de nível básico, advogados, escritores, políticos e legisladores – um complexo de indivíduos, grupos e organizações formais” (EPSTEIN, 1996, p. 103).

5. DAS ORIGENS DA AIDS ÀS ORIGENS DO HIV

Em 1986, foi descoberto um segundo tipo de vírus capaz de contaminar seres humanos e causar AIDS. François Clavel et al. (1986) encontraram um “vírus apenas remotamente relacionado ao HIV, mas estreitamente relacionado a um vírus símio que causava imunodeficiência em macacos em cativeiro” (SHARP; HAHN, 2011, p. 2) em uma região da África Ocidental – este vírus foi chamado de HIV-2, obrigando, deste modo, a renomeação do primeiro retrovírus para HIV-1. Pouco tempo depois, esta família de retrovírus foi verificada em diversas espécies de primatas na África Subsaariana e nomeada SIV (Vírus da Imunodeficiência Símia). Uma vez que pode afetar diversos tipos de símios, a nomenclatura precisava vir acompanhada da espécie a que este se refere, como no modelo a seguir: SIVcpz (chimpanzé), SIVgor (gorila), etc.

Apesar de todas as dúvidas que pairavam sobre a origem “verdadeira” do HIV, testes moleculares comparativos apontaram que o HIV-1, o HIV-2 e os SIVs, conhecidos à época, partilhavam a mesma linhagem filogenética. Esta constatação deu força à hipótese, hoje largamente hegemônica, de “que o HIV era o resultado de transferência zoonótica de vírus que infectavam primatas na África” (SHARP; HAHN, 2011, p. 3), ou seja, de que a AIDS decorreria de um tipo específico de infecções interespecies entre símios e humanos. Mas se isso era verdadeiro, a maioria das questões anteriormente levantadas permaneciam sem resposta. Outras questões, no entanto, passaram a ser perseguidas nessa nova empreitada de trazer à tona a história do vírus: como esta transferência teria acontecido, quando, e onde?

Sharp e Hahn (2011) reconhecem que testes de genética molecular oferecem respostas imprecisas para estas perguntas. Enquanto o sequenciamento genético de alguns SIVs sugere, por exemplo, que estes vírus existem há algumas poucas centenas de anos, outras pesquisas do mesmo tipo indicam que eles estão presentes nos símios há mais de 30 mil anos, e algumas hipóteses sugerem, ainda, que eles existiriam desde antes da separação dos primatas de seu ancestral comum – o que parece plausível, uma vez que esta família de vírus já foi encontrada em toda a Ordem de Primatas (que inclui macacos, símios, humanos e lêmures). No

artigo “Origins of HIV and the AIDS pandemic” Sharp e Hahn (2011, p. 6) afirmam que os primatas africanos devem ter sido os hospedeiros originais do retrovírus SIV (teoria hegemônica), mas apenas algumas linhas depois sugerem que esta é uma hipótese conjectural, já que nem primatas asiáticos nem primatas do chamado novo mundo foram testados de maneira significativa nesta direção .

A família de vírus SIV já foi encontrada em aproximadamente 40 espécies de primatas, mas ela pode se apresentar de pelo menos três formas: 1) como uma linhagem íntegra (ou pura) que é referente a uma única espécie e que é também a única encontrada na espécie; 2) como uma linhagem mista que aponta para um entrelace de linhagens de SIV de duas espécies diferentes; 3) como linhagens diferentes de uma mesma espécie que se combinaram e formaram ainda uma nova linhagem específica – estes dois últimos são chamados eventos de recombinação e eles frequentemente ocasionam infecções “sem saída”⁷, ou o surgimento de linhagens do vírus inteiramente novas. Todos estes eventos também acontecem, com frequência, no que diz respeito ao HIV, mas Sharp e Hahn (2011, p. 4) acrescentam:

o que continua desconhecido é quando e com que frequência estas transferências entre espécies ocorreu, e que impacto isto teve na biologia do vírus e do hospedeiro, e se a AIDS é uma consequência comum da mudança de hospedeiro do SIV.

A filogenética e a genética molecular permitem fazer sequenciamentos de DNA e comparações entre os vários de tipos de SIVs, de modo que se pode estimar qual vírus passou de uma espécie para a outra, e há quanto tempo. O coeficiente da velocidade de mutação do vírus é o que permite esta conjectura. Por exemplo, o HIV-1 é geneticamente próximo do SIVcpz, de modo a ser considerado uma mutação deste. Sabemos que a taxa de mutação do HIV-1 é 1.000.000 de vezes mais rápida que a do DNA dos mamíferos (SHARP; HAHN, 2011, p.14); calcula-se, então, retroativamente, quantas mutações precisaram acontecer até que o HIV-1 se aproximasse o máximo possível da estrutura do SIVcpz. O HIV-2, por outro lado, seguiu um caminho genético muito diferente.

Desde a descoberta da segunda linhagem de HIV em humanos, o tipo 2 permaneceu praticamente restrito a alguns países da África Ocidental. É sabido que as taxas virais de portadores de HIV-2 são significativamente mais baixas que a do HIV-1, o que dificulta sua transmissão horizontal (entre indivíduos da mesma espécie através de contato sexual ou sanguíneo), e quase anula sua transmissão vertical (de mãe para filho). Sharp e Hahn (2011, p. 11) acrescentam: “está claro que a história natural da infecção por HIV-2 é consideravelmente diferente da do

(7) Que não podem ser transmitidas horizontal ou verticalmente para outros indivíduos da mesma espécie.

HIV-1, o que não é surpreendente, já que o HIV-2 deriva de outro lentivirus de primata”. Algumas dessas linhagens de HIV-2 só foram vistas em menos de uma dúzia de pessoas.

Mas para que um vírus seja bem-sucedido em passar de uma espécie para outra é preciso que ele vença uma série de obstáculos naturais, como a diferença proteica entre os hospedeiros, que podem ou não produzir naturalmente proteínas essenciais à replicação viral. Quando a zoonose SIV alcança os seres humanos, as “chances” estão, portanto, a favor de nossa espécie – é improvável, afinal, que a transmissão seja bem-sucedida, e ainda menos provável que ela leve à conformação de uma linhagem de vírus capaz de contaminar outros indivíduos horizontal e verticalmente. Não é estranho, deste modo, que apenas uma de tantas linhagens conhecidas do vírus – o HIV-1 grupo M – tenha conseguido gerar uma infecção pandêmica:

HIV-1 não é apenas um vírus, mas uma série de linhagens chamadas de grupos M, N, O, e P, cada um dos quais resultaram de um evento diferente de transmissão entre espécies. O grupo M foi o primeiro a ser descoberto e representa a forma pandêmica do HIV-1; ele infectou milhões de pessoas em volta do mundo e já foi encontrado em virtualmente todos os países do mundo [...]. Embora membros de todos esses grupos ocasionem a destruição de células T CD4 e AIDS, eles obviamente diferem significativamente na distribuição dentro da população humana (SHARP; HAHN, 2011, p.9-10).

Conquanto o grupo M subtipo B do HIV-1 seja a variação genética mais prevalente, seus outros subtipos (A1, A2, C, D, F1, F2, G, H, J, K); os grupos N, O e P; e o HIV-2 (grupos A, B, C, D, E, F, G) circulam entre dezenas de milhares de infectados no mundo (WAINBERG, 2004; SHARP; HAHN, 2011). A quase totalidade destas pessoas reside na África Subsaariana, onde a epidemia é a mais variada. Embora hajam, evidentemente, similaridades significativas e uma proximidade *material* (genética) entre todas estas linhagens e recombinações, é também verdade que cada uma delas atua no corpo dos indivíduos de maneira ligeiramente diferente da outra (WAINBERG, 2004; BUONAGURO et al., 2007).

6. MATERIALIDADES QUE IMPORTAM

O título deste artigo faz referência a um dos diversos aspectos da AIDS que tornam esta síndrome um evento tão instigante: a taxa elevada de mutação de seu patógeno causador. Em meio às incontáveis transformações que o vírus HIV sofre todos os dias, algumas mutações se destacam por alterar mais significativamente

o cenário da epidemia – elas podem tornar medicações obsoletas, criar novas linhagens que se comportarão de maneira imprevisível, tornar gerações de pessoas resistentes a determinados tipos de intervenção, reconfigurar a distribuição dos tipos de vírus em uma determinada localidade ou população, e modificar significativamente a maneira com que se dá o contágio vertical e horizontal em uma parcela de indivíduos.

Independentemente do que aconteça daqui em diante, um aspecto fundamental do HIV nos convida a refletir sobre as maneiras como temos escolhido apreender os fenômenos do mundo, bem como para a artificialidade das categorias que criamos no intuito de, simultaneamente, entendê-lo e explicá-lo: o fato de que nenhum dos dois está guiando nesta dança entre os domínios que criamos e que chamamos de natureza e cultura. Paremos um instante mais, portanto, para contemplar a imagem intrincada que se forma quando nos debruçamos sobre as origens desta epidemia.

Ciências como a filogenética e a estatística nos permitem estimar que os grupos M e O do vírus nomeado como HIV-1 resultaram de eventos de transmissão entre espécies distintas – de símios para humanos – em algum momento entre 1910 e 1930 (SHARP; HAHN, 2011). A teoria mais aceita atualmente é a de que a transmissão ocorreu em acidentes de caça comuns entre grupos da África Central naquele período, provavelmente em decorrência da exposição de um caçador ferido ao sangue do animal caçado (PEETERS et al. 2002). Estas mesmas ciências nos permitem conjecturar que estes eventos de transmissão ocorreram repetidas vezes ao longo da história, de modo que a epidemia da AIDS não teve início com um único “paciente zero”, mas sim, com múltiplos indivíduos infectados em momentos diferentes da história.

No entanto, aventando a possibilidade de que o vírus símio seja mesmo milenar, é possível que episódios de contaminação de seres humanos por outros primatas tenham se dado muito antes de 1930 – a diferença é que, nestas ocasiões, o vírus ou não sofreu mutações que lhe permitissem ser transmitido de humano para humano, ou atingiu populações muito isoladas de modo que a doença permaneceu restrita a um único grupo, desaparecendo, deste modo, antes de cumprir seu potencial pandêmico (SHARP; HAHN, 2011). O mais provável, portanto, é que tenha havido pelo menos algumas epidemias de vírus aparentados ao HIV que passaram completamente despercebidas pelo “primeiro mundo”.

Reunindo referências da história oral e amostras antigas de sangue da população local, por exemplo, é possível afirmar que, em meados do século XX, alguns grupos em partes centrais da África já conheciam a síndrome, tinham um ou mais nomes para a infecção, e conviviam com o fenômeno sem que este despertas-

se qualquer interesse especial no resto do mundo – que possivelmente teria negligenciado a epidemia como “só mais uma doença tropical” das muitas que assolam o continente e que são sumariamente ignoradas até cruzarem o oceano⁸.

De todo modo, testes de epidemiologia molecular sugerem que os eventos de transmissão que resultaram na pandemia que enfrentamos hoje, tiveram início em uma área da África Central nas cercanias de Kinshasa, conhecida, na época, como Leopoldville. O fato de que todos os subtipos do HIV-1 grupo M foram identificados nesta região (VIDAL et al., 2000), e de que amostras de sangue coletadas entre 1950 e 1960 terem confirmado que já havia vários subtipos do vírus na localidade no citado período (WOROBEY et al., 2008), dão força a esta interpretação.

Uma indicação de outra ordem, no entanto, ajudou a legitimar esta hipótese e torná-la prevalente: o fato de que Leopoldville “era a maior cidade da região (da África Central) no período” e de que esta era banhada pelos rios que serviam “como as principais rotas de comércio do período”, de modo que “toda evidência de que se dispões atualmente aponta para Leopoldville/Kinshasa como o berço da pandemia da AIDS” (SHARP; HAHN, 2011, p.15).

Na medida que o HIV-1 grupo M se espalhou globalmente, sua disseminação envolveu uma série de “gargalos” populacionais — eventos fundadores que levaram à predominância de várias linhagens do grupo M, agora chamadas de subtipos, em diferentes regiões geográficas. O HIV-1 grupo M é classificado atualmente [2011] em nove subtipos (A–D, F–H, J, K), bem como em mais de 40 formas circulantes recombinadas CRF, as quais foram geradas quando múltiplos subtipos infectaram a mesma população. É possível traçar os padrões migratórios de vários destes subtipos e CRFs. Por exemplo, os subtipos A e D tiveram origem na África Central, mas, afinal, estabeleceram epidemias na África Ocidental, enquanto o subtipo C, por exemplo, foi introduzido e prevaleceu no sul da África, de onde se espalhou para a Índia e outros países asiáticos. O Subtipo B, que é responsável pela maior parte das infecções por HIV-1 na Europa e nas Américas surgiu a partir de uma única linhagem africana que parece ter se espalhado no Haiti nos anos 1960, e depois seguido para os EUA e outros países ocidentais. O evento de recombinação que deu origem ao CRF01 ocorreu, provavelmente, na África Central, mas essa linhagem viral não foi notada até o final dos anos 1980, quando causou uma epidemia heterossexual na Tailândia ao mesmo tempo em que o subtipo B do vírus se espalhava entre usuários de drogas. O CRF01 domina hoje a epidemia no sudeste da Ásia. Embora a distribuição inicial destes subtipos e CRFs possa ter sido causada, principalmente, por eventos aleatórios, estudos recentes apon-

(8) Casos como o do vírus da dengue, da febre Chikungunya, e o vírus Zika são exemplos mais recentes que levantam questões fundamentais nesse sentido.

tam que vírus de diferentes subtipos variam em suas propriedades biológicas, o que pode influenciar sua epidemiologia. Por exemplo, o subtipo D tem sido associado com uma alta patogenicidade e uma ocorrência aumentada de problemas cognitivos e demência relacionadas à AIDS. Além disso, tudo indica que não apenas a genética, mas a diversidade biológica dos subtipos do HIV-1 grupo M e dos CRF estão aumentando (SHARP; HAHN, 2011, p.15).

Quando o vírus finalmente deu início a rotas de infecção no Novo Mundo – estes caminhos simultaneamente “reais” e “metafóricos” formados por intermédio da cultura e da biologia –, ele permaneceu restrito a circular entre pessoas que, por configurações sociais específicas, eram largamente marginalizadas. Isto contribuiu para que a síndrome não fosse detectada pelas instituições de saúde de maneira tão imediata quanto poderia, de modo que o novo evento só se fez notar quando o número de infectados já era expressivo. Anos mais tarde, quando a comunidade científica se virou, por motivos já explicitados, para a hipótese viral como explicação mais provável para a etiologia da síndrome, tornou-se possível, finalmente, o desenvolvimento de fármacos capazes de atuar de maneira mais direcionada sobre a infecção. Se, por um lado, os antiretrovirais significaram um grande avanço, no sentido de dissociar a doença de uma fatalidade inescapável, por outro, eles acrescentaram à equação um novo desafio: estes fármacos exercem uma “pressão seletiva” sobre o vírus facilitando mutações que podem fazê-lo resistente a intervenções determinadas – mutações estas que já acontecem naturalmente ao longo dos processos de replicação – tornando necessário, por sua vez, a criação de *novos* fármacos, que podem implicar em novas mutações, e assim por diante.

Uma vez que o uso de medicações para o tratamento da AIDS – especialmente as mais novas, consideradas “de ponta” –, é profundamente marcado por uma desigualdade de acesso ligada a fatores socioeconômicos e geopolíticos de diversas ordens, dentre os quais se destacam o poder de compra quase inexistente de algumas populações afetadas, bem como restrições da ordem de patenteamento e livre-circulação, mutações e resistências específicas acabam por se padronizar dentro de populações determinadas. Exames de genética molecular, por exemplo, identificam com facilidade mutações características em determinados grupos. O mesmo é verdade quando observamos as linhagens do vírus, pois se certas recombinações e subtipos são mais comuns em populações africanas, europeias, entre homossexuais, ou usuários de drogas (RAMI, 2006; GERETTI et al., 2009; PANT PAI et al., 2012), então é como se os aspectos biológicos do vírus pudessem nos revelar trechos desta grande narrativa da história contemporânea – como se pudessemos, observando sua filogenética e mutações, observar determinados padrões de interação entre populações e grupos, padrões de circulação, hábitos sexuais, poder socioeconômico, entre outros. Cada nova infecção, por sua vez,

carrega adiante estes dados, e acrescenta outros mais a este registro. Novamente aqui, o que entendemos por cultura, política, biologia e genética nos apont para a ficcionalidade de suas próprias fronteiras – “carne” e “informação” perdem importância diante do tráfego entre eles.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se, em um primeiro momento, a comunidade científica concordou que o lugar de origem da epidemia foi Los Angeles, hoje, entende-se que ela é a soma de vários eventos de transmissão cujo principal deles deve ter-se dado em Kinshasa; se, por algum tempo, interpretou-se a origem da síndrome como multicausal, hoje, atribui-se esta origem à ação de um único agente, o vírus HIV; se este agente foi percebido, um dia, enquanto variação do vírus HTLV, que é responsável pela leucemia em humanos, considera-se indiscutível hoje que a parentalidade do HIV é, na verdade, com os retrovírus de origem simia, os SIVs; se, a princípio, a síndrome foi interpretada enquanto moléstia homossexual, e em pouco tempo foi associada aos haitianos, hoje, ela parece ser majoritariamente percebida enquanto síntese de uma série dos inúmeros estereótipos étnicos perpetuados no Ocidente em relação à África. Mas não surpreenderia que, no futuro, o “rosto” da síndrome fosse inteiramente outro, dado que a “taxa de mutação” das nossas percepções culturais sobre AIDS tem se mostrado tão alta quanto a de seu equivalente viral. Coisas que são hoje dadas como certas estão sujeitas a serem revistas a qualquer momento como dedução precipitada.

Mas por que importam as concepções que produzimos sobre estes eventos, e as representações que fazemos destes? Ora, porque o olhar não percebe, mas cria – porque o engajamento do olhar e a crença do sujeito *precedem* a “visão da verdade” (BADIOU, 1996). Para procurarmos respostas, portanto, partimos sempre de algum lugar – para Gallo, este lugar foi o HTLV, e isto não significa que seus precedentes lhe “distraíram” de ser objetivo, pois qualquer investigador se guia por seu passado para se posicionar diante de novos problemas. O mesmo é verdade para as crenças – que hoje nos parecem tão equivocadas – de que a síndrome seria uma “doença gay”. A história nos lembra dos muitos efeitos nocivos desta interpretação, mas, novamente, como bem nos apontou Donna Haraway (1991), não existe tal coisa como o olhar da ciência – o que há é o olhar do cientista, e este, enquanto matéria que ocupa um lugar no vasto espaço, precisa sempre ocupar um espaço específico.

Nenhuma destas ressalvas devem ser lidas, no entanto, como uma tentativa de nos eximir enquanto pesquisadores das repercussões e consequências que o posicionamento de nossos “mirantes” possam vir a acarretar. Muito pelo contrário. Elas aparecem aqui enquanto uma tentativa de nos fazer desnaturalizar nosso olhar para que então possamos deslocá-lo, e torná-lo para direções menos intuitivas, pois ainda que nossos precedentes nos façam atentar imediatamente para um ou outro aspecto na paisagem, este reconhecimento também nos liberta, uma vez que nos recorda que gozamos de flexibilidade para girar o corpo, o pescoço, inclinarmos-nos, olhar para o alto e para baixo.

É evidente que este não é um movimento fácil – o reconhecimento de nosso potencial não é mais que um primeiro e tímido passo na direção de abordagens mais criativas que se mostram cada vez mais necessárias em todas as áreas do conhecimento. A parte da teoria cultural que tem se dedicado, por exemplo, a estudar as ciências tecnológicas, exatas e biomédicas é responsável, em larga medida, por uma profunda transformação no quadro conceitual e instrumental da antropologia. São muitos os autores contemporâneos (HARAWAY, 1991; M’CHAREK, 2000, 2010; MOL, 2007) que destacam que esta virada está essencialmente relacionada um processo de abandono de antigas metáforas e proposição de novas hipóteses, com as quais concordo. Mas esta não é simplesmente uma tentativa de acompanhar a intensificação dos fenômenos limítrofes, fluidos e velozes inegavelmente promovidos pelo século XX; ou de apreender com mais competência toda esta instabilidade e vicissitude – muito mais que isto, este é um movimento de reconhecimento de que nossas metáforas e representações são criadoras. Rosengarten diz (2009, p.4):

Se queremos entender o desafio colocado pelo HIV, precisamos entender o campo no qual fazemos nossas indagações [...] como um que não é composto pelo vírus apenas, mas pelo vírus já enredado em nossas tentativas de entender e interferir em seu curso destrutivo. Não é hora apenas de reconhecer o HIV enquanto esta entidade que não existe em domínios externos à interferência humana, mas de pensar nas mudanças que precisam inevitavelmente ser postas em movimento uma vez que levamos à sério esta afirmativa.

Sendo este o caso, finalizo com um exemplo de como um melhor entendimento do tráfego entre “informação” e “carne” pode nos apresentar saídas promissoras. Há pelo menos 16 anos, John Essigmann, do MIT, trabalha com a hipótese de que, se por um lado, a taxa elevada de mutação do vírus HIV o transforma em uma entidade particularmente difícil de combater, por outro, uma taxa ainda mais excessiva de mutações pode levar o vírus a se tornar incapaz de provocar uma doença ativa (ESSIGMANN et al., 2015). Em anos recentes, os pesquisadores se juntaram aos pós-doutores do MIT, Deyu Li, Bogdan Fedeles e Vipender Singh, além de Andrei Tokmakoff, da Universidade da Califórnia, para investigar as mutações

no genoma do HIV induzidas pela droga conhecida como KP1212 (ESSIGMANN et al., 2015). A ideia é testar drogas cuja função deliberada seja a de provocar mutações a ponto de, futuramente, desativarem o vírus (ESSIGMAN et al., 2015).

Pode ser que desdobramentos definidores se estabeleçam a partir desta pesquisa, e também pode ser que ela se revele uma empreitada sem saída. De um jeito ou de outro, o caso nos coloca questões importantes sobre a maneira como encaramos a “instabilidade” no mundo social e natural – independentemente do lugar em que armamos suas fronteiras. Se temos olhado para as mudanças e para a inconstância durante quase todoo século passado como fenômenos que se colocam no caminho de nossa compreensão e domínio do mundo, então talvez seja esta mesmo a razão para que estes tenham se tornado um empecilho. Mas vemos agora que não é preciso que seja deste modo – percebemos que temos limitações diversas, mas que somos, afinal, sujeitos ativos destas “mutações”. Sempre o fomos. Mas o reconhecimento desta potência nos abre horizontes antes despercebidos. Neste esforço de olhar para as mutações do mundo social e natural – não mais como intermédios entre uma forma anterior e outra posterior, mas como objetos cujos limites nunca foram e nem serão estáveis –, precisamos refletir com cautela sobre novas maneiras de produzir conhecimento. Neste sentido, observar o “tráfego” pode se um ponto interessante de partida – um que nos obriga ao confronto mais que necessário com nossa responsabilidade.

REFERÊNCIAS

BADIOU, A. **O ser e o evento**. Trad. Maria Luiza X. A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. & Ed. UFRJ, 1996.

BRANDT, A. **No magic Bullet**: A social history of venereal diseases in the United States since 1880. New York: Oxford Univ. Press, 1985.

BUONAGURO, L. et al. Genetic and phylogenetic evolution of HIV-1 in a low subtype heterogeneity epidemic: the Italian example. **Retrovirology**, vol. 4, n. 34, pp.10209-10219, 2007.

CDC – Centers for Disease Control. **Kaposi’s sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men** - New York City e California: MMWR, 1981b.

CLAVEL, F. et al. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. **Science**, vol. 233, pp. 343-346, 1986.

ENGEL, Jonathan. **The epidemic**: a global history of AIDS. New York: Smithsonian Books/Collins. 2006

EPSTEIN, Steven. **Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge.** Berkeley: University of California, 1996.

ESSIGMANN, J. M. et al. Two-dimensional IR spectroscopy of the anti-HIV agent KP1212 reveals protonated and neutral tautomers that influence pH-dependent mutagenicity. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, vol. 112, n. 11, pp. 3229-3234. 2015.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico.** Belo Horizonte: Fabrefactum. 2010.

GALLO, R. et al. Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS. **Science**: 224. 1984a.

GERETTI, A.M. et al. Effect of HIV-1 subtype on virologic and immunologic response to starting highly active antiretroviral therapy. **Clinical Infectious Diseases**, vol 48, n. 9, pp. 1296-1305. 2009.

Haraway, D.; *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective.* **Feminist Studies**, 14(3), 575-599. 1988

M'CHAREK, A. Technologies of Population: Forensic DNA testing practices and the making of differences and similarities, in: **Configurations**. n. 8, pp. 121-159, 2000.

_____. Fragile differences, relational effects: Stories about the materiality of race and sex. **European Journal of Women's Studies**, vol. 17, n. 4, pp. 307-322. 2010.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. & NETTER, T. W. **A AIDS no Mundo.** Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993.

MOL, A. Políticas ontológicas: uma palavra e algumas questões. In: LAW, J.; HASSARD, J. (eds.). **Actor Network Theory and After.** Oxford: Balckwell Publisher, Oxford. 2007.

MONTAGNIER, L. et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS) **Science**. 1983.

OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the natural body: an archeology of sex hormones.** London: Routledge, 1994.

PANT PAI, N. et al. Does genetic diversity of HIV-1 non-B subtypes differentially impact disease progression in treatment-naive HIV-1-infected individuals? A systematic review of evidence: 1996-2010. **JAIDS**, vol. 59 n. 4, pp. 382-388. 2012.

PEETERS, M, et al. Risk to human health from a plethora of simian immunodeficiency viruses in primate bushmeat. **Emergency Infectology Diseases**, vol. 8, pp. 451-457. 2002.

RAMI, K. Impact of HIV-1 pol diversity on drug resistance and its clinical implications. **Current Opinion in Infectious Diseases**, vol. 19, n. 6, pp. 594-606. 2006.

ROSERNGARTEN, M. **HIV Interventions: biomedicine and the traffic between information and the flesh.** Seattle: University of Washington Press. 2009.

SANJUÁN, R., et al. Viral mutation rates. **Journal of Virology**, vol. 84, pp. 9733–9748, 2010.

SHARP; HAHN, B. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. Cold Spring Harbor, **Perspectives in Medicine**, n. 1, pp. 1-22 . 2011.

TREICHLER, Paula A. **How to have Theory in an Epidemic**: Cultural Chronicles of AIDS. Durham: Duke University Press. (ebook) 1999.

VIDAL, N et al. Unprecedented degree of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) group M genetic diversity in the Democratic Republic of Congo suggests that the HIV-1 pandemic originated in Central Africa. **Journal of Virology**, vol. 74, pp. 10498–10507, 2000.

WAINBERG, M. et al. Diminished representation of HIV-1 variants containing select drug resistance-conferring mutations in primary HIV-1 infection. **AIDS**, vol. 37, pp. 1627-1631. 2004.

WOROBÉY, M. et al. Direct evidence of extensive diversity of HIV-1 in Kinshasa by 1960. **Nature**, vol. 455, pp. 661–664. 2008.



DA DEPRESSÃO AO TRANS-
TORNO DO DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE:
APONTAMENTOS SOBRE A
PROMOÇÃO PUBLICITÁRIA DO
METILFENIDATO
(1956-1971)

MIGUEL HEXEL HERRERA

Mestre em Antropologia Social pela UFRGS (2015), doutorando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da mesma universidade, pesquisador associado ao Núcleo de Pesquisas em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS/UFRGS) e integrante do grupo de pesquisa Ciências na vida: Produção de conhecimento e articulações heterogêneas. Suas pesquisas abarcam, principalmente temas como gênero e sexualidade, Antropologia da Ciência e Antropologia do Corpo e da Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O sociólogo norte-americano Peter Conrad define medicalização como “[...] um processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e desordens” (2007, p. 4; tradução minha). Adicionalmente, o autor afirma que os estudos sociológicos sobre medicalização “[...] enfatizam os processos pelos quais um diagnóstico particular é elaborado, aceito como medicamento válido, e passa a ser usado para definir e tratar os problemas dos pacientes.” (CONRAD; BARKER, 2011, p. 205; tradução minha). O autor expõe que essa medicalização está geralmente associada aos comportamentos desviantes em “eventos cotidianos”, mas ressalta a crescente inclusão de novas “categorias”: como doenças mentais, distúrbios alimentares, alcoolismo, disfunção sexual e problemas de aprendizado (CONRAD; BARKER, 2011, p. 205). Estudos recentes confirmam o surgimento de categorias de diagnóstico como a menopausa, andropausa, disfunção sexual feminina e masculina (REIS, 2000; SENNA, 2003, 2009; ROHDEN, 2009). Rohden assinala que certas condições como a tensão pré-menstrual (TPM) ou mudanças ocasionadas pela menopausa têm sido utilizadas “[...] como chaves explicativas para as mais variadas formas de comportamento e têm alimentado uma grande indústria de tratamento dos ‘problemas femininos’.” (ROHDEN, 2008, p. 134). A emergência dessas novas categorias médicas faz com que Conrad levante uma pergunta muito importante: O que acontece com essas categorias ao longo do tempo? (CONRAD, 2007, pp 46-47). É provável que sejam absorvidas pela prática médica corrente, enquanto outras desaparecerão ou acabarão caindo em desuso. Algumas categorias, contudo, serão expandidas. É o caso do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Conrad usa o termo “expansão de diagnóstico” para se referir a diagnósticos já consolidados que podem ter suas definições e limites modificados a fim de incluir novas condições e/ou para incorporar um público mais amplo que não foi contemplado na concepção do diagnóstico original (CONRAD, 2007, pp. 46-47).

A partir de investigação exploratória, deparei-me com um valioso material que são os anúncios publicados pelo laboratório farmacêutico CIBA (Chemical Industry Basel) em periódicos médicos, sobretudo no contexto norte-americano. Os anúncios tinham como foco o cloridrato de metilfenidato (conhecido pelo nome comercial Ritalina®), e a partir de sua análise percebi que seria possível explorar um conjunto bastante preciso de questões.

A pergunta “Para quê e para quem serve a Ritalina®?” orientou a análise destes anúncios publicitários destinados aos médicos, desde sua comercialização nos EUA, em 1956, até 1975. Pretendo discutir quais os modelos de pessoas (e saúde e doença) ou formas de subjetividade estão sendo promovidos via o que

é apresentado como “problema a ser evitado” (homens e mulheres deprimidos, idosos dependentes e crianças com problemas de comportamento) e o que é destacado como “padrão a ser buscado” (mulheres felizes em seus afazeres domésticos, homens de negócio produtivos, crianças calmas e comportadas).

Para tanto, apresento, primeiramente, o contexto de surgimento da Ritalina® e as transformações associadas à sua promoção e consumo, sobretudo no contexto norte-americano, no qual são produzidas as pesquisas mais influentes sobre o TDAH e também onde mais se consome o metilfenidato (ITABORAHY; ORTEGA, 2013). Na sequência, falo um pouco sobre o TDAH e trago alguns dados epidemiológicos recentes. Posteriormente, se seguirá a descrição dos procedimentos metodológicos e análise de quatro anúncios escolhidos para este trabalho. Por fim, será feita uma discussão mais geral acerca dos modelos de comportamento apresentados nos anúncios, tendo como referência a bibliografia especializada nos processos de medicalização em curso a partir da metade do século XX.

2. A CIBA E A DESCOBERTA DO METILFENIDATO

O cloridrato de metilfenidato é uma substância química estimulante do sistema nervoso central (SNC) estruturalmente relacionada com as anfetaminas (BRUNTON et al., 2005, p. 259). Foi sintetizado pela primeira vez em 1944 pelo italiano Leandro Panizzon (1907-2003), químico a serviço da CIBA¹ (MYERS, 2007, p. 178). Em seu livro *Before Prozac: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*, o psiquiatra norte-americano Edward Shorter (2008) relata que na época era muito comum que os químicos experimentassem suas próprias descobertas. Panizzon e sua esposa Marguerite foram as primeiras pessoas a consumir a Ritalina®. A substância não teria causado nenhum impacto específico no químico, mas Marguerite declarou ter se sentido animada e audaciosa sob a influência da droga (SHORTER, 2009, p. 39). Marguerite sofria de pressão baixa e passou a tomar a

(1) Sediada na cidade suíça da Basileia, a CIBA foi fundada em 1859 pelo francês Alexander Clavel (1805–1873). Originalmente, tratava-se de uma companhia especializada em tingimento de seda, mas na virada do século a empresa produziu seus primeiros produtos farmacêuticos. Outras duas firmas de tingimento foram fundadas na mesma cidade, a Geigy e a Sandoz. As três empresas se tornaram companhias multinacionais com filiais em vários países, incluindo os Estados Unidos. A CIBA, Geigy e Sandoz foram levadas a expandir seus negócios por vários motivos, entre eles a evasão de taxas de importação e exportação e também para contornar regulações sobre marcas e patentes (MOON, 2009, p. 56). Em 1971, a CIBA se fundiu com a Geigy e se tornou a CIBA-GEIGY LTD. Em 1996, há uma nova fusão com a Sandoz e a Novartis é criada.

substância para jogar partidas de tênis. Panizzon nomeou o composto de Ritaline em homenagem a Marguerite, cujo apelido era Rita (MYERS, 2007, p. 178).

Panizzon trabalhou em conjunto com o Diretor de Pesquisas Farmacêuticas da CIBA, Max Hartmann, responsável pela obtenção das primeiras patentes de fármacos da empresa (AFTALION, 1991, p. 308). Hartmann e Panizzon apresentaram uma síntese aprimorada para o metilfenidato e obtiveram a patente norte-americana para sua manufatura em 16 de maio de 1950². Em 1954 o metilfenidato foi patenteado como um agente para tratar diversos distúrbios psicológicos sob o nome Ritalin® (MYERS, 2007, p. 178). As indicações de uso incluíam fadiga crônica, letargia, estados de depressão, psicose associada à depressão e narcolepsia (LEONARD et al., 2004, p. 151).

Segundo Claudia Itaborahy e Francisco Ortega (2013, p. 804), neste mesmo ano o metilfenidato passou a ser comercializado “[...] na Suíça como um psicoestimulante leve, e na Alemanha, onde não havia necessidade de prescrição médica para a compra.” Os autores afirmam que o medicamento entrou no mercado americano em 1956. Contudo, o pesquisador Richard L. Myers alega que o metilfenidato teria sido comercializado nos EUA a partir de 1955 (2007, p. 178). Por meio de uma busca mais detalhada, descobri que o medicamento foi aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA)³ em 5 de dezembro de 1955, e sua comercialização nos EUA foi liberada oficialmente em 31 de dezembro de 1955⁴. No ano de 1956, foi aprovada no Canadá pelo órgão federal responsável, o Health Canada⁵.

3. O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM DESTAQUE

O TDAH tem mobilizado um grande debate nas classificações de diagnósticos que são usadas em boa parte do mundo ocidental. O *Diagnostic and Statistical*

(2) Registro da patente disponível em: <<http://www.google.com/patents/US2507631>> Acesso em: 17 de agosto de 2016.

(3) <www.accessdata.fda.gov/SCRIPTS/CDER/DRUGSATFDA/index.cfm?fuseaction=Search.Label_ApprovalHistory#apphist> Acesso em: 17 de agosto de 2016.

(4) Em: <<http://www.openfda.org/drugs/ndc/0078-0440/ritalin>> Acesso em: 17 de agosto de 2016.

(5) Em: <<http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/info.do?code=800&lang=eng>> Acesso em: 17 de agosto de 2016.

Manual of Mental Disorders (DSM)⁶ é um guia voltado aos profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los. Este guia foi criado pela *American Psychiatric Association* (APA) como uma alternativa à *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD)⁷ – outro sistema classificatório usado na psiquiatria moderna – produzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Apesar de serem alvo de críticas – especialmente o DSM – (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 464), ambos os sistemas são amplamente utilizados na orientação de diagnósticos de inúmeras doenças e transtornos, inclusive do TDAH. De acordo com a quinta versão do DSM (DSM-IV-TR), a principal característica do TDAH “[...] é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento [...]” (APA, 2000). A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) emprega outra nomenclatura para a doença: Transtornos Hiperativos (OMS, 1993), e, apesar disso, apresenta mais similitudes do que diferenças com o DSM-IV em relação às diretrizes diagnósticas para o transtorno (ROHDE, et al., 2000 p. 7).

O guia de diretrizes para avaliação e diagnóstico de TDAH em crianças, elaborado pela *American Academy of Pediatrics* (AAP), indica que é uma doença de alta prevalência em crianças em idade escolar, sendo o “distúrbio neurocomportamental” mais comum na infância (AAP, 2000). Segundo o Boletim de Farmacoepidemiologia publicado, em 2012, pelo Serviço Nacional de Gerenciamento de Produtos controlados da Agência Nacional Vigilância Sanitária (SNGPC/ANVISA), “O TDAH é um dos transtornos neurológicos do comportamento mais comum da infância que afeta 8 a 12% das crianças no mundo.” O Boletim da SNGPC menciona que, no ano de 2007, “O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos considerou que cerca de 9,5% (5,4 milhões) de crianças e adolescentes americanos, de 4 a 17 anos, tinham TDAH (2012, p. 1)⁸ Outras pesquisas realizadas apontam que estudos nacionais e internacionais “[...] situam a prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) entre 3% e 6%, sendo realizados com crianças em idade escolar na sua maioria.” (ROHDE, et al., 2000, p. 7.). Pesquisas indicam que as vendas domésticas do metilfenidato (calculadas em quilogramas por ano) aumentaram 500% entre 1991 e 1999 apenas nos EUA (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 1995, 1996, 1998; ROSE, 2003; SINGH, 2002).

(6) Conhecido no Brasil como Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

(7) Conhecido no Brasil como Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)

(8) O mesmo documento informa que as estimativas de prevalência do TDAH entre crianças e adolescentes encontradas no Brasil foram bastante discordantes: “[...] com valores de 0,9% a 26,8%.” (ANVISA, 2012, p.1).

O Metilfenidato pertence ao grupo de medicamentos psicoestimulantes e é conhecido no Brasil⁹ pelos nomes comerciais Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta®, produzidos, respectivamente, pelos laboratórios Novartis Biociências (Novartis) e Janssen Cilag Farmacêutica (integrante do grupo empresarial Johnson & Johnson). Conforme Itaborahy e Ortega a comercialização do metilfenidato no Brasil se deu a partir de 1998, quando foi aprovado pela ANVISA. Os autores apontam que

Atualmente o metilfenidato é o psicoestimulante mais consumido no mundo, mais que todos os outros estimulantes somados. Segundo o relatório da Organização das Nações Unidas sobre produção de psicotrópicos, sua produção mundial passou de 2,8 toneladas em 1990 para quase 38 toneladas em 2006. Das 38 toneladas produzidas em 2006, 34,6 foram produzidas pelos Estados Unidos, que também são os maiores consumidores do estimulante. Naquele ano, o consumo mundial de metilfenidato foi de 35,8 toneladas, 82,2% foram consumidos pelos EUA. (ITABORAHY; ORTEGA, 2013, p. 804)

Segundo o artigo, no ano de 1970 estimava-se que 150.000 crianças norte-americanas faziam uso de estimulantes (incluindo o metilfenidato). No ano de 1987, esta estimativa aumentou para um total de 750.000 crianças em idade escolar e, posteriormente, em 1995, o número estimado foi de 2,6 milhões (ITABORAHY; ORTEGA, 2013, p. 804). Para o sociólogo Nikolas Rose, desde a metade dos anos 1980 tem havido um aumento na prescrição de psicoestimulantes, notavelmente da Ritalina® e do Adderall¹⁰, principalmente nos Estados Unidos, onde o número de prescrições aumentou oito vezes entre os anos 1990 e 2000 (2007, p. 209-210). De acordo com o autor, há um aumento similar – ainda que menos acentuado – em diversos países como a Austrália, Nova Zelândia, Israel e no Reino Unido. (ROSE, 2007, p. 209)¹¹. Segundo o relatório da Organização das Nações Unidas

(9) De acordo com Itaborahy e Ortega (2013, p. 804), a comercialização do metilfenidato no Brasil se deu a partir de 1998, quando foi aprovado pela ANVISA.

(10) O Adderall® foi originalmente produzido pela Richwood Pharmaceuticals, em 1996; posteriormente, a empresa se fundiu com a Shire pl. Atualmente, a versão de liberação instantânea é comercializada pela Teva Generics. Ver em: <accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/96/11522S010_Adderall.pdf> Acesso em 20 de janeiro de 2015

(11) Itaborahy e Ortega (2013, p. 804) confirmam que o consumo no Brasil vem crescendo com o passar dos anos: em “[...] 2000, o consumo nacional de metilfenidato foi de 23 kg. A produção brasileira passou de 40 kg em 2002 para 226kg em 2006. Além disso, em 2006, o Brasil importou 91 kg do estimulante.”. O supracitado Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC/ANVISA apresenta uma caracterização descritiva da prescrição e do consumo de metilfenidato no Brasil entre 2009 e 2011. Os dados foram coletados no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) e apontam para o uso crescente deste medicamento em todas as regiões do país. O boletim revela que, em 2009, foram comercializadas 557.588 caixas de metilfenidato; já no ano de 2011, foram vendidas 1.212.850 caixas nas farmácias país. Isso representa uma alta superior a 100% em relação ao ano de 2009. O documento aponta ainda que, em 2011, o “[...] gasto estimado das famílias brasileiras com

(ONU) sobre produção de psicotrópicos, citado por Itaborahy e Ortega (2013), o aumento crescente de metilfenidato – notavelmente nos EUA – se deve à associação ao TDAH e à excessiva publicidade deste medicamento no mercado norte-americano (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2008). Os dados sobre a expansão da prevalência do TDAH e sobre aumento do consumo, somados às complexas relações entre diversos atores (indústria farmacêutica, pesquisadores, clínicos e publicitários), sugerem que, além da apropriação dos modos de vida das pessoas pela medicina, está sendo estabelecido um vasto mercado corporativo.

4. AS PROPAGANDAS COMO FOCO DE ANÁLISE ANTROPOLÓGICA

Para este trabalho, escolhi quatro peças publicadas entre 1956 e 1975. Este recorte específico revela alguns processos de transformação da promoção do cloridrato de metilfenidato, desde seu uso inicial para depressão e narcolepsia até sua utilização para condições que precedem o TDAH, como a Disfunção Cerebral Mínima (DCM). A análise empreendida permite relativizar as concepções mais recorrentes de que o uso da Ritalina® teria estado inicialmente associado de forma exclusiva ao tratamento de crianças hiperativas. Como mencionei anteriormente, a Ritalina® foi inicialmente indicada para tratar adultos acometidos de narcolepsia, depressão e uma série de outras condições. Seu uso em crianças com problemas de comportamento se dá apenas a partir da década de 1970.

Meu primeiro contato com o material publicitário se deu através do sítio online *Bonkers Institute For Nearly Genuine Research*¹². O sítio é organizado por Ben Hansen, um pesquisador norte-americano independente, escritor e ativista que vive em Traverse City, em Michigan. A página é extremamente satírica e contém diversos textos e matérias criticando a prática psiquiátrica nos EUA. Além do material textual, o sítio reúne uma vasta coleção de propagandas de fármacos, desde material publicado em sítios de laboratórios farmacêuticos até anúncios veiculados em revistas científicas. Como nem todos os anúncios disponibilizados apresentavam boa qualidade conduzi, algumas buscas com a ferramenta *google*, que oferece funções interessantes para encontrar imagens (inclusive pesquisar ima-

o produto [...] foi de R\$ 28,5 milhões. Esse montante significa um valor de R\$ 778,75 por cada mil crianças com idade entre 6 e 16 anos.” (ANVISA, 2012, p.10)

(12) Disponível em: <<http://www.bonkersinstitute.org/>>

gens semelhantes entre si), o que facilitou muito o trabalho. Também utilizei o Portal de Periódicos da Capes¹³ em busca de periódicos médicos que veiculassem propagandas de medicamentos.

O material empírico analisado consiste em cópias digitalizadas de anúncios de uma página (folha inteira), página dupla (duas folhas) ou mais de uma página dupla, impressos em preto e branco e ocasionalmente em quatro cores. Os anúncios possuem padrão recorrente, contendo título em destaque (que pode ser seguido de um subtítulo), o corpo do texto e elementos visuais (ilustrações, fotografias e logomarcas). O título pode ser posicionado acima, abaixo ou ao lado das ilustrações, e muitas das peças possuem um subtítulo que pode ou não estar integrado à logomarca. Todas as imagens selecionadas retratam pessoas, geralmente pacientes que poderiam se beneficiar do fármaco em questão. O corpo do texto contém informações sobre o produto e, em alguns casos, inclui referências bibliográficas e a formas de apresentação do medicamento em letras miúdas.

5. RITALINA® PARA ADULTOS FATIGADOS E DEPRIMIDOS

Este item está organizado de forma que, primeiramente, o/a leitor/a terá acesso à reprodução do anúncio. Na sequência, apresento uma descrição analítica que pretende chamar a atenção para os principais aspectos a serem destacados, em função dos objetivos deste artigo. Os anúncios serão apresentados seguindo a ordem cronológica de publicação. Um exame deste material promocional permite acompanhar a trajetória do cloridrato de metilfenidato desde sua entrada no mercado farmacêutico – altamente competitivo dos anos 1950 e 1960 – até sua ascensão como principal tratamento para a hiperatividade e problemas de aprendizado em crianças. A análise empreendida demonstra como a Ritalina® é inicialmente indicada para tratar narcolepsia e estados de depressão amena.

As propagandas veiculadas entre 1956 e o fim dos anos 1960 (ver Figuras 1 a 3) apresentam pacientes cansados, acometidos de fadiga crônica associada a uma vasta gama de condições psiquiátricas, como letargia, psicose associada à depressão e demência (LEONARD et al., 2004, p. 151). As peças destacam os benefícios da Ritalina®, caracterizada como uma substância de ação suave com poucos efeitos colaterais. O material publicitário desenvolvido a partir de 1970 (Figura 4) investe quase exclusivamente em meninos com Disfunção Cerebral Mínima. A

(13) Ver em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>

partir destes dados, pode-se adiantar que a principal descoberta refere-se a uma mudança no foco central dos anúncios: se nas décadas de 1950 e 1960 o material era destinado a homens e mulheres adultos, a partir dos anos 1970 o destaque se desloca para meninos hiperativos. Os demais achados se referem aos modelos de comportamento e desempenho promovidos para esses diferentes tipos de sujeitos. Os adultos deprimidos saem de cena e dão lugar aos meninos hiperativos.

Figura 1. Traga o paciente deprimido de volta ao normal sem se preocupar com a estimulação excessiva.

*Lift the depressed patient up to normal
without fear of overstimulation . . .*

with new **Ritalin**[®]

**A HAPPY MEDIUM
IN PSYCHOMOTOR
STIMULATION**

• *Boosts the spirits, relieves physical fatigue and mental depression . . . yet has no appreciable effect on blood pressure, pulse rate or appetite.*

Ritalin is a mild, safer central-nervous-system stimulant which gently improves mood, relieves psychogenic fatigue "without let-down or jitters . . ."1 and counteracts over-sedation caused by barbiturates, chlorpromazine, rauwolfia, and antihistamines.

Ritalin is "a more effective and less over-reactive drug than amphetamine or its derivatives."² It does not produce the "palpitation, nervousness, jitteriness, or undue pressure in the chest area . . ." so frequently mentioned by patients on [dextro-amphetamine sulfate]."³

Dosage: 5 to 20 mg. b.i.d. or t.i.d., adjusted to the individual.

RITALIN[®] hydrochloride (methyl-phenylacetate hydrochloride CIBA)

References: 1. Peacock, D. G.: Personal communication. 2. Harding, C. W.: Personal communication. 3. Hollander, W. M.: Personal communication.

Supplied: Tablets, 5 mg. (yellow) and 10 mg. (blue); bottles of 100, 500 and 1000. Tablets, 20 mg. (pesc-colored); bottles of 100 and 1000.

C I B A
SUMMIT, N. J.

2/21954

Fonte: CIBA (1956, p. 298).

A **Figura 1** traz os seguintes dizeres em seu título: “Traga o paciente deprimido de volta ao normal sem se preocupar com a estimulação excessiva... com a nova RITALINA®”. A marca Ritalin® recebe destaque, dominando o canto superior esquerdo, e o fármaco é descrito como “um agente feliz na estimulação psicomotora.” Os próximos dizeres descrevem as indicações e efeitos do produto: “Melhora o ânimo, alivia a fadiga física e a depressão mental... E não apresenta efeitos significativos na pressão arterial ou no apetite.” Esse último texto e o restante dos elementos textuais encontram-se dentro da figura principal que ocupa quase toda a peça.

Trata-se do contorno de um homem branco de meia idade, aparentemente cabibaixo, que está sentado em uma maleta. O sujeito está inclinado para frente com os braços pousados sob a coxa e as mãos suspensas no ar, posicionadas para baixo. Devido à qualidade e o ângulo da imagem não é possível saber qual sua expressão facial, mas sua postura prostrada passa uma sensação de desolação e tristeza. Apesar de ser apenas um contorno, é perceptível que está vestindo um traje social, chapéu e paletó. É possível vislumbrar melhor sua aparência e vestimenta na imagem menor posicionada no canto superior esquerdo, logo abaixo da referida marca Ritalina®. Nessa ilustração, a mesma pessoa está caminhando de braços dados com uma mulher. Ambos parecem conversar animadamente enquanto passam por um casal (também de braços dados) e um homem que conversam entre si.

Essa outra imagem consiste em uma estratégia muito comum na promoção de fármacos e outros produtos de saúde: mostrar o antes e o depois. Na **figura 1** essa estratégia é empregada sutilmente. Posteriormente, esse recurso seria aprimorado e culminaria em “estudos de caso comparativos” a fim de promover a Ritalina®. O restante do texto continua a narrar as qualidades do psicoestimulante; essas afirmações são complementadas com citações diretas de “estudos científicos”. Conforme o fabricante e suas fontes:

A Ritalina é um estimulante do Sistema Nervoso Central seguro e leve, que melhora o humor, alivia a fadiga psicogênica de maneira suave ‘sem recaídas e nervosismo’, combatendo a sedação excessiva causada por barbitúricos, clorpromazina, rauwolfia e anti-histamínicos. A Ritalina é ‘uma droga mais eficaz e menos intensa que as anfetaminas e seus derivados.’ (...) Não causa ‘palpitações, nervosismo, tremores ou a frequente pressão e desconforto no peito mencionada por pacientes em tratamento com dextroanfetamina.’ (CIBA, 1956, tradução minha)

Entre as características atribuídas à Ritalina® encontram-se a suavidade e a gentileza que promovem uma melhora no humor e reduz a fadiga “sem depressão e nervosismo”, contra-atacando a sedação excessiva causada por barbitúricos, agentes antipsicóticos (como a clorpromazina) e anti-histamínicos. O fármaco é apresentado como “um meio mais eficaz e menos exagerado que as

anfetaminas e seus derivados”, não causa a “palpitação, nervosismo, inquietação ou a pressão indevida no peito relatada por pacientes que utilizam dextroanfetamina” (um tipo de estimulante potente).

Figura 2. “Estimule o paciente psiquiátrico deprimido.”

AROUSE THE DEPRESSED PSYCHIATRIC PATIENT



Ritalin[®]
hydrochloride
(methyl-phenidylacetate hydrochloride CIBA)



Ritalin is a mild, safer cortical stimulant which is particularly “efficacious in the treatment of mild to moderate depressions in neurotic and psychotic patients.”

When Ritalin was given for 6 months to 127 withdrawn, dull, listless, apathetic, or negativistic institutionalized patients, 101 showed improvement in behavior and manageability. “Many returned to normal eating and toilet habits almost simultaneously with evidence of mental awakening. . . .”

In depressed states Ritalin provides needed stimulus without the wide swings of reaction caused by most stimulants. *It rarely causes palpitation, jitteriness, or hyperexcitation; has no appreciable effect on blood pressure, pulse rate or appetite.*

Dosage: 10 to 20 mg. b.i.d. or t.i.d., adjusted to the individual. *Supplied:* TABLETS, 5 mg. (yellow) and 10 mg. (blue); bottles of 100, 500 and 1000. TABLETS, 20 mg. (peach-colored); bottles of 100 and 1000.

References: 1. Nove, R. H., and Williams, D. B.: Personal communication. 2. Ferguson, J. T.: Paper presented at American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutics, Iowa City, Iowa, Sept. 9, 1955.

C I B A SUMMIT, N. J. 2/21958

Fonte: CIBA, (1956, p.501).

O título da **Figura 2** pode ser traduzido como “Estimule o paciente psiquiátrico deprimido”. Abaixo dos dizeres, uma fotografia de uma jovem mulher domina mais da metade da página. Ela está sentada próximo a uma janela, com as mãos cruzadas sobre os joelhos, a mão esquerda segura o dedo indicador da mão direita e sua cabeça está inclinada para baixo e seu olhar fixado no chão. Sua expressão facial passa tristeza, desgosto e talvez até negação. Seus cabelos estão despenteados e ela veste um avental hospitalar.

Antes de passar aos elementos textuais, comento a imagem menor, localizada no canto inferior direito da página e abaixo do logo destacado do medicamento. Trata-se do mesmo recurso empregado na imagem anterior onde as imagens servem de comparação entre “antes e depois” de o paciente tomar o medicamento, sugerindo que, após o uso do estimulante, seria possível uma retomada da ação pelo paciente. A fotografia mostra a mesma jovem recebendo um copo (supostamente com a medicação) das mãos de uma enfermeira (ou auxiliar) que aparece de costas. Seu semblante está totalmente mudado, ela está sorrindo, seus cabelos estão penteados e seus olhos passam uma certa satisfação enquanto estende sua mão para receber o copo. Nos elementos textuais, a Ritalina® continua a ser apresentada como um estimulante suave e seguro. As citações diretas continuam a completar as frases, o medicamento seria particularmente “eficaz no tratamento de depressão branda e moderada em pacientes neuróticos ou psicóticos”.

No próximo segmento, aparece uma referência a um trabalho apresentado em um evento. O estudo citado afirma que o metilfenidato foi receitado por seis meses a 127 pacientes institucionalizados que apresentavam entorpecimento, reclusão, apatia ou atitudes negativas. Deste total, 101 demonstraram melhora no comportamento e, conforme o trabalho, “Muitos retomaram a alimentação normal e hábitos de higiene, quase simultaneamente evidenciando clareza mental [...]” A seguir, o texto exalta as qualidades do produto e garante que o mesmo não causa efeitos adversos semelhantes aos de outros estimulantes, como mudanças repentinas de humor. Também é dito que raramente causa palpitação, nervosismo ou excitação em demasia, além de não alterar significativamente a pressão arterial e o apetite.

Figura 3. “Se a fadiga crônica e a depressão leve fazem tarefas simples parecerem complicadas...”

if chronic fatigue and mild depression make simple tasks seem this big...

Ritalin® (methylphenidate CIBA) relieves chronic fatigue that depresses and mild depression that fatigues

Ritalin gently overcomes mild depression and the fatigue so often associated with it. The drug brightens mood and improves performance, helps restore self-reliance, enthusiasm, and drive. Patients often report that fatigue and worry seem to vanish; they are able to go all day without getting tired.

Widely cited for its outstanding record of safety, Ritalin is virtually free of the toxic effects of the more potent antidepressants. Its action is usually unopposed by excessive stimulation or sudden labors.

Ritalin is exceptionally well tolerated, even by the elderly.

CONTRAINDICATIONS: Marked anxiety, tension, agitation. Contra-indicated in patients with glaucoma and with epilepsy, except to control leakage induced by anticholinergic drugs. **WARNING:** Should not be used for severe depression (especially of endogenous kind) except in the hospital under careful supervision. Should not be used to increase mental or physical capacities beyond physiological limits.

PRECAUTIONS: Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary. Use cautiously with vasopressors (e.g., epinephrine, levaterolol, angiotensin amide) and in patients with hypertension.

SIDE EFFECTS: Nervousness, insomnia, anorexia, nausea, dizziness, palpitation, headache, drowsiness, skin rash. Rarely, blood pressure and pulse changes, both up and down, occur. **Over** psychic behavior and psychic dependence in emotionally unstable persons have occurred rarely.

DOSAGE: Administer orally in divided dose 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Dosage will depend upon indication and individual response; the average range being 20 to 60 mg daily.

SUPPLIED: Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA) Tablets, 10 mg (orange), 10 mg (pink green) and 5 mg (pink yellow). Consult complete product literature before prescribing. CIBA Pharmaceutical Company, Summit, N. J.

Whitman 42 C I B A

Fonte: CIBA (1966, p. 158-159).

O título da **Figura 3** é: “Se a fadiga crônica e a depressão leve fazem tarefas simples parecerem complicadas... Ritalina® Alivia fadiga crônica que deprime e depressão leve que fatiga” A fotografia da esquerda mostra uma senhora de óculos e avental sentada atrás de uma mesa olhando para um saco de papel. A mesa, repleta de batatas, contém ainda um grande escorredor de aço inox e outro saco de papel caído com vagens. A personagem parece visivelmente enfadada com a mão apoiada na cabeça, seus lábios arqueados para baixo sugerem tristeza e insatisfação. Na foto ao lado, a mesa parece menos abarrotada, uma faca descansa no lado direito e uma panela branca ocupa o centro do móvel. A mulher está com uma vagem nas mãos e ela observa o escorredor com algumas batatas descascadas em seu interior.

A expressão da senhora é muito curiosa. Se antes ela parecia enfadada, agora carrega um olhar vazio e distante, suas pálpebras estão semicerradas e ela parece estar desempenhando a tarefa de forma extremamente mecânica. O corpo do texto anuncia que: “A Ritalina elimina a depressão leve e a fadiga frequentemente associada a ela. A substância anima o humor e melhora a performance, restabelece a atenção, energia e o entusiasmo.” E segue:

Pacientes frequentemente relatam que a fadiga e as preocupações desaparecem; eles conseguem ficar dispostos durante todo dia. Amplamente mencionada por seu excelente histórico de seguran-

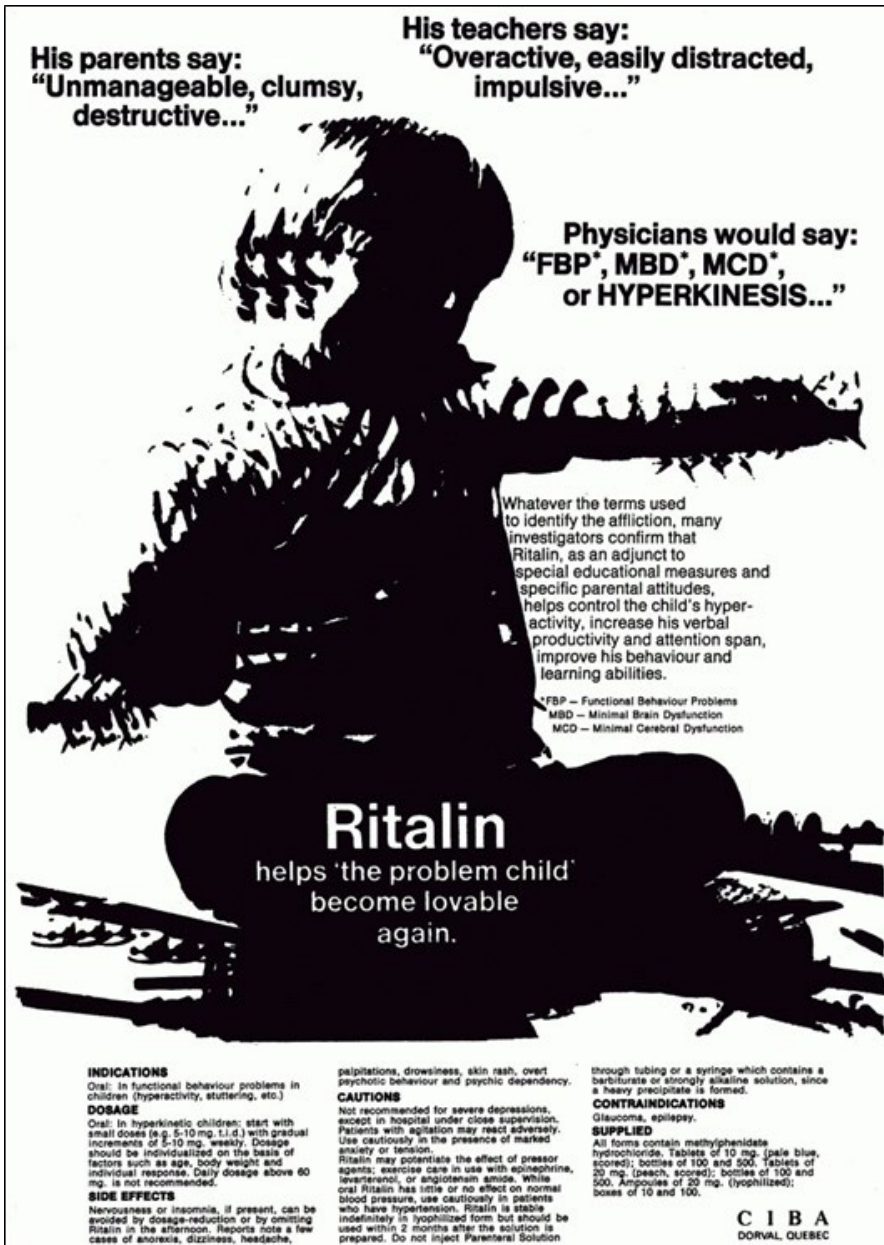
ça a Ritalina é praticamente livre dos efeitos nocivos dos antidepressivos mais potentes. Seu efeito geralmente não é prejudicado por estimulação em demasia ou decepção repentina. A Ritalina é excepcionalmente bem tolerada mesmo pelos idosos. (CIBA, 1966, tradução minha).

As contra indicações se mantêm em relação aos anúncios anteriores, exceto pelo alerta sobre o uso em pacientes com glaucoma e epilepsia e em casos de letargia induzida por drogas anticonvulsionantes. Uma novidade na parte das Advertências é que o produto não deve ser empregado em casos de depressão grave (exógena ou endógena). Também alerta que pacientes agitados podem reagir de forma adversa e que a terapia deve ser interrompida se necessário. Os efeitos colaterais se mantêm (nervosismo, insônia, anorexia, etc.) com a adição de manchas na pele.

Na condição de formas midiáticas, as propagandas de medicamentos (assim como revistas de moda ou saúde por exemplo) se caracterizam como documentos privilegiados do ponto de vista analítico. As imagens de peças publicitárias como a Figuras 3, que empregam imagens comparativas (“antes e depois”) mostram mulheres “deprimidas”, “desatentas”, “desprovidas de energia e entusiasmo” e, portanto, incapazes de desempenhar suas “tarefas” (voltarei a isso em breve). As produções midiáticas que unem texto e imagem sugerem, entre outras coisas, que a depressão dificultava o andamento de suas tarefas domésticas.

Consequentemente, uma “mulher normal” não teria qualquer dificuldade para tocar seus afazeres domésticos. O que leva à constatação perversa de que, após utilizarem a Ritalina®, essas mulheres retomam suas vidas, deixam de ser deprimidas, adquirem energia, entusiasmo e “potencializam sua performance” (para que lavem pratos e descasquem batatas).

Figura 4. "Ritalina ajuda a criança problema a ser adorável novamente."



His parents say:
"Unmanageable, clumsy,
destructive..."

His teachers say:
"Overactive, easily distracted,
impulsive..."

Physicians would say:
"FBP*, MBD*, MCD*,
or HYPERKINESIS..."

Whatever the terms used to identify the affliction, many investigators confirm that Ritalin, as an adjunct to special educational measures and specific parental attitudes, helps control the child's hyperactivity, increase his verbal productivity and attention span, improve his behaviour and learning abilities.

*FBP — Functional Behaviour Problems
MBD — Minimal Brain Dysfunction
MCD — Minimal Cerebral Dysfunction

Ritalin
helps 'the problem child'
become lovable
again.

INDICATIONS
Oral: in functional behaviour problems in children (hyperactivity, stuttering, etc.)

DOSEAGE
Oral: in hyperkinetic children: start with small doses (e.g. 5-10 mg. t.i.d.) with gradual increments of 5-10 mg. weekly. Dosage should be individualized on the basis of factors such as age, body weight and individual response. Daily dosage above 60 mg. is not recommended.

SIDE EFFECTS
Nervousness or insomnia, if present, can be avoided by dosage-reduction or by omitting Ritalin in the afternoon. Reports note a few cases of anorexia, dizziness, headache,

palpitations, drowsiness, skin rash, overt psychotic behaviour and psychic dependency.

CAUTIONS
Not recommended for severe depressions, except in hospital under close supervision. Patients with agitation may react adversely. Use cautiously in the presence of marked anxiety or tension. Ritalin may potentiate the effect of pressor agents; exercise care in use with epinephrine, levaterenol, or angiotensin amide. While oral Ritalin has little or no effect on normal blood pressure, use cautiously in patients who have hypertension. Ritalin is stable indefinitely in lyophilized form but should be used within 2 months after the solution is prepared. Do not inject Parenteral Solution

through tubing or a syringe which contains a barbiturate or strongly alkaline solution, since a heavy precipitate is formed.

CONTRAINDICATIONS
Glaucoma, epilepsy.

SUPPLIED
All forms contain methylphenidate hydrochloride. Tablets of 10 mg. (pale blue, scored); bottles of 100 and 500. Tablets of 20 mg. (peach, scored); bottles of 100 and 500. Ampoules of 50 mg. (lyophilized); boxes of 10 and 100.

C I B A
DORVAL, QUEBEC

Fonte: CIBA (1971, p. 108).

A **Figura 4** aparece repetidamente entre 1971 e 1975 no periódico *Canadian Family Physician*. O anúncio aparece apenas em revistas canadenses, mas a imagem utilizada é uma versão editada da primeira fotografia da peça anterior. As peças do brinquedo são visíveis e a silhueta do menino é inconfundível. De acordo com o título em destaque:

‘Seus pais disseram: “Incontrolável, desastrado, destrutivo...” Seus professores disseram: ‘Hiperativo, se distrai com facilidade, impulsivo...’ Os médicos diriam: FPB (Problema Funcional de Comportamento), MDB (Disfunção Cerebral Mínima), MCD (Lesão Cerebral Mínima), Hipercinésia...” (CIBA, 1971, tradução minha)

O corpo do texto descreve que:

Independente dos termos usados para identificar o problema, muitos pesquisadores confirmaram que se a Ritalina® for utilizada em conjunto com métodos de educação especial e cuidados paternos específicos pode ajudar a controlar a hiperatividade da criança, melhorara sua fluência verbal, capacidade de atenção, comportamento e aprendizagem. Com a ajuda da Ritalina® a ‘criança problema’ volta a ser adorável. (CIBA, 1971, tradução minha)

O texto não menciona a normalização de um comportamento prejudicial ou indesejado. As palavras-chave aqui são “controle” e “manejo” do transtorno. A “criança problema” deve ser medicada. Apenas o controle dessa conduta impulsiva pode fazer com que volte a ser uma “criança adorável”. A educação familiar e medidas inclusivas na escola são mencionadas, mas, em última instância, fica claro que é a substância que possibilita o controle do comportamento irrefreável, garantindo obediência e docilidade.

Os efeitos colaterais sugerem que, se a substância causar irritabilidade ou insônia, basta reduzir a dosagem ou deixar de administrar a droga na parte da tarde. Avisa também que foram relatados alguns casos de anorexia, tontura, dor de cabeça, palpitações, sonolência, erupção cutânea, manifestação de comportamento psicótico e dependência psíquica.

6. ANÁLISE DO MATERIAL PUBLICITÁRIO

Percebe-se que o material publicitário, publicado entre 1956 e 1966, sugere um esforço em estabelecer a Ritalina® como uma droga que, em certo, sentido desafia um diagnóstico único. Os anúncios descrevem o medicamento como uma substância capaz de tratar vários diagnósticos, além de funcionar em conjunto com a psicoterapia. Ilna Singh aponta que o público alvo era composto, basicamente,

por pacientes adultos, tanto homens quanto mulheres (2007, pp.134-135). Essa estratégia permitia que a droga fosse prescrita a um grupo de pacientes acometidos não por uma única doença específica, mas por um conjunto de sintomas amplos e efeitos normais do envelhecimento, como a fadiga e indisposição, por exemplo.

O uso da Ritalina® em crianças havia sido aprovado pela FDA em 1961 (CONRAD, 1961, p. 14), e Singh (2007, p. 140) assinala que, nesse período, diversos artigos publicados em periódicos influentes haviam documentado a superioridade do metilfenidato em relação aos tranquilizantes no tratamento de crianças hiperativas e distraídas. A despeito disso, as peças publicitárias nunca foram dedicadas a esse grupo de pacientes. A dedicação da CIBA com o público infantil está diretamente relacionado à emergência de um novo transtorno, a Disfunção Cerebral Mínima (DCM). Legnani e Almeida (2008) apontam que a Disfunção Cerebral Mínima foi precedida pela Minimal Brain Damage (Lesão Cerebral Mínima, LCM). Segundo as autoras, a alteração na nomenclatura ocorreu ao longo da década de 1960. A mudança foi motivada pela falta de dados de pesquisa empíricos que pudessem comprovar que a LCM seria, de fato, causada por uma lesão no “aparato cerebral” (LEGNANI; ALMEIDA, 2008, p.6).

Se, por um lado, o abandono da categoria LCM em favor da DCM foi um marco importante na redefinição dos problemas de aprendizagem e transtornos comportamentais, esse movimento também propiciou a criação de um novo nicho de mercado para laboratórios como a CIBA (SINGH, 2007, p. 140). De acordo com Barros (2009, p.44), um dos fatores determinantes para a aceitação da nova categoria foi a publicação do guia diagnóstico *Minimal Brain Dysfunction in Children: Terminology and Identification*. O documento foi elaborado por uma comissão de médicos coordenadas pelo psiquiatra Samuel D. Clements. Segundo Singh (2007, p. 140), a proposta foi compilar a vasta literatura médico-científica sobre transtornos de aprendizagem produzida nos últimos trinta anos. O projeto recebeu financiamento do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e da *National Association for Crippled Children and Adults* (CLEMETS, 1966). Os profissionais foram divididos em três equipes: (1) identificação e terminologia; (2) diagnóstico e tratamento; e (3) pesquisa. O projeto foi iniciado oficialmente em 1964 (CLEMETS, 1966, pp. 3-4). O documento chegou à seguinte definição de Disfunção Cerebral Mínima

O termo disfunção cerebral mínima refere-se a crianças com inteligência geral próxima da média, média ou acima da média, evidenciando certas dificuldades de aprendizagem e de comportamento, que podem manifestar-se de forma moderada ou severa, e que estão associadas a desvios de função do sistema nervoso central. Tais desvios podem-se manifestar em várias combinações e graus disfuncionais na percepção, na conceitualização, na linguagem, na memória e no controle da atenção, da impulsividade e da função motora. (CLEMETS, 1966, p. 9)

O Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, principal órgão financiador do projeto, promoveu um amplo debate com o objetivo de instruir os médicos e o público sobre a Disfunção Cerebral Mínima. Foram distribuídos panfletos, brochuras e curta-metragens informativos sobre como identificar, diagnosticar e tratar a DCM.

Os meios de comunicação de massa iniciaram um debate acalorado sobre o crescimento da indústria farmacêutica e sobre os diagnósticos médicos e “o uso de psicotrópicos no cotidiano das pessoas e sua administração em crianças.” (BARROS, 2009, p. 44). A segunda versão do DSM, publicado em 1968 (DSM-II), não incluiu a Disfunção Cerebral Mínima, mas os seus principais sintomas (desatenção, impulsividade e hiperatividade) foram descritos no “Transtorno de Reação Hiperkinética”, listado no grupo de Desordens comportamentais da infância e adolescência (APA, 1968, p.50). É esse contexto que propiciou a promoção da Ritalina® como uma droga eficaz no controle desses sintomas que foram examinados nas nove propagandas publicadas entre 1970 e 1979, analisadas neste segmento.

O material publicitário, desenvolvido a durante a década de 1970, reforça a associação do comportamento inquieto e hiperativo com o gênero masculino e consolida efetivamente a Ritalina® como a droga de escolha para o tratamento do comportamento impulsivo em meninos. De acordo com Hentoff (apud CONRAD, 1975, p. 160), a CIBA lucrou US\$13 milhões com as vendas da Ritalina® apenas em 1971, valor equivalente a 15% de seu lucro bruto total naquele ano. Isso não significa que a CIBA-GEIGY deixou de promover o metilfenidato para outros grupos de pacientes. Significa apenas que o laboratório passou a explorar um nicho de mercado muito mais lucrativo¹⁴.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma parte da história da Ritalina® pode ser narrada por meio de sua promoção em jornais médicos. Foram analisadas 4 propagandas do produto veiculadas em diferentes revistas científicas entre 1956 e 1975. A análise realizada demonstra como a Ritalina® é inicialmente indicada para tratar condições como narcolepsia,

(14) Também é preciso levar em conta que a publicação de anúncios em periódicos médico-científicos é apenas uma das muitas formas de promoção. Além desse espaço, as companhias farmacêuticas enviavam material promocional aos médicos pelo correio e contavam com um numeroso efetivo de representantes farmacêuticos que telefonavam para os médicos e visitavam seus consultórios entregando amostras grátis de medicamentos (REHDER, 1965, p. 286). É perceptível que os anúncios representam uma transformação e criação de “pessoas” diferentes, sejam eles adultos, crianças ou idosos.

depressão leve e fadiga crônica em adultos. As propagandas veiculadas entre 1956 e o final da década de 1960 apresentam homens e mulheres brancos de meia idade ou idosos acometidos de fadiga crônica e depressão. As peças destacam os benefícios da Ritalina®, caracterizada como uma substância de ação suave com poucos efeitos colaterais. A propaganda de 1971 inaugura um padrão que revela como a CIBA passou a promover a Ritalina® para tratar a Disfunção Cerebral Mínima (DCM). O material publicitário, desenvolvido nos anos 1970, investe substancialmente em meninos com problemas de comportamento relacionados à DCM. É possível sugerir, com base nesta observação e outras constatações recorrentes na bibliografia, que a Ritalina® e a DCM foram promovidas simultaneamente. Em contraste ao material lançado entre os anos de 1956 e 1960, é perceptível a centralidade conferida à DCM, revelando uma obsessão em conciliar o produto com a referida condição. Esse esforço resulta na associação recorrente da Ritalina® com a desatenção e impulsividade que perdura até os dias atuais.

A mudança de perfil associada às indicações médicas da Ritalina®, que ocorre na passagem dos anos 1960 para os anos 1970, parece indicar uma série de associações e transformações que serão aqui discutidas brevemente. Como já indicado na introdução deste trabalho, os processos de medicalização transcorridos ao longo do século XX, apontam para um investimento cada vez maior dos laboratórios farmacêuticos em criar novas condições ou doenças a serem tratadas e definidas a partir do uso de fármacos específicos. A forma como a DCM aparece associada à Ritalina® nas propagandas pode ser tomada como um indício desse processo mais geral descrito por outros autores.

As indicações e usos da Ritalina®, que mais tarde passarão também a definir o TDAH, têm sido apontadas dentro dos quadros de alargamento dos processos de medicalização definidos a partir do êxito das chamadas “drogas de estilo de vida”. De um modo geral, o termo “drogas de estilo de vida” (*life-style drugs*) remete a fármacos desenvolvidos para combater os efeitos do envelhecimento ou tratar condições como calvície, disfunção sexual e obesidade (ATKINSON, 2002, p. 909), entre os quais destaco o Viagra®, o Prozac® e o Xenical®, medicamentos indicados para tratar condições como depressão, disfunção erétil e obesidade (AZIZE, 2002).

O ponto a ser destacado aqui é que estas drogas de “estilo de vida”, assim como alguns tipos de uso da Ritalina®, permitem vislumbrar a conformação de novos modelos ou padrões de exigência em relação a vários tipos de sujeitos: das mulheres donas de casa felizes e homens executivos produtivos, passando pelos idosos ativos aos meninos bem-comportados. Outro argumento importante, que se destaca na bibliografia contemporânea sobre (bio)medicalização e subjetividade, se refere à própria influência mais específica de agentes bioquímicos na conformação de novas subjetividades. Os dados epidemiológicos sobre a expansão da prevalência

do TDAH e o aumento do consumo, somado às complexas relações entre diversos atores mencionados sugerem que está sendo estabelecido um vasto mercado corporativo que nos transforma, nas palavras de Emily Martin, em “sujeitos farmacêuticos” (2006), ou nos, termos de Nikolas Rose (2007), em “sujeitos neuroquímicos”.

Isso leva diretamente à Ritalina®, e é interessante perceber sua emergência como uma forma de aprimorar a cognição. Apesar de as peças publicitárias analisadas não apresentarem nenhuma referência formal desse uso, e frequentemente o texto indicar que o metilfenidato “não deve ser utilizado para aumentar as capacidades físicas ou mentais além dos limites normais”, é preciso discutir seu alcance na promoção de novas indicações médicas ou não médicas (os chamados usos recreativos ou pró-desempenho). É possível sugerir, por exemplo, que todos os benefícios associados ao uso da Ritalina® que aparecem nas propagandas, abriram caminho para a consideração desse medicamento como capaz de gerar formas de aprimoramento, inclusive cognitivo. Isso também estaria associado à conformação de novos modelos de exigência e consumo que seriam explorados na promoção de novas drogas e diagnósticos pelos laboratórios farmacêuticos.

Assim, esse estudo de caso das propagandas pode ser entendido como corroborando as proposições de Peter Conrad (1975, 2007) sobre os processos de medicalização, mencionados na introdução deste trabalho. As categorias que aparecem nos anúncios (depressão leve, fadiga crônica, hiperatividade, etc.) são entendidas como condições médicas passíveis de tratamento e controle por meio da Ritalina®. As advertências de que a substância não deve ser empregada para aumentar as capacidades físicas e cognitivas para além do normal estão relacionadas com a possibilidade de abuso do medicamento, mas preparam o terreno para um fenômeno mais abrangente: a biomedicalização.

Este conceito foi proposto pela socióloga norte-americana Adele Clarke e colegas (2003). Do ponto de vista das autoras, o processo de medicalização passou por mudanças dramáticas ao longo da década de 1980, que derivam das inovações tecnológicas da biomedicina e culminam no fenômeno da biomedicalização. Faro et al. (2013, p. 282) assinalam que o “[...] prefixo “bio” sinaliza as transformações que tais tecnologias produzem em processos biológicos da vida humana e não-humana”. A biomedicalização envolve não só o controle dos corpos, da saúde e da vida, mas também sua transformação por meio de inovações tecnocientíficas como a biologia molecular, biotecnologias, genômica, doação de órgãos e novas tecnologias médicas, notadamente drogas (CLARKE et. al, 2003, p. 162). Uma dessas transformações é o uso de fármacos para aprimorar a cognição.

Em outra produção, Clarke e Shim (2011, p. 173) apontam que a biomedicalização pode ser situada como parte do deslocamento mais amplo do olhar médico proposto por Foucault (1975) para aquilo que Rose (2007) chamou de

olhar molecular. Em outras palavras, a molecularização é descrita por Rose como a passagem entre a concepção biomédica molar (centrada no corpo) para aquela que investiga os fenômenos da vida humana ao nível molecular. Se, nas décadas de 1960 e 1970, a Ritalina® era utilizada para “normalizar” os indivíduos, no contexto atual da biomedicalização esse psicofármaco é empregado não apenas para tratar o TDAH, mas também como uma tecnologia individual de aprimoramento cognitivo. A análise das propagandas, a partir de um distanciamento histórico, foi extremamente valiosa para indicar estas transformações, e, ao mesmo tempo, relativizar as concepções mais recorrentes de que o uso da Ritalina® teria estado inicialmente associado de forma exclusiva ao tratamento de crianças hiperativas. Na verdade, o fato de que hoje em dia façamos uma associação quase natural entre a Ritalina® e o TDH indica o quanto esta trajetória de associação (em boa parte promovida pelo laboratório farmacêutico através da divulgação do medicamento) foi bem-sucedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, T. Lifestyle drug market booming. **Nature medicine**, v. 8, n. 9, p. 909-909, 2002.

AZIZE, Rogério Lopes. **A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras**. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, 118 p., Florianópolis, UFSC, 2002.

BARROS, Denise Borges. **Aprimoramento cognitivo farmacológico: grupos focais com universitários**. Dissertação de Mestrado em Medicina Social, 114 p., Universidade do Estado do Rio de Janeiro Instituto de Medicina Social. 2009.

BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce; KNOLLMANN, Björn C. (Ed.). **Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics**. New York: McGraw-Hill Medical, 2084 p., 2011.

CIBA. **California Medicine**, Abr; 84 (4): p. 298. 1956. Disponível em: <ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1532369/pdf/califmed00268-0002.pdf> [acesso ago. 2016].

_____. **Psychosomatic Medicine**, Vol. 18, No. 6. Nov.-Dez. p. 501. 1956. Disponível em: <http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/toc/1956/11000> [acesso ago. 2016].

_____. **JAMA**, Vol.196 No. 9, pp. 158-159. 1966.

_____. **Canadian Family Physician**, Vol. 17, No. 2, p. 108. 1971.

CLARKE, A.; et al. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. **American Sociological Review**, vol. 68, p. 161-194, Abril, 2003.

CLARKE, A.; SHIM, JK. Medicalization and biomedicalization Revisited: technoscience and transformations of health, illness and biomedicine., p. 173-199. Em: PESCO-SOLIDO, Bernice A. et al. (Ed.). **Handbook of the sociology of health, illness, and healing: a blueprint for the 21st century**. Springer Science & Business Media, 2011.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Social problems**, Los Angeles, v. 23, n. 1, p. 12-21, Oct. 1975.

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

CONRAD, P.; BARKER, K. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. **Idéias** - Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, vol. 2, n 2 (3), p. 185-220, UNICAMP/SP, 2011.

FARO, L.; et. al. Homem com “H”: ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. **Cad. Pagu**, Campinas, n.40, p. 287-321, 2013.

ITABORAHY, C; ORTEGA, F. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 3, p. 803-816, 2013.

LEGNANI, N; ALMEIDA, S. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, p. 02-13, 2008.

MOON, Nathan William. **The amphetamine years: A study of the medical applications and extramedical consumption of psychostimulant drugs in the postwar United States 1945-1980**. Tese de Doutorado, 396 p. GEORGIA INSTITUTE OF TECHNOLOGY. 2009.

REHDER, Robert R. Communication and opinion formation in a medical community: The significance of the detail man. **Academy of Management Journal**, v. 8, n. 4, p. 282-291, 1965.

REIS, A. P. **Do corpo sedutor ao corpo invisível: a menopausa em uma perspectiva antropológica**. Dissertação de Mestrado apresentado ao ISC, 226 p. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2000.

ROHDEN, F. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, v. 15, n. supl, p. 133-152, 2008.

_____. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.17, n. 1, pp. 89-109, Abril, 2009.

ROSE, N. Neurochemical selves. **Society**, vol. 41, n. 1, pp. 46-59. 2003.

_____. **The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: A “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 9, n. 3, pp. 460-483. 2006.

SENNÁ, R. A. **Mulher, menopausa e climatério**: uma análise do discurso em periódicos de medicina. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social, 183 p. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Passagens de idade**: uma análise antropológica sobre as articulações entre o saber biomédico e o saber leigo no discurso de mulheres de camadas médias. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Medicina Social, 184 p. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

SINGH, I. Bad boys, good mothers and the ‘miracle’ of Ritalin. **Science in Context**, vol. 15, n. 4, pp. 577-603. 2002.

_____. **Not just naughty**: 50 years of stimulant drug advertising. *Medicating Modern America* (eds. A. Toon & E. Watkins), NYU Press, 131-155. 2007.

SHORTER, Edward. **Before Prozac**: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry. Oxford University Press, 2009.

FONTES PRIMÁRIAS

AFTALION, Fred. **A History of the International Chemical Industry**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1991.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 2. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968.

_____. **DSM IV-TR**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2000.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Pediatrics**, vol. 105, n.º.5, May 1, 2000.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário Boletim de **Farmacoepidemiologia do SNGPC**, ano 2, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. 2012.

CLEMENTS, Sam D. **Minimal brain dysfunction in children**: Terminology and identification. US Department of Health, Education and Welfare, 1966.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Psychotropic substances**: statistics for 1995, assessments of annual medical and scientific requirements for substances. New York: United Nations; 1995. Disponível em: <<http://www.incb.org>> Acesso em: ago. 2016.

_____. **Psychotropic substances:** statistics for 1996, assessments of annual medical and scientific requirements for substances. New York: United Nations; 1996. Disponível em: <<http://www.incb.org>> Acesso em: ago. 2016.

_____. **Psychotropic substances:** statistics for 1998, assessments of annual medical and scientific requirements for substances. New York: United Nations; 1998. Disponível em: <<http://www.incb.org>> Acesso em: ago. 2016.

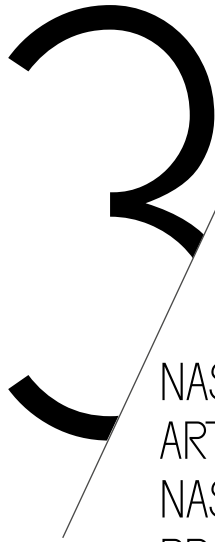
_____. **Psychotropic substances:** statistics for 2006, assessments of annual medical and scientific requirements for substances. New York: United Nations; 2008. Disponível em: <<http://www.incb.org>> Acesso em: ago. 2016.

LEONARD, Brian E. et al. Methylphenidate: a review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects. **Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental**, v. 19, n. 3, p. 151-180, 2004.

MYERS, Richard Leroy. **The 100 most important chemical compounds:** a reference guide. ABC-CLIO, 352 p. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** CID-10. 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>> Acesso em: ago. 2016.

ROHDE, L. A.; et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revist Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 22, supl. 2. P. 7-11, 2000.



NASCIMENTO DOS DADOS:
ARTEFATOS E MEDIAÇÕES
NAS PRÁTICAS COTIDIANAS DA
PRODUÇÃO DA POPULAÇÃO EM
PORTO ALEGRE, BRASIL.

VITOR SIMONIS RICHTER

Doutorando em Antropologia Social no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS).

I. INTRODUÇÃO

O documento chamado Declaração de Nascido Vivo (DNV) tem sido usado no Brasil desde o início dos anos 1990 como tecnologia de incentivo e controle do registro civil. Preenchida nos hospitais, a DNV deve ser apresentada pela mãe ou pelo pai de um recém-nascido nos cartórios de registro civil de pessoas naturais para que a certidão de nascimento, documento fundamental da vida civil do cidadão brasileiro, possa ser obtida. A DNV consiste em uma “prova” ou um “testemunho” da instituição hospitalar que a criança registrada seria “verdadeiramente” filho/a dos pais que carregam aquele documento. É um artefato que transporta um “fato” estabelecido no hospital até o cartório onde o nascimento é registrado. Este registro, por sua vez, é usado como uma tecnologia de legibilidade (SCOTT, 1998; DAS; POOLE, 2004) para a construção de uma “visão sinóptica” por parte de especialistas da burocracia administrativa estatal.

Na medida em que a utilização da DNV foi se consolidando no cotidiano das maternidades e cartórios de registro, ela passou a ser usada, também, para a construção de conhecimento sobre a saúde de parturientes e recém-nascidos. Desde 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que uma taxa de cesarianas acima de 15% não pode ser justificada do ponto de vista médico (WHO, 1985) e recomenda aos países que desenvolvam estratégias para que essa taxa seja mantida baixa. Com a permanência de altas taxas de partos cesarianos no país¹, a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, colocou em circulação, no ano de 2011, um novo formulário da DNV. Entre as principais modificações está a inclusão de um novo campo de questões que visam avaliar as condições sob as quais os partos naturais e cirúrgicos estão sendo realizados no país.

Neste capítulo, descrevo as modificações na DNV, o ponto de vista de gestores do Ministério da Saúde que participaram da elaboração do novo formulário e os desafios que estas trouxeram para o cotidiano da Equipe de Eventos Vitais (EEV) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre (CGVS), responsável por administrar a distribuição da DNV para hospitais da cidade e inserir as informações construídas através de sua mediação no Sistema Nacional de Informações Referentes a Nascidos Vivos (SINASC). A partir da descrição das modificações no formulário da DNV, busco enfatizar as práticas cotidianas que materializam as estratégias de vigilância, de identificação e de produção de “fatos” sobre a saúde da população de parturientes e recém-nascidos.

(1) De acordo com a pesquisa Nascer no Brasil (LANSKY et al., 2014), o país conta com uma taxa de 53,7% de partos cesarianos, uma taxa que sobe para 90,8% se considerados apenas os hospitais particulares (TORRES et al, 2014).

Durante dez meses de trabalho de campo com a Equipe de Eventos Vitais da Secretaria Municipal de Porto Alegre (EEV), ao longo do ano de 2011, tive a oportunidade de observar a introdução de uma nova versão da Declaração de Nascido Vivo (DNV), especialmente a via branca pela qual são responsáveis. Isso me permitiu acompanhar de perto os percalços do processo de adaptação da equipe, assim como das outras instituições e atores envolvidos na rede da produção do registro civil e dados epidemiológicos sobre parturientes e seus recém-nascidos. A partir desses elementos, exploro as relações criativas e contingentes entre artefatos e atores que participam da produção da população e de seu traslado até os escritórios gestores de políticas de saúde pública no contexto particular do Brasil contemporâneo. A intenção de descrever esses procedimentos não é diagnosticar “problemas” a serem sanados e sim destacar como os procedimentos burocráticos que produzem o Estado na prática são menos coerentes que a ideia do “Estado que tudo vê” (SCOTT, 1998) poderia sugerir.

Nessa intenção, me detenho nas práticas que envolvem a via branca da DNV, pois é a partir dela que a EEV faz a inserção dos dados no Sistema Nacional de Informações referentes a Nascidos Vivos (SINASC) e produz seus relatórios anuais, reunindo um conjunto de inscrições (LATOURETTE, 1986, 2000, 2001) que permitam a visão sinóptica (SCOTT, 1998) da saúde de uma parcela da população: aquela que está dando à luz e aquela que está vindo ao mundo.

Aqui, o termo inscrição não é uma metáfora. Inscrever é uma das principais atividades que performam e materializam o Estado em nossas vidas². Para Dardot (1991, p. 226), “quem não está inscrito não é somente ‘marginal’ – categoria própria à cultura escrita, que definiu margens –, mas se descobre radicalmente privado de existência. Cada um de nós deve provar cotidianamente sua existência através de papéis”. A certificação de existência é dada pelo registro de informações inscritas em documentos normatizados, codificados, reconhecidos, autenticados pelas instituições estatais através da escrita. Porque não podemos demonstrar por nós próprios o que dizemos, necessitamos de provas materiais que atestem nossa autoidentificação, documentos que nos digam quem somos porque nossa palavra não é suficiente (PEIRANO, 2006, 2009).

(2) Aradhana Sharma e Akhil Gupta (2006) defendem que é nas práticas cotidianas que as pessoas aprendem algo sobre o Estado. “Seja nas práticas de esperar em filas para obter mensalmente suprimentos ou enviar uma correspondência, ter uma declaração notariada [notarized] ou responder questões de um censo oficial, pagando impostos ou sendo auditado, aplicando para um passaporte ou comparecendo a audiências em tribunais, o Estado enquanto uma instituição é substanciada na vida das pessoas através de práticas burocráticas aparentemente banais” (SHARMA; GUPTA, 2006, p. 11; tradução minha; grifos dos autores). Sobre a importância das práticas de escrita na produção do Estado, ver também Goody (1987), Gupta (2012), Hull (2012) e Lowenkron e Ferreira (2014).

O processo de escrita, fundamental para o estabelecimento do Estado burocrático, permite uma administração especializada na qual prevalece a intenção de objetividade baseada nas relações impessoais. Para Miranda (2000, p. 61), a consolidação jurídica da escrita ocorreu por “tornar explícito o que nem sempre era claro na comunicação oral, de modo que a existência do registro escrito era entendida como a garantia de uma única interpretação do pacto estabelecido”. Implícito no pacto está a constante preocupação jurídica com a objetividade contra a falsificação e a impostura.

O documento remete à experiência comum a todos os cidadãos de uma sociedade sustentada na obrigação de portar papéis confiáveis sobre si para autenticar a afirmação de ser efetivamente quem diz ser: nome, sobrenome, sexo, idade, data e lugar de nascimento. Sempre no plural, esses “papéis” dizem da participação de um sistema generalizado de inscrições que definem lugares e pertencimentos sociais. Não há lugar para os não inscritos não só no estado civil, mas também em uma série de instituições na vida cotidiana: sanitárias, médicas, escolares, militares, bancárias, profissionais. Os documentos apresentam uma ambiguidade entre a vigilância e controle e o acesso a direitos, serviços e programas de assistência. Para David Lyon (2009), a identificação é o ponto de partida da vigilância. O Estado, ao escolher categorias descritivas, diz “você é quem dizemos que você é”. Por isso, para o autor, “a distinção entre identidade e identificação é importante, mas é apenas isso, uma distinção” (LYON, 2009, p. 11). Nesse sentido, a vigilância trata fundamentalmente da produção de conhecimento sobre aquilo que é vigiado.

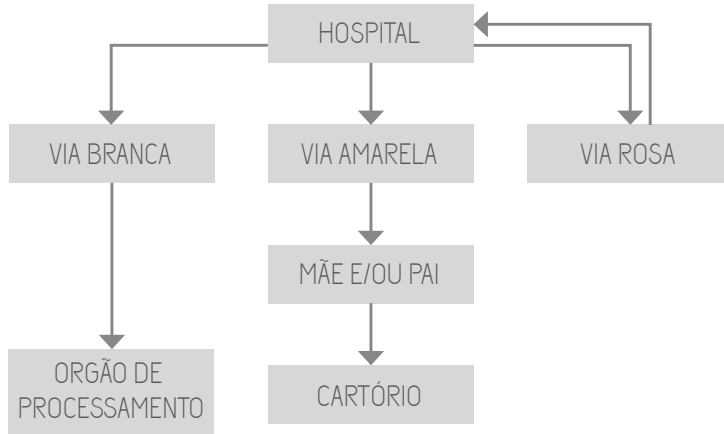
2. MAQUINAS DE OBJETIVIDADE: DNV, BUROCRACIA E CIÊNCIA

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) foi introduzida no Brasil a partir da criação do Sistema Nacional de Informações referentes a Nascidos Vivos (SINASC), em 1990. O SINASC tem como objetivo construir uma grande base de dados que permita análises epidemiológicas e demográficas acerca da população brasileira. A DNV é o documento que produz as informações acerca dos nascimentos que chegam até o banco de dados do SINASC. A DNV consiste em três finas folhas de papel – três vias – cada uma com cores distintas (branca, amarela e rosa) sobrepostas e unidas como uma espécie de bloco de notas. O preenchimento é realizado apenas na primeira folha, a branca, de modo que os traços fiquem legíveis nas outras fo-

lhas devido ao tipo do papel. Depois de ser preenchida no hospital³ pelas enfermeiras ou funcionários da administração das maternidades, cada via segue seu caminho através de diferentes atores até seu destino em diferentes instituições.

A “via branca” segue o caminho até a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) através da Equipe de Eventos Vitais (EEV). Esta equipe, sobre a qual me deterei mais adiante, busca, semanalmente, as DNVs preenchidas nas maternidades e as levam para seu escritório para inserir as informações no banco de dados do SINASC. A “via amarela” é entregue à parturiente que deve levar consigo ao Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais, no prazo de 60 dias⁴, para a emissão de uma certidão de nascimento⁵. A terceira via da Declaração de Nascido Vivo, de cor rosa, é mantida pela instituição hospitalar na qual o parto foi realizado para que seja incluída no prontuário médico da gestante.

Figura 1. Fluxograma da Declaração de Nascido Vivo



Fonte: Manual do SINASC (2010).

(3) Em casos de partos domiciliares, a DNV pode ser preenchida no próprio Cartório com a presença de duas testemunhas. No entanto, a recomendação formal para os casos de parto domiciliar é que as parturientes procurem as instituições hospitalares para os primeiros cuidados e, nesse momento, seja emitida a DNV.

(4) Esse prazo é reduzido para 15 dias se apenas o pai comparecer ao cartório. Depois desse prazo, a presença da mãe é obrigatória para a realização do registro civil.

(5) A entrega da via amarela para o registro civil, realizada nos hospitais, é acompanhada com preocupação por parte das enfermeiras e secretárias. Na maternidade de um grande hospital público, durante entrevista e visita guiada com a enfermeira-chefe, observei que as parturientes assinavam a retirada da DNV em um caderno que se encontrava no setor administrativo da mesma. Quando perguntei sobre tal prática, a enfermeira-chefe me disse que só permitiam a saída da paciente após ter assinado a retirada da DNV, “para depois não virem dizer que não entregamos e que querem uma segunda via”, completou. Sendo condição para a realização do registro civil, as enfermeiras recebem orientações para manter um controle rigoroso sobre a retirada da via amarela da DNV.

Enquanto uma tecnologia que combina identificação civil e produção de conhecimento epidemiológico da população, a DNV é aqui entendida como uma tecnologia de governo. Segundo Rose e Miller (1992, p. 273), as tecnologias de governo consistem no “complexo de programas mundanos, cálculos, técnicas, aparatos, documentos e procedimentos através dos quais autoridades buscam incorporar ambições governamentais”. Isto é, políticas, programas, projetos, leis e práticas que têm como objetivo incidir sobre a subjetividade e conduta das pessoas a serem governadas (ONG, 2003). Dentre estas táticas de governo, afirma Scott (1998), está a produção de técnicas de mapeamento, contabilidade e padronização da população. Práticas e técnicas de simplificação de uma realidade extremamente complexa e ininteligível – “a população”, “os partos”, “as parturientes” ou “os recém-nascidos” – que municiam os administradores e planejadores de intervenções com uma visão sinóptica que transforma um arranjo infinito de detalhes em um conjunto finito de categorias que, por sua vez, favorecem descrições sumárias, comparações e composições diversas a partir dos dados agregados, neste caso, através da DNV.

Os números, e com eles tabelas, mapas e gráficos, constituem um instrumento fundamental para realizar estas descrições. Eles constituem aquilo a ser lido e se tornam, portanto, “técnicas cruciais de governo” (ROSE, 1999, p. 198). Nikolas Rose (1999) afirma que, além de constituir aquilo a ser lido pelos representantes da administração, os números, por terem uma familiaridade com peritos técnicos e cientistas, permitem que os planos e diagnósticos da “realidade” sejam apresentados como retórica do desinteresse, da objetividade e da imparcialidade, características muitas vezes associadas à ciência (HACKING, 1990; HARAWAY, 1995). Enquanto uma tecnologia de identificação que busca produzir legibilidade sobre aqueles que estão nascendo – podendo comparar com aqueles que estão ou não estão sendo registrados civilmente – e sobre as condições de saúde dos recém-nascidos e das parturientes – podendo informar políticas de saúde –, a DNV tem como um de seus principais objetivos produzir inscrições que transportem a população para os escritórios e planilhas de planejamento dos administradores e burocratas estatais.

Para compreender as práticas que envolvem as tecnologias de governo de identificação e registro de pessoas, a noção de inscrição assume particular importância. Inscrição, aqui tomada no sentido atribuído por Bruno Latour (1986, 2000, 2001) em suas pesquisas sobre a prática científica e o laboratório, se refere àquelas operações anteriores à escrita. Tais operações dizem respeito aos traços, tarefas, pontos, histogramas, números, espectros, gráficos que são acionados na produção de “explicações poderosas” nos textos e artefatos montados posteriormente pelos cientistas. Não se trata da escrita propriamente dita, mas de inscrições no sentido de “transformações que materializam uma entidade em um signo, arqui-

vo, documento, pedaço de papel, traço” (LATOOUR, 2001, p. 350). Ao realizarem este trabalho, as inscrições permitem o aumento da mobilidade e da imutabilidade das entidades materializadas para viajarem pelas redes sociotécnicas até os seus destinos: os artigos científicos, os manuais técnicos, os relatórios de pesquisa, os balanços administrativos, as tabelas, gráficos e mapas que permitem, àqueles que interpretam e planejam, realizar intervenções nas vidas de uma população. As inscrições às quais Bruno Latour se refere, portanto, são dispositivos de mobilização do mundo, do espaço e do tempo, para a construção de versões da realidade, explicações poderosas e convencimento de adversários: “duvidas do que digo? Vou lhe mostrar!” (LATOOUR, 1986, p. 13).

Tendo em vista que parte significativa da prática de produção do conhecimento científico trata-se da produção de inscrições, Latour (2000) sugere que a ciência não está longe das atividades burocráticas. Como afirma o autor,

Se expandirmos o significado de metrologia, deixando de abranger apenas a conservação das constantes físicas básicas e passando também a abarcar a transformação em formulários de um número máximo de características do mundo exterior, podemos acabar estudando o mais desprezado de todos os aspectos da tecnociência: a burocracia (LATOOUR, 2000, p. 415).

Assim como a ciência mobiliza “fatos” através de seus aliados na forma de gráficos, mapas, tabelas, imagens e séries, a burocracia também mobiliza aliados na tentativa de estabilizar associações e, assim, produzir “fatos”. Censos, questionários, estatísticas, levantamentos e contagens, são algumas das formas de produção de certa familiaridade com eventos, lugares e pessoas distantes dos escritórios da administração estatal. Se o que mais chamou a atenção de Latour e Woolgar (1997), no estudo do laboratório do Instituto Salk, foi a transformação de ratos e elementos químicos em papéis – e não as estruturas cognitivas dos cientistas e tão pouco os paradigmas da bioquímica –, os analistas interessados na prática cotidiana do Estado se beneficiariam em voltar suas atenções para a transformação de populações, pessoas, espaços, tempos e suas diferenças em papéis. Ao alcance das mãos do administrador, ao seu lado, está a planilha, o gráfico, o mapa com as inscrições que lhe fornecem os fatos sobre a realidade na qual deseja incidir. Portanto, mais do que as leis em seu aspecto prescritivo, as regulamentações internas e sua legitimação na “racionalização” das atividades, uma antropologia do Estado e de suas tecnologias de governo poderia voltar suas atenções para os artefatos mundanos que são produzidos nos mais diversos escritórios, repartições, gabinetes, bairros, ambulatórios, escolas, tribunais, prefeituras. Artefatos que buscam reunir quantidades, qualidades, variações, dimensões, decisões, registros para mobilizar certa “realidade”, “verdade” ou “fato” sobre o mundo.

Além do uso das inscrições para a mobilização do mundo para o governo à distância, a burocracia também tem em comum com a ciência e seu uso das inscrições o esforço de produção de objetividade. Para o antropólogo Collin Hoag (2011), por exemplo, as diferentes práticas burocráticas atuam como “maquinas de objetividade”. Diante do paradoxo da tentativa de obtenção de um efeito de universalidade das regras e procedimentos idealizados nas práticas de administração estatal, e a contínua e persistente individuação e contingência da ação dos burocratas para lidar com as demandas cotidianas, as práticas burocráticas também tendem a produzir um “truque mítico de deus de ver tudo de lugar nenhum” (HARAWAY, 1995, p. 19). No âmbito das práticas científicas, o “truque de deus” que nos fala Donna Haraway (1995) consiste em apagar os corpos e as posições que permitiriam a responsabilização sobre a construção do conhecimento científico. Um apagamento produzido pelas tecnologias de visualização, que teria como efeito a produção de uma visão descorporificada, não localizável, a qual reivindica acesso imediato aos objetos. Uma visão infinita capaz de passar com certa facilidade do vasto espaço intergaláctico a mais ínfima partícula. Essa ideologia da “visão direta, devoradora, generativa e irrestrita, cujas mediações tecnológicas são celebradas simultaneamente e apresentadas como inteiramente transparentes” (HARAWAY, 1995, p. 19), não pode ser objetiva⁶ porque não é localizável. Porque é gerada de lugar nenhum.

Nas práticas burocráticas o “truque de deus”, defende Collin Hoag (2011), consistiria no apagamento do autor. Uma larga literatura antropológica sobre o direito, leis e regulamentos (FALK MOORE, 1978; GOODALE; MERRY, 2007; FONSECA; CARDARELLO, 2009; SCHUCH, 2009) aponta que as regras idealizadas para prescrever comportamentos ideais e universais nunca são específicas o suficiente para se encaixarem na multiplicidade de contextos locais nos quais são acionadas. Estão sempre abertas a interpretações e usos diversos. No entanto, o recurso aos regimentos, legislações, presença ou ausência de assinaturas, carimbos e selos no cotidiano da burocracia muitas vezes consegue gerar um efeito de desresponsabilização semelhante àquele apontado por Haraway (1995) na construção do conhecimento científico.

Isto pode ser feito de diferentes formas. Uma destas, consiste no uso de estratégias discursivas e circulatórias com o objetivo de fazer com que as ações e decisões realizadas em torno dos documentos e solicitações que estes carregam não possam ser vinculadas a um indivíduo. Através do uso de formas verbais passivas e da circulação dos documentos nos escritórios, um “agente coletivo” (Hull, 2003)

(6) Para Haraway (1995, p. 27), “O conhecimento do ponto de vista do não marcado é realmente fantástico, distorcido e, portanto, irracional. A única posição da qual a objetividade não tem a possibilidade de ser posta em prática e honrada é a do ponto de vista do senhor, do Homem, do deus único, cujo Olho produz, apropria e ordena toda diferença”.

seria performado, dificultando a responsabilização e favorecendo um efeito de neutralidade que seria assegurado pelas instituições. James Ferguson (1994) destaca outra estratégia. Ao tratar dos projetos de agências internacionais de desenvolvimento que atuam no Lesoto, no início dos anos 1990, Ferguson descreve como estas tentavam escapar da responsabilização de sua influência nos embates políticos locais acionando a ênfase no caráter exclusivamente técnicos de suas intervenções⁷.

No Brasil, podemos mencionar os cartórios dos mais variados tipos como uma instituição e uma prática que tem como objetivo apagar autorias e controlar interpretações. De acordo com a antropóloga Ana Paula Miranda (2000), os cartórios emergem no Brasil como uma modalidade laica de registrar, arquivar, autenticar e dar publicidade a contratos entre particulares ou particulares e o estado. O registro escrito passa, com os cartórios, a ser entendido como garantia de limitação às interpretações possíveis de um acordo (MIRANDA, 2000; PINTO, 2007). Os registros, notas, averbações, rubricas e certidões são tomados como formas de “perpetuar um acordo e oficializar a sua existência através de um documento” (MIRANDA, 2000, p. 62), ao estabelecerem o conteúdo e a data como irrefutáveis, bem como ao impregnarem o documento com uma “fé pública”, um estatuto impresso pela despersonalizada instituição do cartório através de carimbos e assinaturas autorizadas.

A discussão em torno do “truque de deus” nas práticas burocráticas, especialmente no caso da DNV, se torna importante porque, assim como na ciência, as práticas de produção de conhecimento, por parte de funcionários de setores da administração estatal, também buscam produzir conhecimento objetivo sobre aquilo que desejam intervir a partir do conhecimento gerado pelas inscrições que produz. Dessa forma, a sugestão de uma objetividade que “trata da localização limitada e do conhecimento localizado”, que Haraway (1995, p. 21) propõe para evitar a reificação da metáfora da visão descorporificada do conhecimento científico, pode, também, contribuir para a análise das práticas que performam o Estado em diferentes contextos. Para contornar o dilema que a descorporificação do conhecimento científico traz para a “objetividade feminista”, Haraway (1995) propõe outra metáfora da visão. No lugar de uma visão que tudo vê de lugar nenhum, ela defende uma visão que seja parcial, situada na materialidade dos corpos dos sujeitos e dos artefatos que fazem parte da construção do conhecimento científico, de modo a “nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver” (HARAWAY, 1995, p. 21).

Estes dois conjuntos de reflexões acerca das inscrições e da objetividade têm inspirado os estudos sobre as práticas cotidianas da administração e da burocracia que materializam o Estado na vida das pessoas. Os documentos passam a

(7) Sobre o recurso à “técnica” dos projetos de modernização e desenvolvimento, ver também James Scott (1998) e Paul Rabinow (1995).

ser concebidos, dessa forma, como artefatos mediadores do conhecimento produzido pelo Estado, bem como das práticas de administração, autoridade, organização e interação que engendram sujeitos políticos, éticos e etnográficos particulares (RILES, 2006,). Para Hoag (2011, p. 85), “a atenção à materialidade nos ajuda a atentar para a prática burocrática sem fetichizar a decisão burocrática e não dissolver a regra em um ‘banho de contexto’”. É nesse sentido que, ao voltarmos nossas atenções para o uso cotidiano de um documento que realiza mediações cruciais para colocar em prática uma tecnologia de governo de identificação, implica em nos voltarmos à materialidade da DNV, seu formulário. Através dele, podemos nos aproximar de alguns de seus usos e efeitos sem recorrermos às regras e procedimentos idealizados enquanto expressões máximas da racionalidade administrativa (HERZFELD, 1993; 2005; FERRERIA, 2009; HULL, 2012). Assim, podemos nos aproximar das práticas que, ao performarem uma ilusão de “governo por ninguém” (ARENDRT apud HOAG, 2011), produzem um olhar de lugar nenhum e de todos os lugares simultaneamente como efeito do “truque de Deus” que faz parte da burocracia e da performance (*enactment*) do Estado na vida cotidiana.

2. MATERIALIDADE DA DNV: SITUANDO AS MODIFICAÇÕES NO FORMULÁRIO

Como afirmei anteriormente, a DNV sofreu modificações em seu formulário que entrou em circulação no ano de 2011, período de realização de minha pesquisa de campo junto à Equipe de Eventos Vitais (EEV) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) de Porto Alegre. É sobre essas modificações, seus objetivos e seus efeitos para a construção do conhecimento e dos “fatos” sobre a população mediada pela DNV, e para a prática cotidiana que administra essa tecnologia na cidade de Porto Alegre, que me volto no restante deste texto.

Durante o início de meu trabalho de campo junto à EEV, em 2011, acompanhei Paulo, coordenador da equipe, em algumas reuniões que ele teve com representantes dos cartórios de registro civil na Corregedoria-Geral de Justiça (CGJ-RS) e nos hospitais com diretores e chefes de enfermagem. Essas reuniões iniciais tinham como objetivo avisar a esses atores da vida social da DNV de que o formulário havia sido modificado e o que as modificações implicavam para cada um. Depois das primeiras reuniões, perguntei a Paulo quais eram as razões de algumas das modificações na DNV. Ele disse que, para cada modificação, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde havia objetivos diferentes. Havia aqueles voltados para campanhas de registro civil e valorização do registro por

parte dos pais dos recém-nascidos. Havia, também, aqueles que se referiam ao que ele chamava de “epidemia de cesarianas”. Sempre que eu pedia para ele me falar sobre essas modificações, Paulo tinha muita informação e opiniões sobre elas. Sobre aquelas que diziam respeito aos partos cesarianos, no entanto, ele sugeriu que conversasse com “o pessoal da vigilância” do ministério, e perguntou se eu gostaria de fazer isso. Ele se ofereceu para mediar o contato com um representante da SVS com quem mantinha contato sobre as mudanças na DNV e eventuais dúvidas que pudessem surgir. Foi assim que cheguei em Artur.

Depois de uma ligação de Paulo e uma troca de e-mails, Arthur concordou em receber-me em seu local de trabalho, em Brasília, para conversarmos sobre as mudanças no formulário da DNV. Arthur, não aparentando ter mais do que quarenta anos, é médico sanitário com pós-graduação em epidemiologia e especializado em sistemas de informação de saúde. Arthur está na SVS desde 2005, quando foi cedido pela prefeitura de uma cidade do interior do Estado de São Paulo para o Ministério. Sua chegada à SVS ocorreu no período de implementação de um novo sistema on-line de alimentação dos bancos de dados, do qual rapidamente se tornou um dos principais responsáveis. Arthur destacou que a mudança do sistema era “uma oportunidade de resolver pendências” do sistema existente até então. Segundo ele, há tempos existiam “demandas reprimidas” de diferentes áreas que usavam o SINASC:

pessoal da saúde da mulher, saúde da criança, os próprios interlocutores do sistema [funcionários estaduais e municipais de saúde] vinham fazendo propostas de alterações do formulário que estava em vigência e esse momento de mudança do sistema foi um momento em que essas discussões puderam se aprofundar um pouco mais.

A entrevista com o especialista da SVS permitiu a aproximação aos motivos e à lógica das alterações introduzidas na DNV, alvo de intensas preocupações por parte da EEV. Durante nossa conversa, foi se tornando claro que as modificações na DNV, especialmente aquelas no campo “Gestação e Parto”, foram realizadas em resposta às pressões que o governo brasileiro sofria acerca das altas taxas de partos cesarianos e à preocupação que existiria uma “epidemia de cesarianas” no Brasil. As taxas de cesarianas no Brasil têm sido alvo de preocupações tanto de organizações não-governamentais feministas e de defesa dos direitos à saúde, quanto de profissionais da área médica e de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, na sigla em inglês). Desde 1985, a OMS defende que uma taxa de cesarianas acima de 15% não pode ser justificada do ponto de vista médico (WHO, 1985).

Especialistas das áreas da epidemiologia e saúde coletiva no Brasil, apoiados na literatura médica estrangeira, argumentam contra as altas taxas de partos cesarianos em duas linhas. A primeira, e mais largamente difundida, consiste em

apontar a alta incidência de complicações respiratórias em recém-nascidos e na influência na taxa de morbidade (FREITAS et al, 2005). Segundo Hotimsky et al. (2002, p. 1304), os procedimentos cesarianos acarretariam em

quatro vezes mais risco de infecção puerperal, três vezes mais risco de mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da mãe, maior período de separação entre mãe/bebê com retardo do início da amamentação.

A segunda linha aponta para os altos custos ao sistema público de saúde que as cesarianas acarretariam, devido ao maior tempo de internação das parturientes e recém-nascidos.

Além dessas duas linhas argumentativas, podemos identificar outra que emerge de movimentos sociais e ONGs de orientações feministas e/ou de defesa do direito à saúde, que criticam a “medicalização do parto” e defendem procedimentos de “humanização do parto”. Segundo especialistas sobre as práticas de “parteiras” (FLEISCHER, 2007) ou de “humanização do parto” (TORNQUIST, 2002; 2004) no Brasil, os atores envolvidos neste tipo de crítica procuram colocar em evidência as relações de poder que limitam as possibilidades de escolha sobre como as mulheres desejam trazer seus filhos ao mundo⁸, e tentam influenciar as práticas médicas oferecidas às mulheres nos hospitais, tanto públicos como privados.

Aliados às reivindicações dos movimentos pelo direito à saúde reprodutiva e autonomia das mulheres sobre o parto, estão os especialistas das áreas da saúde coletiva e epidemiologia que contestam os efeitos das políticas de saúde na redução da mortalidade de mulheres. Apesar do incremento nas taxas de diversas áreas da saúde da mulher – nutrição, diminuição do tabagismo, maior imunização e maior número de consultas pré-natais e pós-parto –, as taxas de morbidade e mortalidade não diminuem (DINIZ, 2009; VILLAR et al, 2006). Esses especialistas destacam que dados epidemiológicos apontam para um crescimento na cobertura do parto hospitalar ou assistido por profissional qualificado⁹. Mesmo que as taxas de cesarianas para cada contexto nacional seja objeto de debate (BELIZÁN, 2006), bem como a própria recomendação de uma taxa de 15% de cesarianas da OMS (SACHS, CASTRO, 1999; ROBSON, 2001a), o que passa a ser colocado em questão é o “paradoxo perinatal brasileiro” (DINIZ, 2009) ou o “paradoxo das cesarianas” (BELIZÁN, 2006).

(8) Sobre as relações de poder que envolvem a reprodução humana, ver Ginsburg e Rapp (1995) e Browner e Sargent (2011).

(9) Para o Brasil, os números chegam a 98% nas áreas urbanas e 96% nas áreas rurais. Esses dados foram produzidos pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006). O relatório final desta pesquisa está disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf (acessado em 05/06/2013).

Baseado na ideia de “paradoxo perinatal”¹⁰, desenvolvida por Rosenblatt (1989), a questão paradoxal que envolve as cesarianas no Brasil consiste no aumento das interrupções pré-termo da gravidez (por indução ou cesariana), aumento de prematuros, aumento da taxa de bebês com baixo peso e nascidos com índices apgar inferiores a 7 nos primeiros 5 minutos de vida, mesmo com melhores indicadores de saúde das mulheres. Não podendo ser atribuído às modificações nas condições de saúde das mulheres, tais indicadores de piora na saúde reprodutiva são atribuídos aos procedimentos e práticas médicas nos hospitais e às desigualdades de acesso à saúde.

No que se refere às práticas médicas, são apontadas como responsáveis aquelas relacionadas aos partos cesarianos considerados “desnecessários”, os chamados “partos eletivos” (induzidos ou agendados) ou “cesarianas de rotina”. Estes partos seriam mais comuns nos hospitais particulares voltados para pessoas com maior renda. De acordo com a médica e pesquisadora em saúde coletiva Simone Diniz (2009, p. 319), essas práticas seriam orientadas pela autoridade dos especialistas médicos, isto é, baseado na compreensão que “se é feito por especialistas, deve ser seguro”. No que se refere às desigualdades de acesso à saúde, são apontadas outras práticas dos profissionais de saúde. São aquelas práticas que envolvem uma relação autoritária, discriminatória, desumana ou degradante entre profissionais e usuárias, geralmente de mais baixa renda. Essas práticas, ainda segundo Diniz (2009), consistem na oferta de um tratamento de pior qualidade, tal como o uso da ocitocina para indução do parto¹¹ e uso da técnica de episiotomia¹², ou que resultem em medo, solidão, dor e condenação moral da sexualidade. Essas práticas acabariam resultando em partos traumáticos. A experiência dessas situações contribuiria para a opção pelas cesarianas, mesmo estas não sendo necessariamente recomendadas.

Compondo o debate acerca da recomendação dos partos cirúrgicos, existem ainda os argumentos que destacam a “demanda”, seja esta motivada por parte da vontade das mulheres, da “cultura obstétrica” do “uma vez cesárea, sempre cesárea”¹³ (FREITAS et al., 2005) ou da gestação de risco. Esses argumentos são mais

(10) Rosenblatt (1989) observa que nos Estados Unidos da década de 1980, eram direcionados maiores esforços e investimentos ao tratamento intensivo dos bebês prematuros do que à prevenção da prematuridade. Daí a ideia de paradoxo perinatal, como evidencia o subtítulo de seu artigo “doing more and accomplishing less”.

(11) A ocitocina entrou em 2008 para a lista das 12 drogas mais associadas a erros médicos (BENETOLLI et al., 2011; DINIZ, 2009). Lista produzida pelo Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Disponível em: <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20070809.pdf> (acessado em 06/06/2013).

(12) Técnica obstétrica que consiste no corte da musculatura, tecidos eréteis, nervos e vasos da vulva e da vagina, com a intenção de ampliar o canal de parto.

(13) Concepção de que, já tendo realizado um parto cirúrgico, é melhor para a mulher que os

frequentemente acionados pelas instituições hospitalares e secretarias de saúde, tanto para justificar as taxas de cesariana quanto para reivindicar mais investimentos na qualificação das instituições ou da região/município.

Diante desse quadro, sucinto e parcial, do paradoxo brasileiro das cesarianas, percebemos que os debates sobre os partos realizados nos sistemas de saúde pública e privados do país consiste em tentar definir quando um parto cesariano é considerado legítimo e recomendado e quando não o é. É nesse cenário que as preocupações acerca dos problemas com o bloco enfrentados pela EEV podem ser situadas. As novas perguntas para a avaliação dos diagnósticos de cesarianas foram incluídas, segundo Arthur, em resposta às demandas de ativistas em saúde da mulher dentro do Ministério da Saúde. Ele contou que chegou ao Comitê Técnico Assessor do SINASC (CTA-SINASC)¹⁴, uma proposta para a inclusão de mais algumas perguntas sobre as condições de realização do parto realizado àquelas que já existiam no formulário até então em circulação.

O formulário da DNV utilizado até 2010 continha o campo de informações sobre “Gestação e Parto” composto pelos seguintes campos: “duração da gestão”, “tipo de gestação”, “tipo de parto” e “número de consultas pré-natais”. O campo “número de filhos tidos em gestações anteriores” ficava localizado no campo de informações sobre a mãe, juntamente com endereço, escolaridade, ocupação. No formulário de 2011, as informações do histórico gestacional da mãe foram transferidas e detalhadas no novo campo “Gestação e Parto” da nova DNV, que passou a ser dividido em dois subcampos: “gestações anteriores” e “gestação atual”. Aos campos já existentes sobre o histórico gestacional foram adicionados os seguintes: “número de gestações anteriores”, “número de partos vaginais”, “número de cesarianas”, “número de perdas fetais/abortos”. Ao subcampo “gestação atual” foram incluídos: “data da última menstruação ou número de semanas de gestação”, “método usado para estimar o número de semanas de gestação”, “meses de gestação em que iniciou o pré-natal”, “apresentação [do feto]”, “trabalho de parto induzido?”, “cesariana ocorreu antes ou depois do trabalho de parto iniciar?”, “nascimento assistido por”.

partos seguintes sigam o mesmo procedimento.

(14) O CTA-SINASC foi criado em 2004 através da portaria n. 9/2004 do Ministério da Saúde. A composição do “corpo técnico” é feita através de indicações de profissionais pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e tem como objetivo a identificação de prioridades e a formulação de diretrizes e estratégias nacionais na área de informação de nascidos vivos.

Figura 2. Campo sobre gestação e parto da DNV

Gestação e parto	Gestações anteriores					
	20 Histórico gestacional					
V	• Nº gestações anteriores	• Nº de partos vaginais	• Nº de cesáreas	• Nº de nascidos vivos	• Nº de perdas fetais / abortos	
	Gestação atual		Parto			
	21 Idade Gestacional	22 Menstruação (DUM) / /	23 Número de consultas de pré-natal	24 Mis de gestação em que iniciou o pré-natal	25 Tipo de gravidez	26 Apresentação
	27 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada	Método utilizado para estimar	28	29	30	31
	1 <input type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	9 <input type="checkbox"/> Ignorado	9 <input type="checkbox"/> Ignorado	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
32 O Trabalho de parto foi induzido?	33 Tipo de parto	34 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?	35 Nascimento assistido por			
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro/Chefe 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			

Fonte: Manual do SINASC (2011).

As modificações no campo “Gestação e Parto”, do formulário de 2011 da DNV, foram realizadas, segundo Arthur, para incluir perguntas que tornariam possível avaliar os diagnósticos de partos cesarianos a partir dos chamados “Grupos de Robson”. O ginecologista e obstetra britânico Stephen Robson ficou conhecido na literatura médica por ter criado dez grupos para tentar comparar o risco relativo e complicações de partos vaginais e cesarianos (ROBSON, 2001a; 2001b). Os “grupos de Robson” são classificados de um a dez, sendo o grupo um aquele em que hipótese alguma se recomendaria a cesariana, e o grupo dez, aquele em que não se deixaria de recomendar a cesariana. Para fazer essa comparação, Robson apoiou-se em quatro informações principais: a categoria da gravidez, histórico obstétrico da mulher, tipo da apresentação fetal e idade gestacional. Dessa forma, as perguntas incluídas no bloco “gestação e parto” da nova DNV permitiriam classificar cada parto em um dos grupos propostos por Robson, possibilitando cruzar os dados do SINASC com o número de procedimentos cesarianos realizados em cada hospital.

A elaboração de um novo formulário que pudesse gerar conhecimento a ser classificado nos termos de Robson, segundo Arthur, se tornava importante, pois permitiria cobrar dos hospitais a redução de suas taxas de procedimentos cesarianos:

Quando a gente chega a um hospital ou secretaria de saúde e diz, ‘olha, sua taxa de cesárea é inadequada, está muito alta’, a gente ouve, ‘não, é por que aqui, no meu município eu tenho uma maternidade referência para alto risco’. Ou ‘aqui em nossa maternidade a gente faz muitos partos de alto risco (Arthur, epidemiologista da SVS).

Os especialistas do Ministério da Saúde, para responderem tanto às exigências do movimento pela saúde da mulher quanto às pressões de organismos internacionais de regulação da saúde, incluem essas perguntas na intenção de gerar números que permitam mobilizar “fatos” sobre os partos realizados diante das secretarias e hospitais que tentassem justificar suas altas taxas de cesarianas através do “argumento da demanda”. Para Arthur, a inclusão das perguntas para

análise a partir dos grupos de Robson permite “instrumentalizar a negociação” com as instituições de saúde. Diante das taxas de cesarianas apresentadas pelos hospitais, a classificação dos partos pelos grupos de Robson passa a indicar qual a porcentagem de partos nos quais o diagnóstico da necessidade de cesarianas seria aceitável diante dos critérios estabelecidos na escala dos Grupos de Robson.

Essas mudanças no formulário da DNV, aparentemente simples, trouxeram alguns desafios para a Equipe de Eventos Vitais (EEV) de Porto Alegre. Em um primeiro olhar, poucas pessoas poderiam dizer que essas modificações trariam dificuldades. Afinal, foram projetadas para serem o mais intuitivo e autoexplicativo possível. No que segue, passo a descrever como esse formulário foi introduzido no cotidiano da EEV e dos hospitais de Porto Alegre, e como as modificações sobre as gestações que a nova DNA introduziu, exigiram da EEV certo esforço na coordenação (MOL, 2002) do preenchimento dos formulários com as equipes administrativas e de enfermagem dos hospitais.

4. A NOVA DNV NO COTIDIANO DA INSCRIÇÃO DA POPULAÇÃO: CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO E DA BUROCRACIA

Ao longo de minha pesquisa de campo com a Equipe de Eventos Vitais (EEV) de Porto Alegre, assumi diferentes atividades que me foram incumbidas para que, além de aprender o que a equipe que processava a DNV fazia, eu pudesse auxiliar nas tarefas cotidianas da equipe. Inicialmente, me foi incumbida a tarefa de auxiliar a equipe na coleta e distribuição das DNV nos hospitais e na classificação dos formulários coletados¹⁵, até que eu me familiarizasse com o documento e com a atividade de “colocar as DNV no sistema”. Isto é, transcrever para a forma digital do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) as informações da DNV no banco de dados do SINASC. Não demorou muito para que eu passasse a ser considerado um membro da equipe. Este pertencimento foi ritualisticamente marcado pela concessão da minha própria senha para acessar o “sistema” SINASC.

(15) A classificação consistia em identificar os hospitais de origem e o município de residência da parturiente. Se o endereço que constasse na DNV fosse de outro município que não Porto Alegre, essas DNVs eram encaminhadas para a divisão de estatísticas de eventos vitais da Secretaria Estadual de Saúde.

A equipe era chefiada por Paulo, cerca de cinquenta anos de idade, que, além de trabalhar na CGVS, é médico pediatra em um grande e prestigioso hospital da cidade, e possui uma clínica particular de vacinação. Paulo não tem formação em saúde coletiva ou epidemiologia e iniciou nesse tipo de atividade coordenando o programa “Prá-Nenê”, programa municipal de vigilância de saúde da criança até um ano de idade. Em 1994, ele foi chamado para integrar a equipe responsável pelo SINASC. Paulo contou que, naquela época, o Ministério da Saúde oferecia cursos de capacitação para as pessoas que trabalhavam com o SINASC, mas que ele nunca chegou a fazê-lo.

Além de Paulo, Sueli e Vera eram as duas funcionárias concursadas da equipe. Sueli, com mais de 60 anos, é enfermeira e, antes de fazer parte da EEV, trabalhou por mais de 15 anos em um posto de saúde em uma das vilas que fazem parte de um dos maiores bairros de classe popular de Porto Alegre, o bairro Parthenon. Vera, com um pouco mais de 50 anos de idade, também é enfermeira. No entanto, sua trajetória profissional anterior à EEV transcorreu na emergência neonatal de um hospital particular da cidade.

Foram essas pessoas que me ensinaram a realizar a inserção dos dados no “sistema”, denominação mais usada pela equipe para se referir ao SINASC. A tarefa não era difícil, pois o software do SINASC emulava o formulário da DNV na tela do computador para facilitar a digitação. A única recomendação que me foi passada era que, quando eu me deparasse com a ausência de alguma informação, com rasuras ou com caracteres indecifráveis, eu deveria marcar esses formulários com um clip de papel, indicando que deveriam ser destinados para o que a equipe denominava “pesquisa”.

A “pesquisa” consistia em buscar as informações que faltavam ou não eram compreensíveis para a equipe. Isso poderia ser realizado através de um telefonema para as maternidades¹⁶, deixando um envelope cheio de DNVs para serem corrigidas pela equipe de enfermagem das próprias maternidades, ou com Vera reunindo as “pesquisas” a serem feitas e se dirigindo para os arquivos de prontuário dos hospitais para ela mesma folhar os papéis atrás das informações que faltavam¹⁷. Na medida em que eu ia digitando os dados com Sueli e Vera, fui aprendendo quais as informações que elas consideravam necessárias serem “pesquisadas” e quais não eram. Um exemplo da importância relativa dos campos de dados da DNV pode ser observado nos diálogos que eu mantinha no início do trabalho de campo com Sueli e Vera. Certo dia, ainda aprendendo a manusear o software do SINASC, perguntei: “Vera, não tem auxiliar de fiscal no sistema?”. Ela respondeu, “põe lá uma [atividade]

(16) Geralmente dúvidas em relação aos nomes e endereços das parturientes.

(17) Os métodos estabelecidos para a realização das pesquisas dependiam dos acordos mantidos com cada instituição.

de] que combina com a pessoa, uma que tu achar melhor. Eu não vou pesquisar”. Mais uns minutos, e eu perguntei novamente: “Não tem ‘empresário’, Sueli, o que eu coloco? Aqui só tem ‘empresário de espetáculo’”. “Pode ser esse mesmo”, respondeu ela do canto de sua mesa sem tirar os olhos da tela¹⁸.

O campo “ocupação habitual e ramo de atividade da mãe”¹⁹ era sempre aquele que mais improvisações exigiam. Ter que inventar alguma ocupação para as pessoas só não era mais recorrente do que a presença da categoria “dona de casa”. Em uma ocasião em que estava digitando, acompanhado de Sueli, comentei sobre como parecia haver uma enorme quantidade de donas de casa em Porto Alegre. “Eu acho que eles nem perguntam, só colocam e pronto”, comentou Sueli. Ao indagá-la por que tinha essa opinião, respondeu prontamente: “Ah, porque a maioria das pessoas que vão a este hospital é de classe baixa e acho que pra não constranger, por causa do desemprego, eles não perguntam”. Além do contraste de classe observado por Sueli, ficava claro que a ocupação das parturientes registrada nas DNVs não se constituía em um problema para os objetivos da equipe. A categoria de ocupação habitual não era algo que gerava qualquer preocupação por parte da EEV, permitindo os improvisos. Ficava claro para mim que as práticas de administração de uma tecnologia como a DNV envolvia aprender o que era preciso conhecer e o que poderia ficar desconhecido.

Em sua etnografia das práticas burocráticas das instituições de proteção ambiental no México, o antropólogo Andrew Mathews (2005, 2008) demonstra como, juntamente às práticas de produção de conhecimento, as burocracias estatais acionam práticas de desconhecimento. Desafiando as conclusões de James Scott (1998) sobre a habilidade dos Estados imbuírem os funcionários, oficiais e especialistas com os desejos que os projetos de legibilidade carregam, Mathews (2008) argumenta que a produção de ignorância é tão importante para as práticas de produção do Estado quanto aquelas que produzem conhecimento. De acordo o autor,

Recentes etnografias da burocracia sugerem que oficiais podem ignorar ideologias e projetos dos governos; eles podem conduzir rituais de aprovação mesmo quando enfraquecem regulações através

(18) O item “Ocupação habitual e ramo de atividade”, presente no bloco de informações sobre a mãe, é uma categoria aberta e descritiva. No entanto, ao serem inseridas no banco de dados do SINASC, as profissões existentes são aquelas da Classificação Brasileira de Ocupações, exigindo, seguidamente, uma criatividade interpretativa e classificatória por parte dos funcionários das instituições de processamento da DNV

(19) Utilizo o termo “mãe” apenas quando este é usado pelas pessoas ou constar na denominação de categorias do formulário da DNV. Quando for uma referência às mulheres que estão dando à luz feita por mim, utilizarei o termo “parturientes” para não recorrer em essencializações sobre a maternidade, já que essa é relacionalmente produzida e não prescinde do ato de dar à luz.

de suas ações cotidianas; ou eles podem conspirar com os sujeitos governados por simpatia, benefício pessoal ou benefício político (MATHEWS, 2008, p. 486).

Poderíamos acrescentar que, diante de um extenso horizonte de possibilidades de construção de conhecimentos oferecido pelos projetos e tecnologias de governo, os funcionários e oficiais frequentemente precisam escolher e decidir o que deve ser conhecido. É preciso saber aquilo que não merece a atenção e o esforço das equipes e profissionais envolvidos na burocracia. No caso descrito acima, Vera me contou que os dados sobre ocupação habitual que a DNV poderia produzir não são usados pelo Ministério do Trabalho, pois este aciona outras tecnologias para fazer legível dinâmicas de emprego e ocupação da população brasileira. O conhecimento oficial produzido pelos projetos e tecnologias de governo e suas burocracias, portanto, são, como defende Mathews (2008, p. 486), “produtos relativamente frágeis das negociações entre os funcionários do Estado e suas audiências”. Foram nessas negociações entre os seus interesses na produção de conhecimento e as práticas de outros atores, principalmente, de funcionários dos hospitais e maternidades, que a EEV encontrou desafios para a implementação do novo formulário da DNV, em 2011.

Depois da ocupação habitual, os campos nos quais ocorriam mais dificuldades encontravam-se no bloco chamado “gestação e parto”²⁰. Estes sim geravam “pesquisas”. Segundo Vera, as dificuldades com esse campo de dados ocorriam porque, além das omissões, as enfermeiras frequentemente somavam a gravidez recém-concluída, aquela que gerava a DNV preenchida, com as gestações anteriores. Esse campo era uma das novidades do formulário de 2011 em relação àquele usado até 2010, e foi o principal objeto de preocupação da equipe durante os cursos de capacitação ministrados nas maternidades dos hospitais durante o segundo semestre de 2011.

Durante os cursos, Paulo não se cansava de repetir às enfermeiras e secretárias: “não incluam a gestação da DNV que estão preenchendo”. Nesse campo, o número informado de gestações anteriores tinha que coincidir com a soma entre partos vaginais e cesarianos e com a soma entre nascidos vivos e perdas fetais. A coincidência dessa conta era importante por que, se o número de gestações não combinasse com os números de nascidos vivos, perdas fetais e aqueles

(20) Composto pelos seguintes campos: histórico gestacional; idade gestacional (podendo ser informado a data da última menstruação – DUM – ou o número de semanas de gestação); número de consultas pré-natais; mês de gestação em que iniciou o pré-natal; mês de gestação em que iniciou o pré-natal (“única”, “dupla”, “tripla ou mais”); apresentação [do feto] (“cefálica”, “pélvica ou podálica” e “transversa”); o trabalho de parto foi induzido: sim ou não; Tipo de parto (“vaginal” ou “cesáreo”); Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? Sim ou não.

referentes aos tipos de partos, os especialistas que acionassem o SINASC para suas pesquisas poderiam acabar se deparando com um número considerável de gestações que não poderiam ser comparadas ou explicadas a partir da escala de Robson abordada acima.

A conta das gestações anteriores, entretanto, estava longe de ser intuitiva ou óbvia para as pessoas que lidavam com a nova DNV no cotidiano das maternidades. Para um obstetra, presente em uma das capacitações, o modo de contar as gestações anteriores sugerido por Paulo não fazia sentido. O obstetra interrompeu e interpelou Paulo durante um dos cursos na maternidade em que trabalhava, afirmando que os obstetras estavam acostumados a contar a gestação que originava a DNV. Ele disse:

O norte-americano, quando vai preencher qualquer protocolo de atendimento, entende que já está preenchendo pós-nascimento, correto? Já nasceu. Eu fiz vários cursos lá [nos Estados Unidos]. Porque quando nasceu, já entrou como gestação anterior, por isso muitos se confundem. Na hora da gente preencher a DNV ela já é uma gestação anterior. Mesmo que tu digas 'ah não, gestação não se refere à atual'. Não, a partir do momento que ele nasceu ela já é uma gestação anterior. Por isso dá confusão. Por que eles [os obstetras norte-americanos] incluem? Porque na forma obstétrica de falar, depois do parto não há mais gestação. Eu incluo sempre. (Obstetra do hospital)

Paulo escutou atentamente os comentários do médico, mas manteve a recomendação e lembrou que o vocabulário dos obstetras e “ginecos” sempre confundiu as pessoas que não são médicas. “Aquela coisa de ‘gesta 4 para 3’ [incluindo uma gestação que não resultou em nascimento], as pessoas têm dificuldade de entender. Então, é um campo por si só difícil e vocês têm que ter atenção”, ressaltou. Uma das enfermeiras presentes trouxe um relato que parecia confirmar a afirmação de Paulo.

Agora mesmo, antes de vir para cá [capacitação], chegou uma mãe com a via amarela e disse pra mim: ‘olha, tá errado aqui moça, porque eu tenho cinco filhos nascidos vivos’. Daí eu olhei e nas gestações anteriores tinha quatro. Não, senhora, é que esse bebê que a senhora tem no colo não conta. ‘Ah não conta?’. Não, não conta. ‘Ah, tá bom’. Mas ela não se convenceu muito, não (Enfermeira).

A cena relatada pela enfermeira, no entanto, faz mais do que confirmar o quanto pode ser confuso o vocabulário “gineco”. Ela demonstra como aquela mãe de que nos fala a enfermeira não seria facilmente convencida de que aquela criança não conta para seu histórico gestacional inscrito na folha amarela da DNV que carregava rumo a um cartório de registro civil. Tendo em vista o trabalho de Annemarie Mol (2002) em hospital, procurando entender como se produzia uma doença,

a arteriosclerose, podemos dizer que o nascimento do filho não é exatamente a mesma coisa para aquela mãe, para a enfermeira e para o médico obstetra. Assim como não é a mesma coisa para a EEV. Como Annemarie Mol (2002) nos adverte, diferentes práticas performam diferentes objetos.

Mesmo não tendo realizado pesquisa nas maternidades para me arriscar tecer comparações acerca das diferentes performances de um nascimento, os cursos de capacitação que participei com Paulo e com a EEV permitiram observar que o parto que estava sendo inscrito na DNV não era o mesmo daquele praticado por uma mãe, pela enfermeira ou pelo médico²¹. O parto que a DNV estava inscrevendo, performando e transportando era o parto da rede de associações da epidemiologia e da vigilância em saúde. Nesta rede de associações, a DNV faz um nascimento de uma forma bastante peculiar. Ela faz um nascimento através do preenchimento dos campos presentes no formulário que serão posteriormente transferidos para o banco de dados do SINASC. Um nascimento que não circula da mesma forma entre obstetras e pais.

Seguindo as sugestões de Annemarie Mol (2002), podemos entender os esforços de Paulo e da EEV como práticas que buscam uma coordenação entre as diferentes performances que podem emergir de um nascimento em um hospital. Para Mol, formas de coordenação consistem naquelas práticas que emergem quando um objeto é multiplicado. Em sua pesquisa sobre arteriosclerose em um hospital holandês, diferentes versões da arteriosclerose eram feitas através de diferentes práticas clínicas e laboratoriais. No entanto, elas não deixavam de ser a mesma doença. Mol (2002) conclui, então, que a arteriosclerose era *mais do que uma e menos que muitas*. Se eram menos que muitas, portanto, não eram qualquer coisa, e deveria haver uma coordenação entre as diferentes performances que permitissem que a arteriosclerose pudesse ser reconhecida enquanto tal em diferentes relações. Mol (2002), então, descreve diferentes modos de coordenação através dos quais as diferentes versões da arteriosclerose permanecem conectadas.

É nesse sentido de coordenação sugerido por Annemarie Mol (2002) que podemos tomar os esforços de Paulo e da EEV, nos cursos de capacitação e nas pesquisas que Vera realizava, enquanto um trabalho de coordenação entre diferentes formas de se fazer um nascimento, de modo que os interesses da equipe, aqueles referentes à epidemiologia e à vigilância em saúde, pudessem ser alcançados. O histórico gestacional das parturientes que chegavam às maternidades quando o novo formulário da DNV entrou em circulação não podia ser feito de qualquer maneira. Não podia ser feito da forma sugerida pelo obstetra a Paulo, pois isso entra-

(21) Sobre as práticas de classificação no cotidiano da enfermagem em uma maternidade, ver Bowker e Star (1999). Sobre as tecnologias de visualização e ultrassonografia, ver Chazan (2012).

va em atrito com o modelo do sistema de informação desenhado para o SINASC. A DNV era o nascimento que eles contabilizariam e analisariam. Este não podia ser incluído no próprio formulário, sob o risco de comprometer as análises possíveis por aquela tecnologia.

Diante das diferentes maneiras de inscrever os partos e históricos gestacionais na DNV que a equipe de Paulo vinha se deparando, foi preciso realizar os cursos de capacitação nas maternidades dos hospitais para tentar ordenar a inscrição dos partos na DNV, para que estes chegassem ao banco de dados do SINASC e às planilhas dos planejadores de políticas de saúde de uma forma bem específica e condizente com aquilo que o SINASC estava preparado para receber. O trabalho que Paulo e sua equipe faziam com os cursos, portanto, era aquele de convencer que o parto inscrito na DNV não é necessariamente aquele que é inscrito, através de outras práticas e tecnologias, em outras relações e contextos que possam existir em uma maternidade. Não podendo realizar as inscrições por si mesma, a EEV precisava convencer os demais atores a inscrever os partos naquele artefato de uma maneira bem específica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao atentarmos para a materialidade do formulário da DNV, suas modificações que entraram em circulação em 2011, começamos a nos aproximar das práticas cotidianas da produção de inscrições através desta tecnologia de identificação e de vigilância em saúde. Os desafios enfrentados pela EEV para estabilizar e coordenar a performance dos partos que a tecnologia do banco de dados do SINASC inscreve, contribuem para mostrar uma atividade burocrática um tanto diferente das imagens de objetividade e formalismo cujos estereótipos seguidamente atribuem a estas. Os percalços classificatórios dos dados da DNV, as “pesquisas” realizadas pela EEV e os diferentes investimentos direcionados a cada tipo de dado produzido pela DNV, lembram que não podemos supor qualquer essência ou natureza para a burocracia. “Os atos, tarefas e funções burocráticas que materializam [...] [uma] classificação não são meros exercícios formais de procedimentos técnicos despersonalizados” (FERREIRA, 2009, p. 33), são, como nos lembra Michael Herzfeld (1993), povoados. São povoados, porque são efeitos de práticas, tecnologias e de negociações relativamente frágeis entre os funcionários do Estado e suas audiências.

Quando nos aproximamos do cotidiano da administração de uma tecnologia de identificação como a DNV a partir de sua materialidade, esta emerge como um artefato que realiza a inscrição e a mediação entre os partos ocorridos nas materni-

dades e aqueles partos que passam a figurar nos mapas, gráficos e tabelas dos administradores. A partir dessa concepção podemos passar a entender um pouco mais das práticas que produzem o Estado nas nossas vidas cotidianas. No caso da DNV, através da construção de conhecimento e de “fatos” sobre uma população específica, aquela que está dando à luz e aquela que está vindo ao mundo, nos aproximamos da compreensão das práticas que engendram um processo de coprodução do Estado. Isto é, um processo no qual práticas de produção de conhecimento são incorporadas nas práticas de produção e performance do próprio Estado, ao mesmo tempo em que práticas de governo e administração de populações e projetos de intervenção governamentais estão implicados nos usos e na produção do conhecimento.

REFERÊNCIAS

- BELIZÁN, Fernando. The Caesarean section. The Paradox. **Lancet**, n. 368, pp. 1472-1473, 2006.
- BENETOLLI, A. et al. Abreviaturas perigosas e descrições inadequadas de dose em prescrições de medicamentos. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. São Paulo v.2 n.1, pp. 10-14, jan./abr., 2011.
- BOWKER, G.; STAR. S. L. **Sorting Things Out**. Classification and its consequences. Cambridge: The MIT Press, 1999.
- BROWNER, Carole; SARGENT, Carolyn. **Reproduction, Globalization, and the State**. New theoretical and ethnographic perspectives. Durham: Duke University Press, 2011.
- CHAZAN, L. “Pra quem era cego, era tudo”, ou o “divisor de águas”: a chegada do ultrason no Brasil pela voz de três pioneiros. In: FOSNECA, C; ROHDEN, F; MACHADO, P. S. (Org.). **Ciências na Vida**. Antropologia da ciência em perspectiva, pp. 153-183. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.
- DARDY, Claudine. **L’identité-papier**. Lie Commun, pp. 225-31, 1991. Disponível em: <http://www.mediologie.org/collection/04_papier/dardy.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.
- DAS, Veena e POOLE, Deborah (eds). **Anthropology in the Margins of the State**. Santa Fe: School of American Research Press, 2004.
- DINIZ, Simone. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, pp. 313-326 2009.
- FERGUSON, J. The Anti-Politics Machine. ‘Development’ and Bureaucratic Power in Lesotho. **The Ecologist**, v. 24, n. 5, pp. 176-181, sep./out., 1994.

FERREIRA, L. **Dos autos da cova rasa**: a identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960. Rio de Janeiro: E-Papers: Laced/Museu Nacional, 2009.

FLEISCHER, S. **Parteiras, buchudas e aperreios**: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Tese de doutorado defendida no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, páginas. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

FONSECA, C.; CARDARELLO, A. Direito dos mais e menos humanos. In: FONSECA, C.; SCHUCH, P (orgs.). **Políticas de proteção à infância**. Um olhar antropológico. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, pp. 219-252.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, pp. 761-767, 2005.

GINSBURG, faye; RAPP, Rayna. **Conceiving the new world order**. The global politics of reproduction. Berkley: University of California Press, 1995.

GOODALE, M.; MERRY, S. E. (Org.). **The Practice of Human Rights**. Tracking law between the global and the local. Cambridge: Cambridge University Press, 2007

GOODY, Jack. **A lógica da escrita e a organização da sociedade**. Lisboa: Edições 70, 1987.

GUPTA, A. **Red Tape. Bureaucracy, structural violence, and poverty in India**. Durham: Duke University Press, 2012.

HACKING, Ian. **The Tamming of Chance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, pp. 07-41 1995.

HERZFELD, Michael. **The social production of indifference**. Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy. Chicago: The University of Chicago Press, 1993.

HOAG, C. Assembling Partial Perspectives: Thoughts on the Anthropology of Bureaucracy. **PoLAR: Political and Legal Anthropology Review**, v. 34, n. 1, pp. 81-94, 2011.

HOTIMSKY, S. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad Saude Publica**, v. 18, n. 5, pp. 1303-11, 2002.

HULL, Matthew. **Government of Paper**: The materiality of bureaucracy in urban Pakistan. Berkeley: University of California, 2012.

_____. The File. Agency Authority and Autography in a Pakistan Bureaucracy. **Language & Communication**, v. 23, pp. 287-314, 2003.

JASANOFF, S. (Org.) **States of Knowledge**. The co-production of science and social order. Londres e Nova York: Routledge, 2004.

LANSKY, S.; et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, pp. S192-S207, 2014.

LATOURE, B. Visualisation and Cognition: Thinking with eyes and hands. **Knowledge and Society: Studies in the Sociology of Culture and Present**, n. 6, pp. 1-40, 1986.

_____. **Ciência em ação**. Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru: EDUSC, 2001.

LATOURE, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório**: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LOWENKRON, L; FERREIRA, L. Anthropological perspectives on documents. Ethnographic dialogues on the trail of police papers. **Vibrant**, v. 11, n. 2, pp. 75-111, 2014.

LYON, David. **Identifying Citizens**. Id Cards as Surveillance. Cambridge: Polity Press, 2009.

MATHEWS, A. Power/Knowledge, Power/Ignorance. Forest fires and the state in Mexico. **Human Ecology**, v. 33, n. 6, pp. 795-820, dec. 2005.

_____. State Making, Knowledge, and Ignorance: Translation and Concealment in Mexican Forestry Institutions. **American Anthropologist**, v. 110, n. 4, pp. 484-494, 2008.

MIRANDA, Ana Paula M. Cartórios: onde a tradição tem registro público. Antropolítica: **Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política**. n.8, pp. 59-75. Niterói: EdUFF, 2000.

MOL, A. **The Body Multiple**: ontology in medical practice. Durham: Duke University Press, 2002.

MOORE, Sally Falk. **Law as a process**. An anthropological approach. Boston: Routledge & Kegan Paul, 1978.

ONG, A. **Buddha is hiding**: refugees, citizenship, the new America. Berkley: University of California Press, 2003.

PEIRANO, Mariza. **A teoria vivida**: e outros ensaios de antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

_____. O paradoxo dos documentos de identidade: relato de uma experiência nos Estados Unidos. **Horizontes Antropológicos**, vol.15, n.32, pp. 53-80, 2009.

PINTO, Danilo César Souza. **A burocracia vista do cartório**: Uma análise antropológica da burocracia estatal. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos, 115p páginas. São Paulo: UFSCar, 2007.

RILES, A. (ed.). **Documents**: artifacts of modern knowledge. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2006.

RABINOW, P. **French Modern**. Norms and forms of the social environment. Chicago: Chicago University Press, 1995.

ROBSON, Stephen. Can we reduce the caesarean section rate? **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 15, n. 1, pp. 179-194, 2001a.

_____. Classification of caesarean sections. **Fetal and Maternal Medicine Review**, v. 12, n. 1, pp. 23-39, 2001b.

ROSE, Nikolas. Numbers. In: _____. **Powers of Freedom**. Reframing political thought. pp. 197-232. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

ROSE, Nikolas; MILLER, Peter. Political power beyond the State: problematic of government. **British Journal of Sociology**, v. 43, n. 2, pp. 271-303, jun. 1992.

ROSENBLATT, R. The perinatal paradox: doing more and accomplishing less. **Health Aff** (Millwood), v.8, n. 3, pp. 158-168, 1989.

SACHS, B., CASTRO, M. The risk of lowering cesarean-delivery rate. **New England Journal of Medicine** v. 340, n. 1, pp. 54-57, 1999.

SCOTT, James C. **Seeing Like a State**. How certain schemes to improve the human condition have failed. New Haven: Yale University Press, 1998.

SCHUCH, P. **Práticas de Justiça**: antropologia dos modos de governo da infância e juventude no contexto pós-ECA. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SHARMA, Aradhana; GUPTA, Akhil (Orgs.). **Anthropology of the State**: a Reader. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

TORRES, J. A.; DOMINGUES, R. M. S. M.; SANDALL, J.; HARTZ, Z.; DA GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, pp. S220-S231, 2014.

TORNQUIST, C. Armadilhas da Nova Era. Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, pp. 483-492, 2002.

_____. **Parto e poder**. O movimento de humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, 376p páginas. Florianópolis: UFSC, 2004.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, n. 367 (9525), pp. 1819-1829, 2006.

WHO (World Health Organization). Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 326, n. 8452, pp. 436-437, 1985.

4

UMA TECNOLOGIA (DE GOVERNO) E SUAS MÚLTIPLAS CONTROVÉRSIAS: MORALIDADES E CONFLITOS EM TORNO DA PERÍCIA MÉDICA DO INSS

LIZIANE GONÇALVES DE MATOS

Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

1. INTRODUÇÃO

Desde a Constituição de 1988, as políticas de previdência, saúde e assistência social passaram a integrar o chamado sistema de seguridade social brasileiro, do qual o atual Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) faz parte. Apesar de integrarem o sistema de seguridade, a Constituição demarca uma diferenciação entre Previdência e Assistência Social, diferença esta que se reflete nos benefícios instituídos e nos critérios estabelecidos para sua concessão. Os previdenciários destinam-se aos que contribuem ou contribuíram com a Previdência Social, ao passo que os benefícios assistenciais não estão vinculados a qualquer tipo de contribuição prévia a esta, sendo destinados aos indivíduos que possuam baixa ou nenhuma renda. Entre os primeiros, podem ser citados os chamados benefícios por incapacidade, tais como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, e entre os segundos, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), um programa de transferência de renda para idosos e pessoas com deficiência que possuam renda familiar inferior a um quarto de salário mínimo. No entanto, ainda que a contribuição à Previdência os diferencie, há um critério comum que os une: a necessidade da perícia médica, um exame que reconhecerá (ou não) a *incapacidade para o trabalho* e a deficiência, etapa esta indispensável para concessão (ou negação) do auxílio-doença, por exemplo, e do próprio BPC, instituído em 1993 pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS).

Essa avaliação médica (pericial), levada a cabo pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para concessão ou indeferimento de benefícios, tem gerado controvérsias e debates, inclusive midiáticos, sobretudo no que diz respeito aos critérios que são levados em consideração por parte dos médicos peritos ao proferirem suas decisões. Quando os pareceres são desfavoráveis e os médicos não constatarem a existência de elementos que comprovem a incapacidade para os benefícios pleiteados, muitas pessoas recorrem ao judiciário, na tentativa de reverter estas decisões. Com isto, a crescente judicialização do acesso aos benefícios da seguridade social tornou o INSS o maior réu em processos judiciais no Brasil, como mostram os relatórios publicados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) entre anos de 2010 e 2011.

A partir do trabalho de campo realizado na unidade da Defensoria Pública da União (DPU) em Porto Alegre, que reúne casos envolvendo conflitos com o INSS, e em eventos que tem a perícia médica previdenciária como centro do debate, como congressos de médicos peritos, o presente artigo trata, pois, das controvérsias em torno desta prática (médica) de Estado, enquanto uma tecnologia específica de governo, que tem como objetivo selecionar (e também classificar) entre os

que solicitam amparo previdenciário ou assistencial aqueles que realmente fazem jus a estes benefícios. Mostra, igualmente, o quanto os conflitos relacionados à perícia médica do INSS, que envolvem diferentes atores e instituições, também revelam moralidades diversas, associadas a comprovação e verificação de “incapacidade para o trabalho” e de deficiência.

2. A IMPORTÂNCIA DA PROVA EM CONTEXTOS DE DESCONFIANÇA

O aumento no controle do Estado sobre o repasse de benefícios deve-se a uma tentativa de evitar fraudes e parte de certa desconfiança em relação aos que tentem burlar a previdência, como se verá ao longo do texto. Este controle vai desde a exigência de atestados e exames clínicos que possam comprovar a incapacidade para o trabalho, até a mensuração do tempo de concessão do benefício e o encaminhamento para reabilitação, caso a incapacidade seja temporária, sendo esta custeada pela Previdência – uma garantia de que o trabalhador retornará à atividade. Da mesma forma, em casos de aposentadoria por invalidez, o beneficiário deve passar pela perícia médica a cada dois anos, sendo o benefício suspenso caso se constate que a “capacidade para o trabalho” foi recuperada.¹

Poderia se afirmar, num primeiro momento, que a exigência da perícia médica, para além da prova documentada, sob a forma de laudos, exames, etc., estaria relacionada a uma determinada configuração estatal que passou a valorizar as evidências (científicas) na materialidade da prova. Uma configuração que teria aderido e incorporado nas práticas estatais a própria tecnologia de perícia em si, pautada pela ciência forense e a Medicina Legal, cuja lógica seria a busca de “fatos e verdades” que auxiliariam no esclarecimento de um determinado crime, por exemplo. No entanto, a reivindicação pelo reconhecimento da perícia médica

(1) No entanto, não apenas a avaliação pericial passou a se constituir em um meio de controle estatal no repasse de recursos (públicos). Um caso de suspensão do auxílio-doença ocorrido recentemente ilustra estas outras vias possíveis, como as redes sociais. Uma mulher, beneficiária do auxílio por depressão considerada grave, postou fotos realizando viagens em sua página no Facebook seguidas por mensagens otimistas, segundo os Procuradores do INSS. Esta publicação levou a Procuradoria a suspender seu benefício e o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS) a emitir um parecer sobre os usos das redes sociais como fonte de perícia. Segundo o parecer, informações obtidas por outros meios que não através do exame pericial, tais como as próprias redes sociais, por exemplo, devem servir apenas como subsídio para a perícia, não excluindo a necessidade da avaliação técnica pericial por parte do médico perito.

enquanto uma carreira pública, e a exclusividade da realização desta avaliação por parte dos peritos partiu dos próprios médicos vinculados ao Estado. Apesar de o INSS exigir a comprovação da incapacidade para concessão de benefícios como o auxílio-doença anteriormente ao reconhecimento do perito médico como agente do Estado, não havia propriamente uma adesão estatal à determinada tecnologia (médica) para verificação de evidências de *incapacidade* ou de deficiência, o que veio a ocorrer através da criação da carreira de peritos médicos, em 2004. Da mesma forma, para além da perícia, os critérios de acesso à cidadania e ao “mundo dos direitos” também estão relacionados ao tempo de vinculação à Previdência, ao número de provas documentadas que o cidadão precisa reunir, seja da contribuição previdenciária, quando autônomo, da carteira de trabalho (assinada) como comprovante do exercício de determinada profissão e, portanto, de contribuição; de comprovantes de (baixa) renda para receber auxílios assistenciais, etc., meios que também comprovariam a necessidade dos benefícios solicitados junto ao INSS. Neste caso, a ciência, e os usos que se faz dela, acabaria se constituindo em apenas mais uma evidência, dentre tantas outras, no processo de concessão (e recusa) de benefícios assistenciais e previdenciários. Porém, a reivindicação de legitimidade, por parte dos médicos peritos, como especialistas na verificação da *incapacidade*, tornou a perícia médica uma etapa decisiva deste processo, acarretando disputas e controvérsias entre os saberes médicos e jurídicos no que tange ao veredicto final e à exigência de “provas”.

Torna-se importante destacar esta vinculação da perícia médica ao Estado e o crescimento da suspeita e desconfiança no relacionamento entre o médico perito e os solicitantes de benefícios e vice-versa. Didier Fassin, juntamente com Richard Rechtman (2009), efetuaram uma análise sobre o que designam como o *império do trauma* na França, no qual a comprovação deste teria se tornado uma das exigências para concessão de asilo aos candidatos ao status de refugiado no país. O trauma sofrido, como consequência psicológica da violência e da tortura no país de origem, acabou se constituindo como parte importante (e decisiva) da prova que as instituições francesas demandavam dos solicitantes. Neste sentido, além das cicatrizes no corpo, era preciso comprovar, através de atestados médicos, os efeitos psicológicos da violência. Segundo Fassin e Rechtman (2009), o aumento nas solicitações de asilo na França teria contribuído, em igual medida, para o aumento da suspeita em relação aos solicitantes, onde o trauma e sua comprovação teriam se tornado parte de um *teste de verdade*. Da mesma forma, o atestado médico poderia ser visto como paradoxalmente contribuindo para o crescimento da suspeita, reduzindo, igualmente, a legitimidade da causa. Neste sentido, a necessidade de um parecer médico e de atestados também serviria para lembrar o solicitante que sua palavra deixou de ter valor e que sua verdade não será levada em consideração na decisão de concessão ou recusa de asilo. Para os autores, o estabelecimento do

trauma como parte de um *regime de verdade* diria muito mais sobre moralidades do que sobre clínica e diagnóstico, no qual o *expert da psique* emergiria como o especialista que pode confirmar ou invalidar um pedido de asilo.

Ainda seguindo o contexto francês, os trabalhos do sociólogo Vincent Dubois (2010), cujo foco analítico são programas estatais de assistência social, também oferecem caminhos para se pensar a questão da suspeita no que tange à concessão de benefícios, e ao teste de verdade, ao qual se referem Fassin e Rechtman (2009). Segundo Dubois (2010), o aumento do controle no repasse de benefícios, como seguro desemprego e outros destinados a mães solteiras, por exemplo, não estaria relacionado apenas ao aumento nas solicitações, mas também às múltiplas e profundas mudanças ocorridas no *welfare state* desde a década de 1980 na França. O aumento de racionalidades administrativas, centradas no monitoramento das despesas, teria levado a um aumento nas verificações internas, ou seja, nas próprias instituições, e externas, entre os destinatários dos benefícios, cujo objetivo seria detectar fraudes e casos de abusos.

A prevalência de uma visão financeira sobre o bem-estar social teria como consequência o corte de despesas em todos os meios possíveis, incluindo redução no número de beneficiários através do aumento no rigor dos critérios para concessão. Dubois (2010) afirma, neste sentido, que os desempregados e outros que recebessem benefícios assistenciais do Estado passaram a ser cada vez mais monitorados pelo temor da fraude. Este monitoramento ocorreria através de visitas domiciliares e entrevistas que os agentes estatais realizam nas casas das pessoas que recebem auxílio, a fim de verificar se realmente se encaixam nas exigências do Estado para concessão e se esta condição foi alterada.

Ainda que no contexto brasileiro de Seguridade Social o seguro desemprego seja um direito do trabalhador que possui carteira assinada, e não um repasse de verba ligado a políticas de assistência social como na França, torna-se relevante analisar comparativamente estas políticas de controle na concessão de benefícios, sejam eles previdenciários ou assistenciais. A fiscalização através de entrevistas, os laudos psiquiátricos para refugiados na França e a perícia médica no Brasil constituem-se em *testes de verdade* ou instrumentos que, através do argumento de se evitar fraudes, tornam explícita a existência de uma moral reguladora que é pautada pela desconfiança quando se trata da administração de recursos públicos.

Neste sentido, estas decisões se amparam e reproduzem uma visão institucional que teme condutas ilícitas e atos considerados de “*má-fé*” contra os recursos públicos. Com isto, os médicos peritos se tornam, então, não apenas especialistas na avaliação de incapacidade laborativa, mas também especialistas em detectar e combater fraudes contra a instituição que representam. Isto porque o temor da concessão indevida, através de atos fraudulentos, paira sobre a Previdência e o

INSS. A ocorrência (e recorrência) destas práticas levou a Polícia Federal a constituir uma delegacia especializada – a Delegacia de Repressão a Crimes Previdenciários (DELEPREV), em trabalho conjunto com a Previdência Social². Segundo nota divulgada no site da Polícia Federal, quase cinquenta milhões de reais em benefícios pagos em pela Previdência na ocasião estavam sob suspeita de terem sido fraudados³. Essa busca (e combate) a fraudes também levou à criação de uma Força Tarefa Previdenciária, composta pela Polícia Federal, Ministério da Previdência Social e Ministério Público Federal.

Para muitas pessoas com quem conversei durante o trabalho de campo, os médicos peritos desconfiariam de que elas estariam mentindo ou simulando para receber benefícios apenas porque não desejariam trabalhar. O excerto do diário de campo que segue abaixo é significativo quanto a esta suposta preferência pelo recebimento de benefícios ao trabalho:

Pela manhã, o setor de atendimento ao público na Defensoria Pública da União sempre é mais movimentado. Seguindo o que as estagiárias dizem: de manhã, perto do meio-dia, se for um dia ensolarado, vai estar cheio. O dia estava assim, tal como elas descreveram... e o espaço destinado à espera (que não chega a ser uma sala) estava lotado. Sigo acompanhando o trabalho delas, que realizam a segunda fase do atendimento: o preenchimento de um formulário socioeconômico. O encaminhamento aos guichês de atendimento jurídico ocorre logo em seguida. Em busca de casos previdenciários, como são classificados na DPU, eu encontro casos diversos, como o de uma mulher que, em nome de seu marido, gostaria de receber uma quantia relativa ao Programa de Integração Social (PIS), tendo em vista que seu marido já estava aposentado. Segundo ela, apenas um defensor público federal poderia auxiliar. No entanto, ela se recusou a informar sua renda familiar e, irritada, disse: por que vocês querem saber? Para ver se a senhora tem direito à atendimento jurídico gratuito. O defensor só pode dar prosseguimento ao seu processo se a senhora tiver renda familiar de até três salários mínimos, disse pacientemente a estagiária. Eu não vou dar essa informação, prefiro que o dinheiro fique com a Caixa (banco federal), então. Nunca vi tanta complicação! levanta-se e sai, sem se despedir. Esses casos são comuns, diz a estagiária. Muita gente tem renda superior ao exigido e não querem informar. Mas, ao mesmo tempo, querem atendimento gratuito, e podem pagar um advogado. Dependendo do caso, o Defensor consegue deduzir alguns gastos se a renda ultrapassa os três salários mí-

(2) As operações da Polícia Federal no âmbito desta delegacia também receberam ampla cobertura midiática, tal como o caso da operação denominada Blindagem II, organizada em 2012, que investigou um grupo criminoso que atuava na região sul do Brasil e fornecia atestados médicos falsos para concessão de benefícios como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

(3) Para mais informações, ver: <http://www.pf.gov.br/agencia/noticias/2012/marco/operacao-blindagem-ii-desarticula-grupo-que-fraudava-a-previdencia-social>. Acessado em março de 2014.

nimos, mas, muitas vezes, essas pessoas não conseguem justificar. A próxima senha é acionada. Uma mulher se aproxima e ajeita a saia na cadeira. Carteira de Identidade, por favor. Dona Regina, a senhora já tem cadastro aqui e um processo encerrado. Acabo de ver. A senhora gostaria de abrir outro? Sim, na verdade eu só quero o reajuste da minha aposentadoria, que não estão pagando. Eu sou aposentada por invalidez. Enquanto a estagiária segue o cadastro de dona Regina, eu pergunto: por que motivo a senhora foi aposentada por invalidez? Eu tenho reumatismo, e isso está atrofiando meus músculos. Olha aqui a minha mão, consegue ver que tem uns dedos meio tortos? Sim...eu digo. Pois é, eu fui aposentada por causa disso. O primeiro atendimento que a senhora realizou aqui na DPU foi pelo pedido de aposentadoria ao INSS? Na verdade, meu processo aqui foi para pedir auxílio-doença, que o médico perito tinha negado quando eu fiz o exame. Ai, abriram meu processo e no dia da audiência o juiz pediu para eu ser avaliada por uma junta médica, e eles acharam melhor me aposentar. Foi um choque quando eu recebi a notícia, quando disseram que eu seria aposentada. Acharam que eu ficaria feliz! Mas não... No que a senhora trabalhava? Eu trabalhei anos numa lavanderia. Dá uma pausa e, chorado, pede desculpa pela interrupção. Eu queria continuar trabalhando, eu sou nova, mas como vou trabalhar com as mãos assim? Eu só queria receber auxílio-doença e voltar a trabalhar. Eu não queria ter me aposentado agora...é muito difícil aceitar essa condição de inválida, sabe?

Ser ou estar inválido, e receber esta classificação, não se constitui em algo desejável ou visto como positivo. Perder o valor enquanto força de trabalho e atividade, temporária ou permanentemente, seria um peso negativo que superaria o valor do benefício e o simples recebimento deste. Por isto, muitas pessoas enfatizam, da mesma forma, que não entendem a desconfiança do médico perito, tendo em vista que preferiam estar trabalhando a receber um auxílio, cujo valor é um salário mínimo para muitos que solicitam. Também na Defensoria⁴, um senhor relatou que “não estaria ali se realmente não precisasse”, pois quem iria “preferir receber um auxílio ao salário todo”? Em outro caso semelhante, um senhor que trabalhava como operador de estoque e que precisou fazer uma cirurgia de hérnia de disco, destacou que “receberia muito mais trabalhando que recebendo este auxílio para ficar em casa”. Neste sentido, a remuneração pelo trabalho seria, em muitos casos, superior ao auxílio-doença. No caso de dona Regina, ao contrário do que se poderia supor, o resultado da avaliação da junta médica e a sentença do juiz determinando que o INSS lhe aposentasse por invalidez não a deixaram feliz, mas em choque. Ela apenas queria receber auxílio-doença e voltar ao trabalho após sua recuperação, não ser afastada definitivamente deste por invalidez, pois “aceitar a condição de inválida é difícil...”

(4) Em algumas passagens do texto utilizarei apenas o termo Defensoria, mas em referência à Defensoria Pública da União (DPU).

3. A IMPORTÂNCIA DOS DOCUMENTOS NA CONSTITUIÇÃO DA PROVA

Para além de uma exigência estatal, a importância que os documentos adquirem para as pessoas, como prova material da necessidade dos benefícios, também é um dos pontos que merece destaque. Em muitos casos que acompanhei no setor de atendimento da Defensoria, as pessoas faziam o relato de suas situações e apresentavam aos estagiários muitos documentos, que passariam a constituir prova da necessidade do benefício (e da veracidade da incapacidade) não mais para o médico perito, mas para o defensor público federal, que atuará em seu nome contra o Estado. Por mais que os estagiários, no início do atendimento, solicitassem apenas a carteira de identidade, o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e um atestado em que houvesse o número do Código Internacional de Doenças (CID) – pois os demais documentos deveriam ser entregues no momento do atendimento jurídico –, estes já eram selecionados e dispostos na mesa, como atestados médicos, receitas de medicamentos, laudos dos médicos peritos, carteira de trabalho, comprovantes de contribuição na Previdência, quando autônomos, exames clínicos, etc.

Também na Defensoria, escutei muitos relatos em que as pessoas reclamavam que os médicos peritos não estariam levando em consideração os documentos que seriam probatórios de suas enfermidades, assinados pelos seus médicos. Para muitas delas, os documentos, por si só, deveriam comprovar a veracidade e o mérito da solicitação. Em um destes casos que acompanhei na DPU, uma senhora, que por duas vezes teve o benefício de auxílio-doença negado, comentou que o médico “até deu uma olhada” nos atestados das consultas ao posto de saúde e hospitais públicos que ela fez e também nos exames clínicos, mas sua conclusão final foi de que ela não apresentava incapacidade para o trabalho. Ao relatar o momento da perícia, ela destacou que,

O médico mal falou comigo, olhou os papéis todos que eu levei, mas parece que não adiantou. Eu sou diabética, sou deficiente porque eu não enxergo bem por causa da diabetes. Eu trouxe tudo aqui (aponta para uma pequena pasta onde estão seus documentos) para comprovar e ele (o médico perito) negou.

Neste sentido, os documentos apareciam como meios fundamentais de comprovação do infortúnio e traziam consigo o desejo e a expectativa das pessoas de que seu direito seria reconhecido pelo Estado que, nesta perspectiva, administraria o seguro sob a lógica da suspeita em relação a possíveis fraudes. Leticia

Ferreira (2013), ao analisar o fenômeno do desaparecimento de pessoas no Rio de Janeiro e as controvérsias e embates envolvidos entre agentes e agências públicas no que tange ao tratamento destes casos, destacou, da mesma forma, que

Se por um lado documentos são encarados como uma opressora materialização dos ideais de formalismo, impessoalidade e anonimato vigentes em burocracias (...), por outro lado são também forças motrizes de processos de Estado, e ao mesmo tempo, **mecanismos acionados por certos indivíduos para fazer frente ao Estado**. Ainda que tais indivíduos não acionem ritos de autoridade, e mesmo que se posicionem em uma relação por definição assimétrica em face de agentes do Estado, **documentos permitem-lhes disputar em que termos são descritos e avaliados, funcionando como instrumentos basilares de suas demandas por reconhecimento** (FERREIRA, 2013, p. 21; Grifos meus)

Carregados em sacolas plásticas de supermercados ou lojas, envelopes de papel pardo, sacos e pastas, estes documentos adquirem uma importância que transcende a própria avaliação física efetuada pelo médico perito. O caso de seu José, que também conheci na DPU, ilustra isto. Seu José é motorista de caminhão e procurou a Defensoria porque teve o pedido de prorrogação do auxílio-doença negado após o exame pericial. Naquele momento, o benefício já havia sido suspenso. Segundo nos relatou, o auxílio passou a constituir parte importante de sua renda familiar, tendo em vista que, dos seis filhos adolescentes, apenas a mais velha estaria empregada e recebendo um salário mínimo. Alegou possuir hérnia de disco, o que o impediria de encontrar outra atividade de trabalho para além daquela que exercia e estava afastado.

“O senhor tem algum atestado onde apareça o número do CID?”, perguntou o estagiário. Seu José, então, abriu a pasta onde carregava seus documentos e os dispôs sobre a mesa, incluindo os laudos periciais. Pedi para ler e ele seguiu o relato:

Deu até vontade de falar pra ela (médica perita) que eu recebo muito mais trabalhando do que com esse auxílio para ficar em casa. Quando eu cheguei na perícia eu tava me sentindo bem. Ela pediu para caminhar, examinou um pouco a minha perna e acabou indeferindo. Aí eu pensei: o que eles querem? Que eu entre na sala me arrastando no chão? Por que eu vou mentir se eu estava me sentindo bem? Mas eu tenho problema na perna, pode olhar aí (nos exames clínicos e receitas médicas prescrevendo medicamentos para dor e tratamento da hérnia). As vezes dói e outras vezes não. Naquele dia da perícia não tava doendo e eu consegui caminhar, mas isso não quer dizer que eu estou bem, está tudo aí (documentado) para comprovar.

No laudo de seu José, a conclusão do perito foi de que “o requerente movimenta-se sem dificuldade. [Portanto] O mesmo não apresenta incapacidade para o

trabalho”. Mas, segundo relatou, o fato de ter conseguido caminhar no momento do exame e de não ter sentido dor em uma das pernas, não significaria que ele estava curado da hérnia de disco. Apesar de sentir dores eventualmente por conta disto, ele teria como comprovar, através de diversos exames clínicos, chapas de raio-x e atestados, a existência da enfermidade (ou da incapacidade). Neste caso, os documentos seriam muitos mais críveis e precisos do que a avaliação visual do perito.

Torna-se importante fazer uma breve descrição do laudo médico pericial e do processo de tradução de alguns termos e expressões para uma linguagem técnica específica, no caso da Medicina Legal. Apesar de o preenchimento ser padronizado, alguns podem ser mais detalhados e outros mais sucintos. O laudo é dividido em duas colunas. De um lado aparecem os dados técnicos, como o número do CID da doença que os atestados do médico assistente declaram que seu paciente possui, o benefício pretendido, e o histórico de solicitações de benefícios já realizados. Também há a descrição física e avaliação do quadro clínico. A descrição do periciado ou requerente, designação que recebem os que passam por exame pericial com vistas à obtenção de benefícios junto ao INSS, pode incluir tudo o que o perito observa. Porém, esta descrição deverá passar por um processo de tradução técnica, característico dos laudos oficiais. Por exemplo, um dos laudos que obtive autorização para ler apresentava a seguinte descrição: “as mãos apresentam calosidades exuberantes e ‘sujidades subungueais’”, ou seja, “sujeira embaixo das unhas”. Tratava-se do laudo de uma senhora, negra, empregada doméstica, que teve o pedido de auxílio-doença negado. Em alguns laudos, o comportamento do periciado no momento do exame também é registrado. E, nestes casos, o médico perito novamente insere tudo o que observa: “não fixa o olhar no perito e tenta mexer em processos que estão na mesa, o que peço que não faça”. Na segunda coluna do documento há o parecer do médico perito. Se a solicitação estiver relacionada a benefícios previdenciários e houver indeferimento, o parecer final será: “o requerente não apresenta incapacidade para o trabalho”. Caso a perícia tenha sido realizada para concessão ou não do BPC, a conclusão será: “portador de deficiência ou, não se encaixa na lei de concessão do benefício assistencial em questão; (não) apresenta incapacidade para o trabalho e para a vida independente”.

Para pensar na importância destes documentos, pode-se trazer o conceito de *biolegitimidade*, termo proposto por Didier Fassin (2003) que busca destacar os usos do corpo como meio de acesso a direitos a título de enfermidade ou sofrimento. Fassin (2003) vale-se deste conceito ao analisar as políticas para imigrantes e desempregados na França, no qual uma das exigências do Estado para concessão de benefícios seria, para além da apresentação de documentos, a narrativa sobre o caso e a exposição do corpo. No caso da perícia médica, a *(bio)legitimidade* se sustenta, igualmente, pela prova documental da incapacidade e da necessidade dos benefícios. Neste sentido, não é apenas a exposição física e narrativa dessa

necessidade que acaba sendo levada em consideração, mas a materialidade que ela assume através dos documentos médicos. No entanto, é importante se destacar que os documentos adquirem uma importância muito maior para as pessoas que solicitam benefícios do que para os próprios agentes do Estado, isto porque os médicos peritos podem levar ou não estes documentos em consideração em suas decisões. Com isto, pode-se questionar, então, qual o “papel”, no sentido estrito do termo, que estes documentos adquirem para as pessoas no momento em que elas precisam solicitar auxílios previdenciários ou assistenciais e, da mesma forma, contestar decisões estatais. Segundo o INSS, cabe ao solicitante de benefícios o “ônus de sua prova” – através da reunião de documentos, portanto. Prova esta não apenas da incapacidade, mas também da legitimidade (e honestidade) da solicitação, constituindo-se, neste sentido, em uma defesa contra a suspeita de fraude, simulação de sintomas e dores, etc.

Um caso representativo dessa composição da prova, através da reunião de documentos considerados importantes na comprovação da incapacidade e defesa contra a suspeita, foi o de um senhor que procurou a Defensoria pelo indeferimento de seu pedido de auxílio-doença. Após responder uma parte do questionário socioeconômico, quando perguntado sobre os motivos que o levaram a buscar atendimento jurídico na DPU, ele logo retirou os óculos do bolso da camisa, abriu uma pequena pasta com diversos documentos e disse: “Estou aqui porque me negaram auxílio-doença”. “O senhor tem algum atestado onde apareça o CID⁵?”, perguntou a estagiária no início do atendimento. Percebi que ele não encontrou dificuldade em localizar o atestado em meio a diversos outros papéis que, apesar do volume, pareciam organizados. Ao dispor uma parte deles na mesa, essa organização se tornou ainda mais visível, no sentido estrito do termo – alguns pontos específicos estavam destacados com marcador de texto neon, incluindo o CID no atestado do médico assistente e, no laudo pericial, as datas das perícias já realizadas e a conclusão dos médicos peritos. “Por que o senhor destacou essas partes?”, perguntei. “Para facilitar, minha filha, são tantos documentos que as vezes eu me perco, sabe? Aí eu vejo o que eu marquei e logo me acho, e vou marcando as partes importantes”. disse ele, sorrindo.

(5) Muitas pessoas, no momento em que iniciavam o relato de sua situação aos estagiários, tanto econômica quanto de saúde, demonstravam ter grande conhecimento de seus diagnósticos médicos e do número do CID de suas doenças. Em uma situação, antes mesmo que a estagiária explicasse a necessidade do atestado médico, uma mulher, que buscava resolver seu pedido de auxílio-doença negado, já sabia o que ela precisava: “a senhora tem algum atestado médico? Quero ver o...Precisa saber dos CIDs? Eu tenho todos aqui. São vários”. E então retirou da bolsa diversos atestados dobrados unidos, e os abriu cuidadosamente em frente a estagiária. Algumas pessoas, inclusive, retiravam não apenas atestados e receitas, mas os próprios medicamentos prescritos, que para elas também acabava servindo como prova de suas enfermidades, para além dos documentos médicos.

4. COMPOSIÇÃO DA “PROVA” DOCUMENTADA

Se os próprios documentos possuem uma biografia, como sugerem Claudia Fonseca e Lúcia Scalco (2015), torna-se importante levar em consideração, aqui, os deslocamentos que as pessoas realizam entre as instituições como forma de reunir estes elementos que comprovem a veracidade da solicitação. O percurso para composição da prova inicia com a consulta e o diagnóstico dos chamados médicos assistentes, médicos estes que fornecem atestados, indicam tratamentos e definem, através da Codificação Internacional de Doenças (CID), aquela que se encaixa no quadro clínico de seu paciente. Estes médicos podem ser consultados tanto através de clínicas particulares, quanto do Sistema único de Saúde (SUS). E são os atestados por eles fornecidos e outros exames solicitados que o trabalhador apresentará ao médico perito no momento do exame pericial. Porém, o julgamento do médico perito levará em consideração o impacto da doença atestada pelo médico assistente sobre a capacidade do trabalhador de desempenhar suas atividades, o que designam como *nexo causal*. Neste sentido, quando se trata do processo de solicitação de benefícios por incapacidade, o que aparece em disputa, para além da própria definição do que seja incapacidade para o trabalho, é o papel desempenhado pelo médico assistente (ou o médico que assiste seu paciente) e pelo médico perito, e a relação por eles estabelecida com os trabalhadores e vice-versa, como se verá ao longo do texto.

Nos casos em que a concessão ou prorrogação de benefícios ou auxílios é indeferida pelo médico perito, muitos trabalhadores recorrem, então, ao judiciário, que se constitui no destino final deste percurso, para onde se dirige grande parte dos trabalhadores na tentativa de reverter as decisões do INSS. E é na realização deste percurso que as pessoas tornam visível o Estado e se tornam visíveis e (legíveis) a ele. Em estudo onde analisa a distribuição de lotes para pessoas inscritas em programas habitacionais de governo no Distrito Federal, Antonádia Borges (2005, p. 67) destacou que, do encontro destas pessoas que se cadastram no programa com os funcionários do governo “resultam, sobretudo, documentos, provas materiais que tornam palpáveis e presentes as alterações na vida de ambos”. Também aqui, este encontro com agentes do Estado resulta em documentos e em provas materiais. Neste caso, porém, as alterações sofridas ocorrem no corpo, que deve ser apresentado (e avaliado) como incapaz para receber amparo da Previdência Social ou o benefício assistencial.

5. SOBRE (IN)CAPACIDADE E MORALIDADES

Uma das questões que merece destaque nestes embates é a definição do que se considera (in)capacidade e doença, sugerindo a existência de perspectivas incompatíveis entre o que representa uma ou outra para as pessoas que solicitam benefícios junto ao INSS (também via Defensoria), e para os médicos peritos desta instituição. Os médicos alegam que as pessoas confundem doença com incapacidade e que o fato de uma pessoa estar doente não significa que ela esteja incapacitada para o trabalho. Conforme já destacado, muitas pessoas relataram na DPU que os médicos peritos acabavam não levando em consideração, para além da avaliação física, os atestados e exames que elas levavam no momento da perícia, e concluíam que elas não apresentavam incapacidade. De um lado, então, tem-se a composição da prova e o convencimento da necessidade do auxílio para afastamento temporário ou definitivo do trabalho e, de outro, o julgamento dos casos considerados válidos ou não por parte dos médicos peritos, e também por parte dos defensores públicos federais que atuam nos litígios que envolvem o INSS. O médico perito, como profissional legítimo e autorizado, verificará as evidências de que realmente a pessoa está incapacitada de exercer sua (ou alguma) atividade de trabalho. Quando os pedidos referem-se ao auxílio-doença, os peritos alegam que, embora doente e em tratamento, o trabalhador pode continuar exercendo suas atividades habituais, pois estar doente não basta para que o direito ao benefício seja reconhecido, tendo em vista que a lei prevê a concessão pela incapacidade e não pela doença. Os médicos afirmam, também, que o fato de uma pessoa estar incapacitada para uma determinada atividade não significa que ela não esteja apta para outras.

Neste sentido, a avaliação (moral) e a decisão final do médico perito parece ir de encontro à expectativa das pessoas de que o corpo lesionado, por si só, deveria possuir legitimidade para reivindicação e acesso à direitos. Neste caso, não se trataria apenas de uma *biolegitimidade*, já abordado há algumas páginas atrás, mas também da análise e da importância atribuída aos documentos. Conforme já destacado, na realização da perícia médica não apenas o corpo passa pelo escrutínio do médico perito, mas também prontuários, receituários, atestados e demais documentos que participam da composição da prova que deve ser apresentada no momento da avaliação. A apresentação do corpo propriamente dito, o tempo de contribuição à Previdência e a prova documentada também são recursos utilizados no encontro com agentes do Estado, e que garantiriam a legitimidade e a legibilidade deste corpo.

Ao acionar uma retórica moral da desconfiança, os médicos peritos assumem uma postura de comprometimento não apenas com a instituição para a qual prestam serviço, como agentes do Estado, mas também com o que consideram

como a promoção da justiça social. Em abril de 2013 e março de 2015, eu acompanhei o 4º e o 5º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária, organizado e promovido pela Associação Nacional de Médicos Peritos (ANMP). Nestes dois congressos, a referência à justiça social era recorrente nas falas. O tema do 4º Congresso foi, inclusive: *Perícia Médica Previdenciária: Agente de Justiça Social*.

Nas palavras do doutor Paulo Gonzaga (2006, p. 316), médico que publicou um livro sobre perícia médica previdenciária,

Atrás dos postulantes existe toda uma população que contribui para o sistema, pelo que o referido sistema deve fazer justiça social, dentro do contexto de um seguro social e não sob o ponto de vista de Assistência Social (...). Assim, não cabe ao médico perito ser dádivo e conceder o que não seja de direito legal, pois tais numerários não lhe pertencem, mas pertencem à toda sociedade, assim como igualmente não podem negar o que é de direito do segurado cliente da Previdência Social.

No 5º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária, a questão da perícia médica como fator de justiça social também foi retomada, tal como na fala de uma médica perita, transcrita abaixo:

Eu acredito que a perícia médica previdenciária é, sim, um fator de justiça social, em qualquer caso, de deferimento ou indeferimento de benefícios. Porque quando nós deferimos um benefício para um indivíduo, nós estamos fazendo a justiça social pra ele, mas quando nós indeferimos um benefício indevido, nós também estamos fazendo justiça social pra todos os que financiam o sistema. Porque como bem disse a Margaret Thatcher, o governo não tem dinheiro, somos nós que financiamos o governo. Então, quando nós não concedemos um benefício indevido, nós estamos fazendo justiça a quem financia isso, que somos nós, que pagamos impostos. Para que a justiça social seja devidamente feita é preciso que o benefício por incapacidade seja muito bem avaliado e não concedido de forma indevida.

Desta forma, a suspeita em relação aos que tentam burlar a Previdência, de simulação durante a perícia e o rigor no repasse destes benefícios sugere que a distribuição destes bens deve ser justa. Não é apenas a contribuição individual dos trabalhadores à previdência que os médicos levam em consideração ao deferir ou indeferir a concessão de benefícios. O compromisso do perito seria com o INSS, e com a população em geral, porque a previdência social é pública e a arrecadação é pública. Da mesma forma, as decisões de concessão ou não do benefício assistencial também estão pautadas neste discurso. Neste sentido, o papel da perícia médica previdenciária seria, portanto, a gestão (correta) do dinheiro público. Essa retórica moral da justiça social também é acionada como meio de demonstrar certa racionalização na distribuição de benefícios administrados e concedidos pelo Estado. Por outro lado, o recurso ao argumento moral de que o perito e a perícia são agentes de

justiça social e de cidadania pode se constituir, igualmente, em tentativas de aproximação e humanização de uma atividade técnico/científica que se desenvolveu sob o registro da suspeição aos usuários do INSS, e da desconfiança mútua

6. O PAPEL DO JUDICIÁRIO NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS

Conforme já destacado no início do texto, o indeferimento à concessão de benefícios por incapacidade, sobretudo do auxílio-doença, bem como do benefício assistencial BPC, tem levado muitas pessoas a recorrer ao judiciário, ainda que exista a possibilidade de se contestar estas decisões pela via administrativa através do Conselho e das Juntas de Recursos da Previdência Social (CRPS).

A necessidade da prova (que será validada ou não pela avaliação pericial) e os supostos *equivocos* cometidos pelo Estado no que tange ao repasse do seguro social ou do benefício assistencial, impulsionaram o crescimento de escritórios de advocacia especializados na temática previdenciária, que passaram a situar-se exatamente no entorno das Agências da Previdência Social (APS). Estes escritórios anunciam em suas fachadas aquilo que se tornou uma de suas maiores demandas, não apenas em termos de volume de processos, mas de procura por orientação jurídica: auxílio-doença e BPC/LOAS negados.

No entanto, a advocacia privada constitui-se em apenas uma das vias possíveis de acesso à justiça (e, possivelmente, aos benefícios do INSS que tenham sido negados), restrita tão somente àqueles que possuem meios de pagar pela representação de um advogado particular. Aos que não possuem, este acesso é assegurado pela Defensoria Pública, neste caso, da União (DPU), que presta assistência jurídica gratuita a todos que necessitem ingressar com processos que envolvam a União Federal, tais como o próprio INSS, a Caixa Econômica, Forças Armadas, Universidades Federais, etc.

Grande parte dos atendimentos jurídicos que são realizados na DPU envolvem o INSS e a recusa à concessão (ou prorrogação) dos chamados benefícios por incapacidade, sobretudo do auxílio-doença. Um estudo sobre o panorama de atuação da DPU em todo o país também destacou que, no ano de 2013, o INSS foi o principal órgão de origem dos litígios que chegaram à instituição, representando 35% dos atendimentos realizados naquele ano. Na Unidade da DPU em Porto Alegre, acompanhei muitos casos em que as pessoas sequer tinham a carta de in-

deferimento do INSS ou o comunicado de decisão, exigidos para abertura do processo. Passaram pelo exame pericial e já procuraram a Defensoria, por indicação de alguém que teve instaurado Processo de Assistência Jurídica (PAJ) na DPU e que acabou recebendo o benefício através de decisão judicial.

“Por muito pouco eu não desisti... por isso eu estou aqui hoje”. Foi com esta frase que Rosa, uma jovem na faixa dos 30 anos, definiu sua trajetória até aquele momento na busca pela concessão de auxílio-doença que, segundo ela, havia sido negado diversas vezes após a realização da perícia médica.

Na verdade, eu já tinha desistido... porque negaram tantas vezes que eu não quis mais tentar. Mas, eu tive uma convulsão na rua, passei muito mal, e uma assistente social, que ajudou a me socorrer no dia, perguntou a minha situação e me encaminhou pra cá (DPU). Agora, vocês são meu último recurso. Vamos ver...

A estagiária do setor de sociologia assegurou que ela estava no lugar certo e que sua demanda seria encaminhada. “Aqui comigo, então, dona Rosa, nós vamos preencher o seu formulário socioeconômico e depois eu lhe encaminho para o atendimento jurídico, ali do outro lado [referindo-se aos guichês em frente, onde estão os estagiários do curso de Direito], Tá bom?” “Tudo bem”, respondeu ela. Acompanhada da filha, Rosa também trazia, em sua expressão, o pouco de esperança que ainda lhe restava de que sua demanda seria, de fato, resolvida com o auxílio da DPU, que tornou-se seu “último recurso”.

As perguntas do formulário permitiam que conhecêssemos um pouco de sua situação econômica, ainda que de uma forma objetiva: quantas pessoas moram na casa e compõem o grupo familiar, bairro e cidade onde reside, se o imóvel é próprio, financiado, alugado, cedido ou localizado em área verde; renda bruta, gastos extraordinários – com medicamentos, por exemplo; despesas com serviços como água, luz, IPTU, transporte público, etc. Segundo nos relatou, como operadora de caixa em um supermercado local, ela recebia dois salários mínimos, insuficientes para arcar com as despesas da casa e gastos com alimentação para os todos os filhos, quatro no total, com idades entre sete e dez anos, sendo a mais nova aquela que a acompanhava. De acordo com as informações fornecidas, os gastos, de fato, excediam a renda. A estagiária, então, perguntou como ela conseguia cobrir todas as despesas, que ultrapassam sua renda bruta, se recebia alguma ajuda financeira, pois necessita registrar isto no formulário.

Eu recebo ajuda de amigos, parentes, minha mãe é aposentada e ajuda como pode, mas não é sempre, ela tem os gastos dela também. O pai dessa aqui [aponta para a filha] às vezes ajuda, e assim a gente vai levando. E a senhora participa de alguma política pública do governo? Minha Casa, Minha Vida, Bolsa Família, utiliza o SUS... Sim, Bolsa Família. Nós usamos o SUS, também. A senhora trouxe a carteirinha do SUS para eu registrar o número aqui? Trouxe, já te dou.”

Moradora de Alvorada, uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre, Rosa disse ter saído cedo de casa naquela manhã quente de verão, imaginando que enfrentaria longa espera por atendimento na DPU, o que não se concretizou. “Eu peguei a senha ali e logo chamaram, muito rápido”, ela disse, enquanto observava a filha que brincava distraída entre as cadeiras infantis, bonecas e outros brinquedos estrategicamente dispostos próximos aos guichês de atendimento. “A senhora tem algum atestado onde apareça o número do CID?”, perguntou a estagiária. Ela retirou da bolsa, então, uma pequena sacola plástica com os documentos que reuniu. Enquanto a estagiária seguia o preenchimento do formulário socioeconômico, pedi para ler seu último laudo pericial, que apresentava a seguinte descrição:

A requerente alega sofrer convulsões e sentir fortes dores no ombro direito por conta de quedas frequentes. Porém, quando distraída, executa os movimentos que alega ser incapaz. Não trouxe prescrições de medicamentos de seu médico assistente, apenas indica medicamentos utilizados.

Conclusão: Não verificou-se a existência de incapacidade para o trabalho. Pode executar atividades habituais acompanhada de fisioterapia.

O caso de Rosa é representativo de uma das maiores demandas que a Defensoria recebe e atende diariamente nos guichês de atendimento ao público e que envolvem conflitos com o INSS. No entanto, não são apenas casos de negativa de concessão ou prorrogação de benefícios por incapacidade, como auxílio-doença, por exemplo, que chegam à DPU. Muitos casos de abertura de Processo de Assistência Jurídica (PAJ) ou a simples orientação ou informação jurídica (chamado de “simplificado”) envolviam, para além de pedidos de BPC indeferidos no INSS, seja pelo não preenchimento dos critérios de renda estabelecidos pela legislação para o recebimento deste, pelo não reconhecimento da deficiência após a perícia médica, conforme constam nos laudos apresentados, casos em que se contestava o indeferimento de pedidos de prorrogação do auxílio-doença. A opção pela prorrogação do benefício existe para situações em que, após encerrado o período de concessão, o trabalhador ainda não apresente condições, sejam elas físicas ou mentais, de retornar ao trabalho. Neste caso, quando a “capacidade para o trabalho” ainda não for reestabelecida, existe a possibilidade de se prorrogar por mais um período o auxílio-doença, período este que será determinado, igualmente, pelo médico perito. Desta forma, nos casos que acompanhei, o benefício havia sido concedido por um determinado período, após avaliação pericial, e cessado após a recuperação do segurado. Este deveria ser, ao menos em tese, o procedimento. Os casos que chegam na defensoria são de pessoas que reclamam ainda não estar em condições de voltar ao trabalho, mas a avaliação que recebem do médico perito é outra – a de que elas estão aptas ao retorno.

Novamente, o conflito emerge quando não há concordância entre as partes (valendo-se do termo jurídico) no que tange à definição de categorias e classificações, como aptidão, (in)apto, incapacidade para o trabalho, (in)capaz e mesmo de deficiência, em se tratando do BPC. As partes, aqui, constituem-se no médico perito, médico assistente, médico do trabalho e as próprias pessoas que solicitam benefícios ao INSS. E os embates em relação aos pedidos de extensão de auxílio-doença envolvem, da mesma forma, a questão da definição da data de início da doença e da alta programada, ou seja, o tempo que o médico perito considerará como suficiente para concessão do benefício até a recuperação do solicitante. A definição desse tempo e o aceite ou não dos pedidos de concessão e de prorrogação, configuram-se, nestes casos, como os motivos de toda a controvérsia.

É importante sublinhar que, nas situações que envolvem a judicialização dos benefícios, a avaliação do médico perito constitui-se em apenas uma das partes (em muitos casos decisiva) levadas em consideração na concessão ou indeferimento destes. O tempo de contribuição (mínimo de doze meses) que comprova a “qualidade de segurado”, período de carência e se a doença incapacitante para o trabalho foi adquirida anteriormente à contribuição previdenciária, e mesmo os quesitos de (baixa) renda definidos pela legislação para concessão de benefícios assistenciais como o BPC, também se constituem em critérios que podem deferir ou indeferir os benefícios solicitados.

Este foi o caso de uma mulher que procurou a Defensoria porque não preenchia os critérios de renda estabelecidos para concessão do BPC para sua filha, a qual estava representando no momento do atendimento. Após fazer uma breve apresentação das etapas a serem preenchidas, a estagiária perguntou:

- O atendimento é para a senhora mesmo?

- Não, é para minha filha.

-A senhora pode falar rapidamente qual é a sua demanda, o que a senhora veio buscar?

-É assim: a minha filha, ela tem várias doenças. Eu trouxe tudo aqui para mostrar, os atestados. Na perícia foi tudo tranquilo, o médico perito até disse que ela é jovem e vai se recuperar. Daqui há um tempo ela vai ter que fazer a perícia de novo. Eu até falei pra ele que a minha filha não quer receber isso pra sempre, só enquanto ela estiver em tratamento. Mas a assistente social negou porque na época ainda tinha minha renda, e agora estou desempregada. Ela [assistente social] nunca deve ter passado trabalho na vida, eu não estaria aqui se realmente não precisasse. Se a gente vai atrás é porque precisa.

Os atestados e receituários médicos apresentados por dona Eliane indicavam que a filha, de 20 anos, estava em tratamento contra linfoma, um tipo de câncer. Segundo nos relatou, a descoberta da doença também fez com que esta

apresentasse quadro de depressão, pois precisou deixar de ir à escola por conta do tratamento e das frequentes internações.

Eu parei de trabalhar para poder cuidar dela. Somos só nós duas em casa. Eu tenho uma outra filha que já está casada e não mora mais comigo. Nós temos muitos gastos, ainda mais agora. Os remédios que ela precisa eu consegui [gratuitamente], mas e a comida? Cada vez que ela dá alta do hospital tem que seguir uma dieta especial, e como a gente faz? As vezes a gente fica na casa da minha filha mais velha, mas ela tem filhos também, tem os gastos dela. Esse benefício ajudaria muito, é um salário mínimo, mas só pra nós duas estava mais do que bom.

A dimensão da ajuda entre parentes, amigos, vizinhos, sobretudo em relação aos meios de se conseguir o básico em termos de alimentos, também era recorrente quando se tratava de explicações para os gastos que superavam a renda, quando esta existia. Em muitos casos, o campo “renda bruta”, no formulário socioeconômico, era preenchido com um zero pelos estagiários, e as respostas sobre a centralidade dos benefícios, sejam eles previdenciários ou assistenciais, para gastos com alimentação, fraldas, ou medicamentos que não constavam na lista fornecimento gratuito do SUS, por exemplo, sempre eram frisados. Como na fala de seu Antônio, cujo salário do emprego como mecânico era o único para uma família de seis pessoas. Quando teve o auxílio-doença suspenso, após indeferimento de seu pedido de prorrogação, seu Antônio acabou perdendo o emprego, por não ter condições de voltar, segundo nos relatou. “Por enquanto estou desempregado, esse dinheiro [do benefício] era o que estava ajudando, agora a gente está se virando como pode, quando surge alguma coisa [atividade remunerada] eu faço, mas não é sempre. Era pouco, um salário [mínimo], mas ajudava”.

A rotina do setor de atendimento na Defensoria é constituída por muitos destes casos. E, na construção destes enquanto causas judiciais, todos os documentos, não apenas atestados e laudos médicos, tornam-se importantes, e as pessoas são informadas de que quanto mais documentos probatórios trouxerem, melhor poderá ser o embasamento de sua causa, diferente do que pode ocorrer na perícia, onde os documentos podem não ser utilizados e tampouco embasar a decisão de concessão ou negação de benefícios por parte dos médicos peritos.

Da mesma forma, o conceito de incapacidade também pode ser acionado e utilizado na composição dos argumentos apresentados pelos defensores públicos em defesa da legitimidade das causas que representam. Tanto nos casos que envolvem os próprios benefícios por incapacidade ou o benefício assistencial, a definição desta pode adquirir múltiplos sentidos. Assim, a incapacidade pode se tornar sinônimo de *dificuldade*, de colocação no mercado de trabalho por conta de doenças, por exemplo, e de *miserabilidade* e *vulnerabilidade*, quando o critério de

renda se torna determinante. Estas definições, como sinônimo ou associadas ao conceito de *incapacidade para o trabalho*, por exemplo, também deveriam ser levadas em consideração nos momentos de decisão sobre concessão ou indeferimento de benefícios igualmente no INSS.

No entanto, também é importante se destacar que nem todos os casos judicializados na Defensoria resultam em concessão de benefícios. Mesmo que o defensor público federal, como representante legal daquele que busca assistência jurídica gratuita nesta instituição, ingresse com um processo junto à Justiça Federal contestando o indeferimento, e o juiz responsável pelo caso solicite a realização de nova perícia médica, desta vez com um médico perito não vinculado ao INSS, há diversos casos em que a perícia judicial confirma a decisão da avaliação realizada por médicos peritos previdenciários, levando o juiz a manter o parecer do INSS no que diz respeito à negativa de concessão. Alguns que pude acompanhar mais de perto, para além dos guichês de atendimento, foram indeferidos também pela via judicial. Neste sentido, mais do que apenas tentar resolver litígios envolvendo o INSS, a Defensoria, igualmente, é parte e também auxilia na construção do conflito, uma vez que entra na disputa com os médicos peritos e a instituição que eles representam sobre quem “tem o direito de dizer o direito”, valendo-se da expressão de Bourdieu (1989) ao analisar o campo jurídico. E, embora grande parte dos *casos que não deram certo* na via administrativa possam ser revertidos pela atuação da DPU, isto nem sempre ocorre. Neste sentido, a concessão ou não concessão de benefícios através de decisão judicial também acaba contribuindo para a disputa entre visões e definições opostas no que tange à Seguridade Social e ao acesso a esta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão aqui empreendida é resultado de reflexões propostas em minha tese de doutorado. A compilação das questões desenvolvidas na pesquisa, como as discussões sobre (in)capacidade e doença, a valorização da prova e a judicialização dos benefícios, etc., permitem que se percebam os elementos que permeiam a perícia médica do INSS, como moralidades diversas em torno de questões que envolvem legitimidade, honestidade, merecimento, fraude e suspeita, por exemplo. Enquanto uma tecnologia de governo, a perícia médica passa a estabelecer critérios e definir o mérito da concessão. Mesmo nos casos onde a avaliação é realizada para concessão (ou não) do BPC, um benefício assistencial desvinculado do INSS, conforme já destacado no início deste texto, a perícia médica pretende selecionar os realmente “necessitados” desta assistência.

Na perspectiva das pessoas que passam pelo exame pericial, apenas o diagnóstico de sua enfermidade, (com)provado através de documentos, deveria, de fato, ser avaliado pelo médico perito. Ter uma determinada doença ou estar doente justificaria a concessão do benefício. Nestas situações, então, para os solicitantes do auxílio não haveria distinção entre doença e incapacidade, pois o diagnóstico, por si só, não permite que cada caso seja avaliado de forma diferenciada. Ser diabético ou possuir lesões na coluna afetaria a capacidade de trabalho para qualquer um que possuísse tais enfermidades ou lesões. Por isso, muitas pessoas não entendiam por que, apesar de tentarem reunir o maior número de documentos que poderiam comprovar a necessidade do benefício solicitado, como exames clínicos, atestados, etc., acabavam recebendo avaliações que iam de encontro ao que demonstravam suas provas.

Em um artigo muito próximo aos interesses aqui explicitados, Maria da Penha Pereira de Melo (2014, p. 60), médica perita do INSS, já destacou que

o conflito diante da vulnerabilidade dos requerentes e a conduta esperada de cumprimento das normas, de realizar o enquadramento, de controlar o acesso, é uma característica moralmente relevante da relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social.

Partindo disto para a proposta de uma análise da perícia médica e das moralidades que informam sua prática e atravessam os embates oriundos desta prática de Estado, este artigo buscou dar destaque não apenas para os valores e sensibilidades dos médicos peritos, que examinam e classificam corpos, e que acabam embasando as decisões de concessão ou não dos benefícios. Mas, sobretudo, mostrar o quanto a dimensão da prova e dos próprios conceitos como doença, incapacidade, invalidez e deficiência acabam sendo informados e atualizados, na prática, por moralidades diversas, que partem não só dos médicos peritos, mas das próprias pessoas que solicitam benefícios, e também de instituições do judiciário, como a Defensoria Pública da União (DPU), que tem um papel fundamental na administração (e também na construção) dos conflitos envolvendo acesso à benefícios previdenciários e assistenciais. Buscou-se, com isto, trazer as posições de todos os lados envolvidos nos debates e tensões morais (FASSIN, 2008), nesse caso em relação à valorização da prova, da comprovação e definição de incapacidade, sobre a própria perícia em si, e a necessidade dela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, Antonádia. Sobre Pessoas e Variáveis: Etnografia de uma crença política. **Mana**, vol.11, nº1, pp.67-93, Rio de Janeiro, 2005.

BOURDIEU, Pierre. A Força do Direito: Elementos para uma Sociologia do Campo Jurídico. In: _____. **O Poder Simbólico**, pp. 209-254 . Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

COMUNICAÇÃO SOCIAL DA POLÍCIA FEDERAL. Operação Blindagem II desarticula grupo que fraudava a Previdência Social. **Agência de notícias**, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.pf.gov.br/agencia/noticias/2012/marco/operacao-blindagem-ii-desarticula-grupo-que-fraudava-a-previdencia-social>. Acessado em março de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ) - **Os Cem Maiores Litigantes do Brasil**. Brasília, 2011.

DUBOIS, Vincent. **The Bureaucrat and the Poor: Encounters in French Welfare Offices**. Ashgate publishing, 2010.

FASSIN, Didier. Governar por los cuerpos: políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes em Francia. **Cuadernos de Antropología Social**, vol. 17, n. 7, pp. 49-78, Buenos Aires: 2003.

_____. Beyond good and evil? Questioning the anthropological discomfort with morals. **Anthropological theory**, vol. 8, n. 4, pp. 333-344 , 2008.

FASSIN, Didier; RECHTMAN, Richard. **The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood**. Princeton: Princeton University Press, 2009.

FERREIRA, Leticia Carvalho de Mesquita. Dramas de Família em Arquivos da Burocracia: Etnografia de um programa de assistência a familiares de crianças e adolescentes desaparecidos. In: **Anais do 37º Encontro Anual da ANPOCS**, 23 p. Águas de Lindóia, São Paulo, 2013.

FONSECA, Claudia; SCALCO, Lúcia. A biografia dos documentos: uma antropologia das tecnologias de identificação. In: FONSECA, Claudia; MACHADO, Helena (orgs). **Ciência, Identificação e Tecnologias de Governo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2015.

GONZAGA, Paulo. **Perícia Médica da Previdência Social**. Porto Alegre: LTR Editora, 2006.

MELO, Maria da Penha Pereira de. Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, vol. 24, n. 1, pp.49-66 , . Rio de Janeiro, 2014.

5

SEGUINDO ATORES, AMPLIANDO REDES: A (RE)PRODUÇÃO DOS LAUDOS PERICIAIS E A CONSTRUÇÃO DE PROBLEMAS DE SEGURANÇA PÚBLICA A PARTIR DO CASO DAS *DESIGNER DRUGS*

LUCAS RIBOLI BESEN

Bacharel em Ciências Sociais (2011) e Mestre em Antropologia Social (2014) e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS). Seus trabalhos incluem pesquisas na área de Antropologia do Direito, de Relações de Gênero e Sexualidade (com ênfase na subárea dos Estudos sobre Homoafetividade e Cisgeneridade) e de Estudos Sociais da Ciência (com ênfase em Estudos sobre Perícia Forense).

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o cenário brasileiro tem sido frequentemente tomado por discussões envolvendo o trabalho da perícia. A década dos anos 2000 foi marcada pelas reproduções simuladas¹ de cenas de crime e da midiaticização das mesmas – como o programa Linha Direta, da TV Globo. A partir da dramatização feita por atores, éramos levados a conhecer os maiores criminosos do Brasil. Em 2008, o país parou para acompanhar o caso de Isabella Nardoni e a polêmica que o envolveu – a cena do crime teria sido adulterada e provas acabaram sendo perdidas por descuidos da polícia. As reconstituições na cena do crime foram centro de manchetes e reportagens durante suas realizações, assim como dividiram o Brasil em relação ao que a polícia deveria ter feito. Atualmente, todo novo crime de grande repercussão já possui uma agenda fixa – a reprodução simulada da cena do crime, como os casos de Eliza Samudio (2012), de Marcos Kitano (2012) e o Massacre do Realengo (2012).

Mesmo com a grande repercussão midiática do trabalho dos peritos, a literatura antropológica brasileira possui poucos estudos sobre processos periciais na área criminal. Em muitos momentos, o processo pericial parece ser tomado como uma caixa-preta. Até mesmo dentro da literatura antropológica ou dos Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia, o relatório produzido pelos peritos criminais frequentemente aparece como apenas um dos integrantes da rede (FONSECA, 2011; JASANOFF, 2006). Assim, nesse capítulo proponho tomá-lo como pivô da análise, buscando abri-lo, complexificá-lo e torná-lo algo mais do que uma caixa-preta de onde só importa o que entra (o material analisado) e o que sai (a identificação do material e uma possível prova).

Para compreender como atores² e organizações mobilizam, justapõem e mantêm unidos os elementos para constituir, ao fim, uma perícia na área criminal, resolvi acompanhar o Grupo de Perícias de Laboratório do Setor Técnico-Cientí-

(1) Conhecida popularmente como “reconstituição do crime”, a reprodução simulada dos fatos é prevista no artigo 7º do Código de Processo Penal, Decreto-Lei Nº 3.689/41, a saber “para verificar a possibilidade de haver a infração sido praticada de determinado modo, a autoridade policial poderá proceder à reprodução simulada dos fatos, desde que esta não contrarie a moralidade ou a ordem pública”.

(2) Entendo o conceito de ator a partir das problematizações trazidas por Law (1992), entendendo-o enquanto uma rede de certos padrões de relações heterogêneas, ou um efeito produzido por tal rede. Segundo Law (1992), “o argumento é que pensar, agir, escrever, amar, ganhar dinheiro – todos atributos que nós normalmente atribuímos aos seres humanos, são produzidos em redes que passam através do corpo e se ramificam tanto para dentro e como para além dele. Daí o termo ator-rede – um ator é também, e sempre, uma rede” (p. 4).

fico (SETEC) da Polícia Federal de Porto Alegre entre abril de 2013 e fevereiro de 2014. Subordinado, normativamente, à Diretoria Técnico-Científica (DITEC) – órgão central responsável pelas atividades de perícia criminal no âmbito da Polícia Federal – e, administrativamente, à Superintendência Regional (SR) do Departamento de Polícia Federal (DPF), o SETEC é responsável pela realização de exames periciais relacionados aos crimes investigados pela Polícia Federal, além de vistorias, varreduras de segurança e apoio técnico às operações programadas pela SR. Cada SETEC possui uma organização interna própria, pensada de acordo com a demanda da região atendida, alocando as 16 áreas da perícia forense³.

A partir dos primeiros contatos estabelecidos nos eventos da área da perícia criminal e de conversas com os peritos criminais federais do SETEC/SR/DPF/RS, delimito como local de campo principal o Grupo de Perícias de Laboratório. Este é responsável pelas perícias de Química Forense. Através do acompanhamento dos peritos criminais federais na sua atividade cotidiana, busquei compreender as redes movidas neste trabalho, quais tensões o simplificam e quais o complexificam – em que momentos produzir um laudo reabre discussões e em que momentos isso não passa de um movimento protocolar, por exemplo.

Interessava-me entender quais são os processos de purificação e de hibridização implicados na perícia da Química Forense, ou seja, quando uma substância ganha denominação, quais os procedimentos que permitem tal nomeação e quais os motivos para as “falhas” desses processos. Também procurava perceber quais os processos de complexificação e simplificação do dia-a-dia dos atores-redes, ou seja, como são construídas as pontualizações (rotinas), assim como o que acontece quando estas são rompidas e quais são as causas desse rompimento. Por fim, queria compreender quais os processos de tradução e de inscrição utilizados pelos peritos forenses no processo de construção do laudo pericial, ou seja, como é possível uma pontualização final que não reduz a rede e que tenha efeito de poder em outras redes.

Embora tenha recebido a autorização da Polícia Federal para frequentar o laboratório de Química Forense, onde pude observar livremente o trabalho cotidiano dos peritos, concordei em respeitar certas restrições quanto ao conteúdo de minhas análises escritas. Por envolver conhecimentos relacionados diretamente com segurança pública, havia certos cuidados a serem tomados na divulgação dos resultados de pesquisa. A dinâmica dessa dualidade entre permissões e restrições

(3) Segundo a Associação Nacional de Peritos Criminais Federais (APCF), a saber: Perícias em Informática, Perícia Contábil e Financeira, Perícias Documentoscópicas, Perícias em Audiovisual e Eletrônicos, Perícias de Química Forense, Perícias de Engenharia, Perícias de Meio Ambiente, Perícias em Genética Forense, Perícias em Balística, Perícias em Locais de Crime, Perícias em Bombas e Explosivos, Perícias de Veículos, Perícias de Medicina e Odontologia Forense, e Perícias sobre o Patrimônio Cultural.

se deu principalmente no acesso livre a trabalhos acadêmicos realizados no laboratório de perícias, mas de reprodução impossível já que são classificados como de acesso “restrito”. Desta forma, há um silêncio que preenche as entrelinhas desta etnografia de práticas laboratoriais e suas produções posteriores que busquei recapturar a parte da notícia-acontecimento analisada neste artigo.

Assim, no presente trabalho, proponho focar num programa televisado – portanto de acesso público – para demonstrar algumas das questões provocadas por meu trabalho de campo no laboratório. Divido esse artigo em três partes. Na primeira delas, apresento a discussão que permeia o desenvolvimento do meu trabalho com um campo não usual da Antropologia, que integra os “grupos up”. Na segunda e maior parte, descrevo uma emissão da televisão sobre a perplexidade da Polícia Federal diante das chamadas *designer drugs* e sigo as problematizações lançadas quando estas substâncias lícitas são colocadas enquanto um problema de segurança pública pelos Peritos Criminais. Por fim, proponho um tensionamento final a partir das considerações de Mol (2008) buscando problematizar como uma abordagem que segue os atores, ao invés de ordená-los aprioristicamente, pode funcionar para recolocarmos as questões trazidas durante a realização do trabalho de campo, repensando a relação complexa entre laudos e suas relações com outras redes, na dinâmica complexa entre Ciência e Direito.

2. PARA INÍCIO DE CONVERSA: A ANTROPOLOGIA ADENTRA OS CAMPOS “UP”

No Brasil, a Antropologia do Direito se apresenta como uma forte área de pesquisa há mais de 30 anos, como demonstra Schuch (2009). Contudo, a maior parte dos estudos centra-se: a) nas práticas não-oficiais de fazer justiça (SOUZA SANTOS, 1988); b) nas diferenças entre as tradições jurídicas (KANT DE LIMA, 1989, 1995; CARDOSO DE OLIVEIRA, 2002); c) nas peculiaridades do modelo brasileiro (DAMATTA, 1979, 1984); d) no tribunal do júri (KANT DE LIMA; LUPETTI, 2010; SCHRITZMEYER, 2012); e e) no lugar da polícia dentro do sistema jurídico (DEBERT, 2010; RIFFIOTIS, 2004). Em alguns casos, foca-se na figura do especialista em perícia, como Corrêa (1998), Carrara (1990). Contudo, com raras exceções (FERREIRA, 2009; RICHTER, 2016), estes trabalhos focam em contextos do passado, não sendo possível uma análise mais próxima dos processos de construção dos laudos nos tempos atuais.

Dentro da literatura realizada no contexto norte-americano, também aparecem alguns estudos que se destacam por adentrar as discussões sobre a relação entre ciência e direito, como Caplan e Torpey (2001) e Cole (2001). Entretanto, estes ainda se inserem em análises históricas e não estão preocupados em primeiro plano com a construção da evidência, mas sim com as relações colocadas entre cientistas e policiais no estabelecimento de novos marcos identitários. Alguns estudos, contudo, por fazerem a interface entre a Antropologia do Direito e dos Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia, centram sua atenção na produção das provas e as relações estabelecidas por estas dentro dos diferentes espaços sociais (em especial, a academia e o tribunal). Entre eles, destacam-se as discussões feitas por Jasanoff (1995), Duster (2002), Lynch et al. (2008), Machado (2012), Machado e Santos (2016).

A escassez na produção da Antropologia brasileira sobre o processo pericial não parece ser em termos teóricos – todas as teorias utilizadas para a discussão em territórios internacionais já possuem uma vasta recepção e desenvolvimento nas universidades brasileiras⁴ –, mas sim por uma dificuldade dos antropólogos brasileiros de lidarem com o que se denomina *campos up*. Como aponta Schuch (2010, p. 32), a antropologia, por prestigiar a diversidade e a resistência dos grupos “de baixo” no contexto autoritário da ditadura, acabou por dar pouca atenção para todo um conjunto de grupos sociais, instituições e de problemáticas de pesquisa que estão associados aos grupos “de cima”, “como se a perspectiva de pesquisa com tais grupos fosse alimentar e reproduzir as relações de dominação já estabelecidas socialmente”.

Segundo Schuch (2010), Debert é uma das primeiras antropólogas a pontuar a necessidade de entrada nesses outros campos. Contudo, Debert defende que seria necessária uma mudança da ética em relação aos *grupos up*: “a relevância democrática da antropologia exigiria que os pesquisadores possam denunciar práticas que afetam e podem ser nefastas para o destino das pessoas” (apud SCHUCH, 2010, p. 33). Tal prerrogativa exigiria que não fosse necessário que o antropólogo revelasse com clareza o que está pesquisando – nem objetivo nem hipóteses. Contudo, Schuch opõe-se a Debert e propõe

[...] encarar as tensões [causadas por uma politização do campo] e poder entendê-las como parte do trabalho antropológico em suas dimensões epistemológicas e analíticas: ou seja, as tensões como fontes de conhecimento acerca dos grupos e instituições que estudamos e as tensões como instrumentos de conhecimento sobre o exercício da antropologia e seus limites. Em suma, acredito que as tensões podem ser vistas como uma agência para o conhecimento (SCHUCH, 2010, p.36).

(4) Para uma reconstrução dos debates dos Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia, ver Dornelles (2013). Para a introdução do campo no Brasil, ver Carrara (2012).

Este trabalho entende que parte do processo de produzir o conhecimento sobre um *campo up* parte da politização desse conhecimento. Esta só pode ser construída a partir de uma troca entre pesquisador e pesquisados. Compreender o outro é, sempre, compreender a si próprio. Nesse sentido, adentrar nos *grupos up* é, também, tornar-se um participante dessa esfera política. Sem enfrentar esse desafio, a Antropologia deixará de fora de seu alvo muitas das assimetrias sociais e os jogos de poder da sociedade. Afinal, apenas algumas pessoas da nossa sociedade possuem a capacidade de construir laudos periciais. Contudo, não se trata de desconstruir o processo pericial, mas, pelo contrário, de conhecê-lo de mais perto para questionar concepções e auxiliar na promoção de um debate aberto e democrático sobre o lugar desse fazer laboratorial.

2.1 COMPLEXIFICANDO O CAMPO ETNOGRÁFICO: OS ESTUDOS SOCIAIS DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA

Minha análise se baseia na Antropologia do Direito em interlocução com os Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia no que concerne às problemáticas de produção dos laudos periciais. Tomando mão das discussões alçadas por Bruno Latour (2009) e Sheila Jasanoff (2006), tenho como ponto de partida que o mundo social e o natural não estão separados, mas, ao contrário, são coproduzidos a partir de redes sociotécnicas. Extrapolo essa noção para a relação dada entre o direito e a ciência, o que significa repensar a relação habitual entre essas duas esferas da vida social – usualmente pensadas enquanto mundos separados que passam por “um duplo processo de cientificação do direito, por um lado, e da juridicização da ciência, por outro” (COSTA, 2002, p. 311).

Essa oposição me deixa extremamente incomodado desde uma perspectiva latouriana: existe algo antes da criação da rede que determine a separação desses universos ao ponto de falarmos de uma separação apriorística que está sendo corrompida? Colocado de outra forma: é possível pensar o direito e a ciência como esferas separadas da realidade desde seu surgimento? Parto do princípio de que não. Assim como Latour (2009) demonstrou através do detalhamento da controvérsia entre Hobbes e Boyle, não considero possível pensar a ciência sem entendê-la como política, enquanto uma ordenação do mundo com objetivos específicos – algo que, ao meu ver, se aproxima do conceito de ontologia política de Mol (2008). Ao romper a apriorização dessas esferas, procuro, ao contrário, perceber quais as potencialidades de um trabalho etnográfico com a perícia criminal que não pressupõe um ordenamento de mundo anterior à sua experiência em campo.

Nesse sentido, busco entender como a produção de laudos periciais mobiliza diferentes redes, enfatizando quais são os processos que envolvem a simplificação e a complexificação dessas redes.

Logo, a minha pergunta ao entrar em campo no SETEC nunca foi entender como se produzia ciência fora da academia ou, ao contrário, como era possível fazer justiça fora da esfera do direito. Minha pergunta, sim, ia ao encontro das propostas de Jasanoff (1995) e Latour (2000): tomando como ponto de partida que o mundo social e o natural não estão separados, mas, ao contrário, são coproduzidos a partir de redes sociotécnicas, até onde seguir os atores em seu trabalho cotidiano me levará? Talvez essa pergunta tenha um quê antropológico maior do que eu previ no início, mas a sua motivação era e é simples: o que sobra quando deixamos de lado as discussões que buscam organizar os atores com os quais trabalhamos e, ao invés disso, passamos a segui-los?

Este artigo, assim, reúne essa tentativa de fuga desse dualismo para nos encaminarmos para outras “descobertas” desse mundo. Nesse sentido, ele toma em questão um caso tornado público no começo do ano de 2014, e que exponencializa a rede sociotécnica sustentada pelos atores invocados nos laboratórios forenses para além de suas paredes e contingências existenciais de uma perícia técnica investigativa. Neste cenário, os laudos surgem como articuladores de novas soluções para problemas levantados desde dados construídos através de laudos periciais. É nesse sentido que nos debruçaremos sob as denominadas *designer drugs*.

3. A QUÍMICA DOS LAUDOS: “DESIGNER DRUGS”

3.1 “BRECHA NA LEI”? O CASO DA METILONA E DA 25I-NBOME

A notícia intitulada “Brecha na lei impede que Polícia Federal apreenda novas drogas” (2014), apresentada no programa televisivo Fantástico, exibido nas noites de domingo nas emissoras da Rede Globo, foi publicada no seu site *on line* no dia seguinte à sua veiculação em rede nacional⁵. Nesta matéria, cinco pessoas dão suas opiniões sobre o assunto: um toxicologista, um promotor público, um delegado do DPF e dois peritos criminais federais – sendo um da Associação Nacional de Peritos Criminais Federais (APCF) e outro de São Paulo.

(5) O programa foi transmitido no dia 16 de fevereiro de 2014.

A notícia diz, em resumo: “Substâncias parecem LSD e ecstasy, mas são ainda mais potentes. Segundo a Polícia Federal (PF), drogas já foram encontradas em cinco estados do país. Toxicologista alerta para efeitos extremamente agressivos”. Sua narração é construída a partir do caso de uma apreensão ocorrida em São Paulo, em novembro de 2013. Segundo a polícia, em uma abordagem de rotina, a Polícia Militar (PM) parou o carro de um universitário, acompanhado de uma mulher. Junto com eles, os policiais encontraram 500 comprimidos e levantaram a suspeita de ser uma droga proscrita no Brasil – o ecstasy. Assim, conforme a PM, o homem foi pressionado e concordou em levar a PM até a casa de quem lhe vendeu o produto – um dentista. No local, a polícia teria apreendido mais comprimidos parecidos com os da primeira apreensão, além de micropontos que pareciam ser de outra droga proscrita (o LSD), uma quantidade não informada de maconha e 21 mil reais em dinheiro. Acreditando tratar-se de um possível crime de tráfico de drogas, a PM levou os suspeitos para a delegacia, onde os três teriam alegado que as substâncias foram colocadas na casa com a finalidade de incriminá-los.

Como de praxe para a instauração do inquérito policial, a PM pediu a análise química das substâncias apreendidas através de uma prova técnica. Assim, estas foram levadas para análise no instituto de criminalística do estado. O resultado do exame, segundo a notícia, provocou uma “reviravolta no caso”: as substâncias apreendidas não eram drogas proscritas no Brasil (nem LSD nem ecstasy), e, não havendo crime, os três homens teriam de ser soltos. O promotor público que investigava o caso não aceitou o primeiro laudo emitido pelo instituto, exigindo que fosse realizada uma contraperícia. Contudo, o resultado do primeiro laudo repetiu-se. Em entrevista para o programa televisivo, o promotor respondeu afirmativamente ao ser questionado se “esses traficantes que trouxeram essa droga para São Paulo[...] ficaram impunes?”.

Segundo a reportagem, a partir de exames mais detalhados, os peritos começaram a entender melhor o caso: “A gente conseguiu ver que as substâncias não eram, em primeiro lugar, ecstasy e LSD, e eram sim, outras drogas ainda novas no Brasil”. A substância, que os policiais imaginavam ser ecstasy, se chama metilona e a que se assemelha ao LSD é conhecida como 25I-NBOMe, também chamada de 25I. Segundo um dos peritos, não é a primeira vez que ele tem conhecimento da apreensão dessa substância no estado de São Paulo.

Segundo um toxicologista, diretor do Centro de Assistência Toxicológica do Hospital das Clínicas de São Paulo (Ceatox), as substâncias apreendidas “são drogas extremamente potentes, extremamente agressivas, são causas de morte e também de despersonalização. Ou seja, a pessoa fica de uma forma tão alterada, que, muitas vezes, não consegue mais voltar à realidade”. Para o toxicologista, a 25I é parecida com o LSD tanto no aspecto quanto nos efeitos produzidos no corpo

humano: causa alucinações intensas. “Um correu e bateu contra um carro, pensou que ele era mais forte que o carro. Outro pulou de um prédio porque pensou que podia voar”, comenta o especialista. Já a metilona, segundo a toxicologia, seria muito mais perigosa: “Se provocado ou submetido a algum trauma, ele [o indivíduo que consumiu a substância] reage violentamente. Essa violência não tem controle. A pessoa é dotada de uma força sobre-humana. Ele fica com tanta força que dez pessoas não conseguem segurar”.

Segundo a reportagem, as duas drogas mataram pelo menos 19 pessoas nos Estados Unidos, tendo assim a sua venda proibida. As substâncias também são banidas em outros países: Reino Unido e Dinamarca proscvem as duas, enquanto Rússia, Israel e Canadá proibiram pelo menos uma delas. No Brasil, nenhuma das duas é considerada ilegal. “Se uma pessoa acaba sendo flagrada portando essa substância sem que essa substância esteja incluída no rol das substâncias proscritas, ela não é enquadrada no crime de tráfico de drogas”, diz Renato Pagotto Carnaz, delegado da Polícia Federal.

A reportagem segue dizendo que, conforme informações da PF, a metilona já foi encontrada em São Paulo e também no Rio Grande do Norte e a 25I, em São Paulo, Santa Catarina e Mato Grosso. “As drogas são sintetizadas na Índia e na China. Mas o caminho obrigatório para vir para o Brasil é Europa. Elas vêm pela Europa e chegam aqui”, afirma o delegado da Polícia Federal, complementando que “o público-alvo são jovens de classe média alta que utilizam esse tipo de droga. “Ela tem um efeito duradouro. E é uma droga cara, não é uma droga barata”. Como as substâncias não estão proscritas nas listas divulgadas pela Anvisa através da Portaria nº 344/98 do SVS/MS, essas substâncias são vendidas livremente na internet, sendo possível que os usuários façam avaliações das drogas nesses sites.

Em nota oficial no seu site (ANVISA..., 2014), a Anvisa informou que, no ano anterior, recebeu pedido de inclusão dessas substâncias na lista de substâncias proscritas. O pedido foi uma iniciativa da Polícia Federal. Contudo, segundo a agência, é necessária uma análise profunda antes que uma droga entre na relação de substâncias banidas. Segundo a reportagem, somente em 2014, mais de 30 drogas desconhecidas foram levadas para análise no Instituto Nacional de Criminalística, no Distrito Federal. Para um perito federal, entretanto, a situação não será resolvida com a proibição das substâncias: “É aquela velha analogia do cachorro correndo atrás do rabo: mesmo que a Anvisa hoje proíba uma substância, na semana seguinte já tem uma nova pronta pra ser lançada no mercado”.

A reportagem termina com a participação de um Perito Criminal Federal da APCF. “Todas as novas drogas sintéticas e semissintéticas que chegam no território nacional devem ser inseridas imediatamente, após a apreensão em situação de crime naturalmente, em uma lista que vai caracterizá-las como drogas proscritas, proibi-

das”, avalia o perito. Por fim, ele destaca que “o poder de ficar dependente ou viciado nessa classe nova de medicamentos é muito grande. Enquanto a Anvisa não determinar que essas substâncias são ilícitas, são ilegais e devem ser classificadas, a Polícia Federal estará de mãos atadas sem poder punir ou apreender essas substâncias”.

3.2. ATUALIZANDO AS LISTAS: A NOTA OFICIAL DA ANVISA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mais conhecida como Anvisa, foi criada pela Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e regulamentada pelo Decreto Nº 3.029, de 16 de abril de 1999. A agência é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro no Distrito Federal, cujo prazo de duração é indeterminado e possui atuação em todo território nacional. Segundo o artigo sexto da lei que a cria, ela tem por intuito “promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária [...] bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras”.

Dirigida por uma diretoria colegiada, a agência é constituída ainda por uma procuradoria, uma corregedoria, uma ouvidoria e um conselho consultivo⁶. A Diretoria é composta por cinco integrantes com mandatos de três anos, cujo começo e término não são coincidentes entre si. Os dirigentes são sabatinados pelo Senado Federal antes de sua nomeação e têm estabilidade durante o período do mandato. O atual diretor-presidente, que é designado através de decreto pelo Presidente da República, é o sr. Dirceu Brás Aparecido Barbano.

A Anvisa é incumbida de regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, segundo o artigo oitavo da lei 9.782/99. Destes, destaca-se o item I do primeiro inciso do mesmo artigo: “medicamentos⁷ de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias”. A regulamentação desse item é feita através da Portaria Nº 344, de

(6) Segundo o Decreto No 3.029/99, formado por: I) Ministro de Estado da Saúde ou seu representante legal, que o presidirá; II - Ministro de Estado da Agricultura ou seu representante legal; III - Ministro de Estado da Ciência e Tecnologia ou seu representante legal; IV - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - um representante; V - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - um representante; VI - Confederação Nacional das Indústrias - um representante; VII - Confederação Nacional do Comércio - um representante; VIII - Comunidade Científica - dois representantes convidados pelo Ministro de Estado da Saúde; IX - Defesa do Consumidor - dois representantes de órgãos legalmente constituídos; X - Conselho Nacional de Saúde - um representante; XI - Confederação Nacional de Saúde - um representante.

(7) Segundo a Portaria 344/98, medicamento é definido como “produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico”, enquanto droga é definida como “substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa ou sanitária”.

12 de maio de 1998, que “aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial”. Esta funciona com um sistema de listagens (Quadro 1), onde estão classificadas nominalmente as substâncias de uso controlado ou proscrito no território brasileiro, conforme especificado no artigo segundo:

Art. 2º Para extrair, produzir, fabricar, beneficiar, distribuir, transportar, preparar, manipular, fracionar, importar, exportar, transformar, embalar, reembalar, para qualquer fim, as substâncias constantes das listas deste Regulamento Técnico (ANEXO I) e de suas atualizações, ou os medicamentos que as contenham, é obrigatória a obtenção de Autorização Especial concedida pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

Quadro 1. Listagens da Portaria 344/98

(continua)

LISTA	CATEGORIA	ESPECIFICAÇÕES
A1	Lista das substâncias entorpecentes	
A2	Lista das substâncias entorpecentes de uso permitido somente em concentrações especiais	
A3	Lista das substâncias psicotrópicas	Sujeita a notificação de receita “a”
B1	Lista das substâncias psicotrópicas	Sujeitas a notificação de receita “b”
B2	Lista das substâncias psicotrópicas anorexígenas	Sujeitas a notificação de receita “b”
C1	Lista das outras substâncias sujeitas a controle especial	Sujeitas a receita de controle especial em duas vias
C2	Lista de substâncias retinóicas	Sujeitas a notificação de receita especial
C3	Lista de substâncias imunossupressoras	Sujeita a notificação de receita especial
C4	Lista das substâncias antirretrovirais	Sujeitas a receituário do programa da DST/AIDS ou sujeitas a receita de controle especial em duas vias)
C5	Lista das substâncias anabolizantes	Sujeitas a receita de controle especial em duas vias
D1	Lista de substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicos	Sujeitas a receita médica sem retenção
D2	Lista de insumos químicos utilizados como precursores para fabricação e síntese de entorpecentes e/ou psicotrópicos	Sujeitos a controle do ministério da justiça
E	Lista de plantas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas	

Quadro 1. Listagens da Portaria 344/98

(continua)

LISTA	CATEGORIA	ESPECIFICAÇÕES
F	Lista das substâncias de uso proscrito no Brasil	
F1	Substâncias entorpecentes	
F2	Substâncias psicotrópicas	
F3	Outras substâncias	

Fonte: Produção do autor.

Em nota oficial lançada em seu site no dia 18 de fevereiro de 2014, dois dias após a veiculação da reportagem pelo *Fantástico*, a Anvisa noticiou a inclusão de 21 substâncias nas listas de drogas proibidas no Brasil – ver Quadro 2.

Quadro 2. Modificações na Portaria Nº 344/98 em 18/02/2014

SUBSTÂNCIA	ENQUADRAMENTO
Tapentado	Lista A1 (entorpecentes)
Teriflunomida	Lista C1
4-bromo-2,5-dimetoxifeniletilamina	Lista F2 (proscrito) – Foi remanejado da lista A3 para F2
25I-NBOMe, 25C-NBOMe, 25D-NBOMe, 25B-NBOMe, 25E-NBOMe, 25N-NBOMe, 25P-NBOMe, 25T2-NBOMe, 25T2-NBOMe, 25T7-NBOMe, 25H-NBOMe;	Lista F2 (proscritos)
Metilona;	
4-cloro-2,5-dimetoxifeniletilamina (2C-C)	
4-metil-2,5-dimetoxifeniletilamina (2C-D)	
4-etil-2,5-dimetoxifeniletilamina (2C-E)	
4-fluor-2,5-dimetoxifeniletilamina (2C-F)	
4-iodo-2,5-dimetoxifeniletilamina (2C-I)	
4-etil-tio-2,5-dimetoxifeniletilamina (2C-T-2)	
2,5-dimetoxi-4-propiltiofeniletilamina (2C-T-7)	
MXE (metoxetamina)	
5IAI (5-iodo-2-aminoindano)	

Fonte: Anvisa inclui 21 substâncias em lista de drogas proibidas (2014).

Além da divulgação das novas substâncias proscritas, a Anvisa aprovou a atuação em sintonia com as decisões sobre substâncias ilícitas adotadas por agências congêneres ou por polícias científicas internacionais - ou seja, pesquisas e ações internacionais que comprovem os efeitos danosos de compostos químicos poderão ser utilizados para agilizar o processo de inclusão dessas substâncias nas listas da Anvisa a partir dessa nota oficial. Tal medida teria a finalidade de agilizar o trâmite de inclusão de novas substâncias nas listas da Portaria Nº 344/98: ao invés de esperar para juntar uma série de substâncias em um único processo coletivo⁸, como feito até o momento, a atualização se daria à medida que os pedidos cheguem à Agência.

A última atualização da lista partiu de solicitações da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (Jife), ligada à Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério Público Federal e da Polícia Federal. Segundo o Diretor presidente da Anvisa, “as 21 substâncias são drogas novas, criadas para burlar as listas de drogas ilícitas publicadas no mundo. Nenhuma delas tem utilidade como medicamento, são produtos que simulam efeitos semelhantes aos de outras drogas ilícitas já conhecidas, como ópio, heroína e LSD, que agem sobre o sistema nervoso central e podem provocar alucinações” (ANVISA..., 2014). As análises das referidas substâncias começaram a ser realizadas no ano passado. “Tivemos dois pedidos feitos pela polícia e, após análise criteriosa feita pela Agência, esse número foi aumentado para garantir que formas semelhantes destas drogas também fossem incluídas”, explicou o diretor de Regulação Sanitária da Anvisa através da nota oficial.

Além disso, a diretoria da Anvisa também aprovou a inclusão de duas substâncias na Lista de Produtos Controlados, também regida pela Portaria 344/98. Elas são o Tapentadol e a Teriflunomida. Outra mudança na lista foi o remanejamento de um medicamento da lista A3 (psicotrópicas) para a F2 (proscritos), também a pedido da JIFE.

3.3. PROBLEMAS DE SEGURANÇA PÚBLICA OU O ORDENAMENTO DO MUNDO A PARTIR DA QUÍMICA FORENSE

O ponto que me chama atenção nas notícias acima divulgadas é como elas conjugam uma série de atores a fim de apresentar quadros situacionais que conformam problemas de segurança pública no país. O trabalho pericial trazido na matéria do *Fantástico* enfatiza a necessidade de controlar a circulação de substâncias danosas mas que ainda são passíveis de venda e consumo no país. O problema que se coloca é como tornar o sistema mais efetivo na proibição de substâncias consideradas danosas, isto é, como expandir a rede que proscree o uso de certas substâncias no país para áreas que ainda não estão de acordo com esse ordenamento.

(8) Desde 1999, a Anvisa realizou 37 atualizações da referida Portaria.

Para tanto, os diferentes agentes transformam as *designer drugs* em um problema de saúde e de segurança pública a partir do reordenamento dos laudos, demonstrando os pontos onde a rede não consegue alcançar e opinam sobre formas de aumentar os efeitos de poder da rede já formada - as modificações propostas para alteração dos parâmetros e procedimentos utilizados pela Anvisa para deliberar sobre a proibição do consumo e circulação de um novo composto químico.

Logo, a questão central é como tornar efetivo o ordenamento do mundo produzido a partir do ponto de vista da Química – como tornar o sistema burocrático mais eficaz e condizente com a realidade vivenciada nos laboratórios das unidades estaduais de perícia. O ponto dos Peritos Criminais entrevistados, então, é simples: nos últimos anos, vem ocorrendo um fenômeno cada vez mais globalizado no comércio de drogas, as denominadas *designer drugs*, que adentram o território internacional de maneira legal pela sua não proscrição na Portaria N° 344/98. Como referido por Buchanan e Brow (1988), possibilitadas pela alta permutabilidade da estrutura química da feniletilaminas, as *designer drugs* surgem com a finalidade de burlar o sistema atual de proscrição de drogas. Com capacidades múltiplas de produzir um mesmo efeito a partir de uma estrutura básica modificada, essas drogas invertem a relação estabelecida pelas patentes (onde registra-se um produto pela sua unicidade) e multiplicam as possibilidades de vendas de drogas recreativas. Isso porque a apreensão e retirada dessas novas drogas do mercado ainda é realizada pelas diferentes polícias, contudo, os seus portadores não podem ser presos, uma vez que as *designer drugs* não são proibidas no território nacional: não existe crime pelo código penal brasileiro. Em outras palavras, o sistema atual de controle de substâncias ilícitas estaria enfrentando o desafio de aumentar a velocidade de atualização de seu sistema de proibição de novas drogas recreativas para acompanhar o ritmo acelerado da produção criativa das *designer drugs*.

A questão, então, é que a atual forma de ordenar a realidade proposta pela Portaria 344/98 da Anvisa não corresponderia mais ao tipo de atividade que ela pretende regular e ordenar: a multiplicação dos híbridos é maior do que a capacidade de nomeá-los e lista-los. Assim, através da notícia vinculada pelo *Fantástico*, constrói-se a questão das *designer drugs* enquanto um problema de segurança e saúde pública – há a necessidade de um reordenamento na forma burocrática de lidar com a ordenação proposta pela Anvisa. Uma gama de atores são chamados para aumentar a força da rede e configurar uma necessidade de mudança na maneira com que a Anvisa lida com a situação – dentre eles, o próprio programa televisivo (*Fantástico*) e a sua rede transmissora (Rede Globo).

Na notícia veiculada pelo *Fantástico*, os peritos questionam a própria capacidade de ordenamento da rede estudada, propondo novas formas de performar a realidade e de organizá-la a fim de torná-la mais efetiva. Nesse jogo, as relações entre os diversos elementos e suas formas de captura são reorganizadas; em al-

guns momentos até mesmo deixando de recorrer às formas usuais de classificação. Por exemplo, o Perito Criminal Federal chega a propor uma imediata proibição das drogas apreendidas pela PF quando confirmado crime. Em termos práticos legais, isso não é possível, uma vez que só pode ser referida como “droga” uma substância que passou por um processo de análise pela Anvisa e pesquisas nacionais afirmarem que ela possui algum risco maior à saúde humana. Logo, somente poderia haver “crime” após o seu alistamento pela Anvisa, sendo a sua apreensão anterior a este processo não punível por lei.

Ao final, a Anvisa acabou modificando parte de sua forma de ordenamento do mundo, como vimos através da nota oficial lançada em fevereiro de 2014. Além de possibilitar a entrada de substâncias na lista de proscritos através de pesquisas realizadas por outros países, a agência aumentou seu ritmo de trabalho, atualizando as listas de substâncias à medida que surge cada novo caso, e não mais em grupos, como fazia anteriormente. A solução não reorganiza o sistema de produção das proibições – continua-se no modelo do *copyright*, onde as substâncias são proibidas a cada caso –, contudo, complexifica-se o processo, trazendo novos elementos para o sistema de comprovação do risco inerente às substâncias a serem proscritas.

4. ONTOLOGIAS POLÍTICAS: REORGANIZANDO ATORES, PRODUZINDO MUNDOS

O ponto principal deste artigo é simples: demonstrar como a possibilidade de reordenamento de um ator pontualizado específico⁹ – o laudo pericial – está relacionada com a manutenção da ontologia política que permite sua performance. Ou seja, reabrir as redes que formam os laudos, inscrevê-las em novos móveis imutáveis e apresentar propostas para os problemas encontrados na rede que sustenta os diferentes atores que a compõem só é um trabalho possível porque algo se mantém nessa relação como um todo – o que chamo de ontologia política¹⁰ (MOL, 2008).

(9) Segundo Law (1992), a sociedade seria uma rede heterogênea, sendo o conhecimento um trabalho específico de uma parte particular dessa rede, onde elementos são justapostos para superar sua resistência. O ordenamento, assim, aparece como forma de produção de conhecimento a partir de padrões que terminam, dentro de um espaço de tempo, com as resistências. Tais ordenamentos geram processos e/ou efeitos, como organizações, desigualdades e poder. Assim, Law afirma que, nas redes, os padrões de ordenamentos mais cotidianamente performados podem ser pontualizados. Ou seja, tornam-se rotinas, processos mais ou menos estáveis dentro dessa engenharia heterogênea. Contudo, o autor afirma que a pontualização “é sempre precária, ela enfrenta resistência, e pode degenerar numa rede falha” (1992, p. 5).

(10) Para Mol (2008), o conceito é uma composição de dois termos filosóficos. O primeiro

Longe de acreditar em uma força externa que aja sobre os atores para conformá-los de uma maneira específica¹¹, busquei demonstrar, através das notícias sobre as *designer drugs* e as consequentes modificações na Portaria N° 344/98, como esses diferentes atores conseguem realizar o trabalho de propor soluções para os problemas levantados. Realizam seu objetivo a partir do reordenamento dos laudos periciais e informações oferecidas pela PF seguindo os preceitos específicos das redes às quais são vinculados – a Química Forense, no caso visto. Assim, o trabalho pericial se complexifica ao olhar do antropólogo: os peritos têm que reunir e manter unidos os diversos atores (substâncias, leis, classificações científicas e jurídicas, etc.) que conformam sua rede (laudo pericial) a partir de um ponto de interesse específico¹² (o ordenamento do mundo por e através da composição

(ontologia) refere-se ao que, na linguagem filosófica comum, pertence ao real, às condições de possibilidade com que vivemos. Segundo a autora, a sua justaposição com o segundo termo (política) sugere, logo, que tais condições não estão dadas de partida, ao contrário, a realidade não precede as práticas banais nas quais interagimos com ela, mas, sim, sendo modelada por elas. Portanto, o segundo termo sublinha o modo ativo pelo qual este processo aberto de modelação é constantemente contestado.

(11) Aqui, adoto a postura lançada por Latour em seu livro *Reagregando o Social* (2012). Neste, o autor sistematiza suas preocupações teórico-metodológicas em relação à Teoria do Ator-Rede (ANT), tendo como argumento central mostrar porque o social não pode ser construído como uma espécie de material ou domínio, assumindo a tarefa de dar uma “explicação social” do estado de coisas. Assim, o livro segue por uma série de tencionamentos da noção do social para redefini-la, remontando a seu significado primitivo, segundo o autor, a capacidade de rastrear conexões novamente. Assim, a abordagem apresentada pela ANT negaria a presença dessa dimensão social, dessa esfera distinta da realidade, desse “contexto social”, ou qualquer outra estrutura mágica a que possa se atribuir o rótulo de “social” ou “sociedade”. A sociedade, na visão da ANT, “é aquilo que outros tipos de conectores amalgamam” (p. 22), “uma série de associações entre elementos heterogêneos” (p. 23). O social torna-se, assim, um movimento particular de reassociação e reagregação – justamente porque não se sabe de antemão se o movimento conseguirá ou não traçar uma nova conexão e redesenhar um conjunto bem formado ao final. Latour denominará essa corrente como “sociologia de associações”.

(12) Segundo Mol (2008), o ponto/sítio de interesse surge do fato de que os objetos são performados e não apenas produzidos por uma visão plural da realidade. Assim, “Falar da realidade como múltipla depende de outro conjunto de metáforas. Não as de perspectiva e construção, mas sim as de intervenção e performance. Estas sugerem uma realidade que é feita e performada [enacted], e não tanto observada. Em lugar de ser vista por uma diversidade de olhos, mantendo-se intocada no centro, a realidade é manipulada por meio de vários instrumentos, no curso de uma série de diferentes práticas. [...] Mas, enquanto parte de atividades tão diferentes, o objecto em causa varia de um estádio para o outro. Aqui é um objecto carnudo, ali é um objecto espesso e opaco, além é um objecto pesado. Nas histórias de performance, a carnalidade, a opacidade e o peso não são atributos de um objecto único com uma essência escondida. Tão pouco é função dos instrumentos pô-los à mostra como se fossem vários aspectos de uma realidade única. Em vez de atributos ou aspectos, são diferentes versões do objecto, versões que os instrumentos ajudam a performar [enact]. São objectos diferentes, embora relacionados entre si. São formas múltiplas da realidade – da realidade em si” (p. 66). Assim, ao mudar o ponto de interesse de uma rede, altera-se o próprio objeto que está em questão: a observação, a forma como se faz o objeto agir transforma

química das substâncias). No caso apresentado, este interesse se performatiza (MOL, 2008) a partir de um sítio particular, a saber, o entendimento de que, dado que o ser humano é atualmente capaz de produzir novas substâncias químicas com princípios ativos específicos e que estes podem gerar efeitos danosos nos corpos humanos, é necessário tornar mais ágil e eficiente a rede estatal de controle e produção de categoriais (lícito/ilícito) sobre essas novas substâncias. Esse olhar específico da Química Forense resulta em uma aposta no processo de aceleração do ordenamento da realidade (maior número de pesquisas com as substâncias descobertas) assim como no aumento da extensão da rede (substâncias lícitas/ilícitas) produzida pela Anvisa até os locais aos quais esta ainda não alcança (a partir da modificação de sua forma de ordenamento e inclusão de novas substâncias nas suas listas, permitindo que categorias químicas sejam também adicionadas, ao invés de somente composições químicas específicas).

Os peritos entrevistados pelo Fantástico têm um problema de nova escala quando saem de seus laboratórios: o seu padrão de ordenamento da realidade não consegue ser eficiente o suficiente para capturar os híbridos na velocidade em que estes se reproduzem. A resposta dos peritos passa por dar uma volta nas categorias de ordenação e de performatividade dessa realidade, numa tentativa de modificar o ponto de interesse da opinião pública sobre o assunto, legitimando a solução oferecida pela perícia forense. Nesse complexo processo de *accountability* e defesa de uma visão de mundo (ontologia política específica), ao final, a Anvisa acaba por adotar uma nova forma de proceder a realização de seu ordenamento da realidade. A atualização das listas será feita a partir de cada caso, não mais em conjuntos de substância, assim como poderão ser utilizados conhecimentos de outros órgãos internacionais reconhecidos para facilitar o tramite de proscrição de novas substâncias. Dessa forma, segundo a agência, o sistema se adequaria de forma mais eficiente contra a produção e comércio de substâncias cujos efeitos no organismo já são conhecidos na esfera internacional.

O do caso analisado não é regido por uma “força exterior”, mas interage com uma série de atores que são mobilizados na articulação de diversas proposições que constituem sua rede de origem e os quais possuem a intenção de integrar também. O trabalho realizado pelos peritos responde a uma ontologia política específica, tendo suas respostas bem recebidas pelos atores que conformam suas redes de trabalho – os peritos criminais possuem seu trabalho respaldado pelo Instituto Nacional de Criminalística.

Assim, ao apresentar este caso específico neste artigo, intentei demonstrar como os laudos são passíveis de serem reordenados a partir das diferentes ontologias políticas em jogo, performativizando novas formas de se produzir um ordena-

e compõe, em outras palavras, performatiza o mundo e seus objetos. Mudar de interesse é, nesse sentido, reordenar o mundo.

mento da realidade a fim de resolver os problemas suscitados nos casos tratados. Ou seja, busquei relacionar a construção do laudo enquanto um objeto pontualizador de sua rede sociotécnica a partir do conceito de ontologia política de Mol (2008): sua possibilidade de reordenamento só é possível no caso estudado porque a performatização realizada anteriormente é mantida, apenas desloca-se o sítio de interesse. Não está em dúvida o ordenamento da realidade trazida pelos laudos, pelo contrário, esse possui um efeito de poder importante na rede que adentra e altera a relação estabelecida desde então – são os laudos que possibilitam, a partir de seu reordenamento, criar quadros sobre a situação nacional nos temas problematizados. O que está em jogo, então, é a capacidade de ordenamento da realidade pelas ontologias políticas em questão.

Contudo, gostaria de terminar esse artigo com mais uma aproximação: o trabalho realizado por esses diferentes atores não é em nenhuma medida distante do que eu realizei durante minha dissertação e no decorrer deste artigo. Ao adentrar ao SETEC, buscar compreender os seus processos e aprender a ler os laudos de uma perspectiva que não a minha, assim como no processo de redação deste texto, também passo por um processo de reordenamento desse mundo e o apresento ao leitor a partir da ontologia política que me forma e da qual eu desejo integrar: a Antropologia. Esse trabalho também é um processo de reordenamento de atores pontualizados, de produção de novas inscrições, e de construção de problemas que, ao final, devem ser respondidos a partir de uma forma de performar a realidade de maneira específica.

É importante ressaltar que, assim como Haraway (1995, p. 23) chama atenção, não pressuponho uma teoria universal, nem busco uma universalização desta. O que está em jogo são “saberes parciais, localizáveis, críticos, apoiados na possibilidade de redes de conexão, chamadas de solidariedade em política e de conversas compartilhadas em epistemologia”. Com os tensionamentos aqui trazidos, não procuro respostas finais, mas, sim, como Law e Mol (2002) propõem, intento pensar novas formas de trazer a complexidade para os trabalhos científicos, onde a ordem não pode acabar na simplificação, nem os relatos exemplificar a teoria.

REFERÊNCIAS

ANVISA inclui 21 substâncias em lista de drogas proibidas. **Anvisa**, Brasília/DF, 18 fev. 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/assunto+de+interesse/noticias/anvisa+inclui+21+substancias+em+lista+de+drogas+proibidas>>. Acesso em: 08 set. 2016.

BRECHA na lei impede que Polícia Federal apreenda novas drogas. **Fantástico**, Rio de Janeiro, 17 fev. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/02/brecha-na-lei-impede-que-policia-federal-apreenda-novas-drogas.html>>. Acesso em: 08 set. 2016.

BUCHANAN, JF; BROWN, CR. "Designer drugs": A problem in clinical toxicology. **Med Toxicol. Adverse Drug Exp.**, v. 3, n. 1, pp. 1-17, jan-dec. 1988.

CAPLAN, Jane; TORPEY, John (org.). **Documenting Individual identity: the development of state practices in the modern world**. Princeton: Princeton University Press, 2001.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luís Roberto. **Direito Legal e Insulto Moral: dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e Estados Unidos**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2002.

CARRARA, Sergio. A ciência e a doutrina da identificação no Brasil. **Religião & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, pp. 82-105, 1990.

_____. Antropologia e ciência no Brasil: a construção de um campo. In: FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabíola; MACHADO, Paula Sandrine (orgs.). **Ciências na Vida: Antropologia da ciência em perspectiva**. pp. 25-35. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.

CORRÊA, Mariza. **As ilusões da liberdade**. Bragança: EDUSF, 1998.

COSTA, Susana. A justiça em laboratório. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 20, n.3, pp. 311-329, 2002.

COLE, Simon. **Suspect identities: a history of fingerprinting and criminal identification**. Cambridge: Harvard University Press, 2001.

DAMATTA, Roberto. **Carnavais, Malandros e Heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

_____. **Relativizando: uma introdução à Antropologia Social**. Petrópolis: Vozes, 1984.

DEBERT, G. G. Desafios da Politização da Justiça e a Antropologia do Direito. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 53, pp. 475-492, 2010.

DORNELLES, Rodrigo Ciconet. **Ciência, coletas e extrações: uma etnografia a partir de um laboratório de genética de populações**. 2013. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 174 páginas. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

DUSTER, Troy. **Backdoor to eugenics**. New York: Routledge, 2002.

FERREIRA, Leticia. **Dos autos da cova rasa: A identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960**. Rio de Janeiro: E-papers: LACED/Museu Nacional, 2009.

FONSECA, Claudia.. As novas tecnologias legais na produção da vida familiar: Antropologia, direito e subjetividades. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 11, pp. 8-23, 2011.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o pri-

- vilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, pp. 7-41, 1995.
- JASANOFF, Sheila. **Science at the bar**: Law, science and technology in America. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
- _____. Just Evidence: The Limits of Science in the Legal Process. **The Journal of Law, Medicine and Ethics**, Boston, v. 34, n. 2, pp. 328- 241, 2006.
- KANT DE LIMA, Roberto. Cultura Jurídica e Práticas Policiais: a tradição inquisitorial. **Revista Brasileira Ciências Sociais**, São Paulos, v. 4, n. 10, p.65-84, jun/1989.
- _____. **A Polícia da Cidade do Rio de Janeiro**: seus Dilemas e Paradoxos. Rio de Janeiro: Forense, 1995.
- KANT DE LIMA, R.; LUPETTI, B. **O desafio de realizar pesquisa empírica no Direito**: uma contribuição antropológica. Paper apresentado no 7º Encontro da ABCP – Associação Brasileira de Ciência Política, Recife, 4-7 ago. 2010.
- LATOURETTE, Bruno. **Ciência em Ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- _____. **Jamais Fomos Modernos**. São Paulo: Editora 34, 2009.
- _____. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do Ator-Rede. Salvador: Edufba, 2012.
- LAW, John. Notes on the theory of the actor-network: Ordering, strategy, and heterogeneity. **Systemic Practice and Action Research**, v 5, n. 4, pp. 379-39, 1992. Traduzido por Fernando Manso – “Notas sobre a teoria do ator-rede: ordenamento, estratégia, e heterogeneidade”. Disponível em: <<http://www.necso.ufrj.br/Trads/Notas%20sobre%20a%20teoria%20Ator-Rede.htm>>. Acesso em: 12 set. 2016.
- LAW, John; MOL, Annemarie. **Complexities**: Social studies of knowledge practices. Durham: Duke University Press, 2002.
- LYNCH, Michael et al.. **Truth machine**: the contentious history of DNA fingerprinting. Chicago: University of Chicago Press, 2008.
- MACHADO, Helena. “Crime, bancos de dados genéticos e tecnologias de DNA na perspectiva de presidiários em Portugal”. In: Antropologia e ciência no Brasil: a construção de um campo. In: FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabíola; MACHADO, Paula Sandrine (orgs.). **Ciências na Vida**: Antropologia da ciência em perspectiva. pp. 61-86. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.
- MACHADO, Helena; SANTOS, Filipe. “Culturas de objetividade, epistemologias cívicas e o suspeito transnacional. Uma proposta para mapeamentos teóricos em estudos sociais da genética forense.” In: FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabíola; MACHADO, Paula Sandrine; PAIM, Heloísa Salvatti (orgs.). **Antropologia da Ciência e da Tecnologia**: dobra reflexivas. pp. 181-206. Porto Alegre: Sulina, 2016.
- MOL, Annemarie. “Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas”. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (org.) **Objectos impuros**: Experiências em estudos sociais da ciência. pp. 63-77. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

RICHTER, Vitor. **Identificação Genética e Crime**: a introdução dos bancos de DNA no Brasil. 2016. Tese de Doutorado em Antropologia Social apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 294 páginas. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

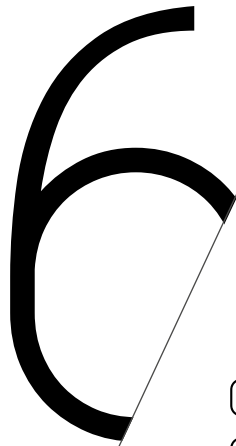
RIFIOTIS, Theophilos. As delegacias especiais de proteção à mulher no Brasil e a «judicialização» dos conflitos conjugais. **Soc. estado.**, Brasília, v. 19, n. 1, pp. 85-119, jun. 2004.

SCHRITZMEYER, Ana Lúcia Pastore. **Jogo, Ritual e Teatro**: Um Estudo Antropológico do Tribunal do Júri. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.

SCHUCH, Patrice. **Práticas de justiça**: Antropologia dos modos de governo da infância e juventude no contexto pós-ECA. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

_____. Antropologia em campos up, ética e pesquisa. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam S; PETERS, Roberta (orgs.). **Experiências, Dilemas e Desafios do Fazer Etnográfico Contemporâneo**. pp. 29-48. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010.

SOUZA SANTOS, Boaventura de. **O Discurso e o Poder**: ensaio sobre a Sociologia da retórica jurídica. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1988.



O BANCO DE DADOS GENÉTICOS NO BRASIL: OS DESAFIOS OPERACIONAIS E LEGAIS DE UM PROCESSO DE MODERNIZAÇÃO

FILIPE SANTOS

*Doutorado em Sociologia no Centro de Estudos Sociais da
Universidade de Coimbra. Contato:*

SUSANA COSTA

*Doutorada em Sociologia no Centro de Estudos Sociais da
Universidade de Coimbra.*

VÍTOR RICHTER

*Doutorado em Antropologia na Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.*

I. INTRODUÇÃO

Ao longo das três últimas décadas, a ciência forense tem vindo a conhecer um considerável desenvolvimento por praticamente todo o mundo. Com a introdução e o incremento da tipagem de DNA, conheceram-se avanços notáveis na instrumentação laboratorial, com reflexos também na cientifização da atividade policial (ERICSON; SHEARING, 1986) que culminou, em anos mais recentes, com a multiplicação e expansão dos bancos de dados de perfis genéticos em jurisdições nacionais. Com a implementação destas tecnologias de identificação, verificam-se novos e cambiantes prismas na forma de olhar o crime, a investigação criminal e a justiça.

A concepção da investigação criminal como trajetória de reconstrução de atividades e movimentos através de vestígios materiais não é nova, e o interesse sobre o “corpo criminal” remonta a figuras como Alphonse Bertillon, Cesare Lombroso, ou Francis Galton (BURNEY; PEMBERTON, 2013). Das várias formas de medir e conhecer o corpo e as suas “marcas”, ao longo do século XX destacou-se a técnica vulgarmente conhecida como “impressões digitais”. Devido ao seu relativamente baixo custo e utilidade na associação entre indivíduos e objetos e cenários de crime, as impressões digitais passaram a fazer parte das práticas policiais rotineiras de identificação e registo dos indivíduos (COLE, 2001). Do mesmo modo, também as estruturas governamentais viram utilidade na constituição de arquivos massivos contendo registo das impressões digitais dos seus cidadãos. No caso de Portugal, ao contrário de outros países, vencidas as resistências iniciais, o registo das impressões digitais que inicialmente se restringia à identificação em contexto policial e para efeitos de identificação dos funcionários do Estado, viria a abranger toda a população (MACHADO; PRAINSACK, 2014).

No entanto, em meados da década de 1980, um novo tipo de “impressões digitais”¹ traz consigo uma nova era no modo como o “corpo criminal” é percecionado. Desde a sua primeira utilização num caso de imigração no Reino Unido, as tecnologias de identificação por perfis genéticos têm sofrido incrementos massivos, quer na acuidade e fiabilidade das técnicas laboratoriais, mas também na capacidade de obter informação genética a partir de amostras cada vez mais diminutas.

(1) Num artigo datado de 1985, Alec Jeffreys, por analogia com as tradicionais impressões digitais, designa a técnica de análise das regiões hipervariáveis do DNA humano como “DNA fingerprinting”. Com isto, antecipa o potencial identificativo e a utilidade forense: “Antecipamos que estas ‘impressões digitais’ de DNA serão de uso geral para a análise de segregação humana (...) Adicionalmente, proporcionam um método poderoso para testes de paternidade e maternidade, podendo ser usadas para fins forenses” (JEFFREYS; WILSON; THEIN, 1985, p. 72, tradução dos autores)

Com o aperfeiçoamento dos laboratórios e das técnicas e em paralelo com os avanços em termos de capacidade de processamento e armazenamento informático, tornou-se exequível a construção de repositórios digitais sob a forma dos bancos de dados genéticos que existem atualmente em mais de 100 países (WALLACE et al., 2014). Os usos dos bancos de dados de perfis genéticos diferem fundamentalmente dos usos usuais das tecnologias de DNA em casos criminais na medida em que configuram a possibilidade de um policiamento genético “ativo” (WILLIAMS; JOHNSON, 2005). Por contraste com os usos “reativos”, em que as autoridades policiais aplicam métodos “tradicionais” de construção de suspeição para reunir um conjunto de indivíduos referenciados cujo DNA pode ser comparado com vestígios numa cena de crime, os bancos de dados passam a conter os perfis genéticos de toda uma população “suspeita”, o que permite construir o que Cole e Lynch (2006) designam por “suspeitos estatísticos”. Em outras palavras, os bancos de dados de perfis genéticos vêm a enquadrar-se em mais um passo na modernização dos sistemas de justiça criminal no sentido apontado por Foucault (1973), em que o espetáculo da punição corporal é convertido em modalidades mais tranquilas e distanciadas de obter a “verdade” (LYNCH et al., 2008), e onde, usando as palavras de Foucault (1973, p. 104) “a vigilância sobre os indivíduos se exerce ao nível não do que se faz, mas do que se é”.

Assim, as tecnologias de DNA vêm conquistando cada vez maior protagonismo nos sistemas de justiça criminal por todo o mundo. Enquanto instrumento e tecnologia de governação e controlo social, particularmente das chamadas “populações suspeitas”, os bancos de dados genéticos configuram desígnios biopolíticos sustentados no ideário prometeico do alinhamento entre a ciência e a justiça.

Com a publicação da Lei 12.654/12 (BRASIL, 2012), o Brasil foi um dos países que mais recentemente aderiu ao projeto de criação de um banco de dados genéticos². Essencialmente, a Lei 12.645/12 vem alterar a Lei 12.037/09 sobre a identificação criminal do civilmente identificado, nomeadamente quanto à possibilidade de incluir a coleta de material biológico enquanto parte do procedimento de identificação. Do mesmo modo, altera a Lei 7.210/84 (Lei de Execução Penal), determinando que os indivíduos condenados “por crime praticado, dolosamente, com violência de natureza grave contra pessoa, ou por qualquer dos crimes previstos no art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990” (BRASIL, 1984) sejam submetidos a coleta de amostra biológica, com posterior armazenamento do respetivo perfil num banco de dados.

Se este projeto permite o investimento na modernização das infraestruturas e na harmonização das práticas laboratoriais nos estados federais, os desafios e

(2) Recorde-se, por exemplo, casos de países como o Reino Unido, Áustria, os Países Baixos, Alemanha ou França que, na passagem do milénio, possuíam já bancos de dados operacionais (VAN CAMP; DIERICKX, 2007).

dilemas colocados a descoberto pela Lei 12.654/12 tornam o caso brasileiro objeto de estudo particularmente fértil. Alguns anos passados sobre a introdução da Lei Federal 12.654/12 que criou o Banco de Dados de Perfis Genéticos, pretendemos neste texto efetuar um levantamento das percepções e experiências de alguns dos atores sociais que com ela lidam.

Numa primeira parte deste texto, procuramos situar a emergência do banco de dados de perfis genéticos brasileiro por referência ao Portugal e ao contexto global, além de sintetizar alguns aspectos dos processos legislativos. Numa segunda parte, através da análise de um conjunto de entrevistas a policiais e peritos forenses no Brasil, este texto irá elencar e problematizar os principais aspectos subjacentes à utilização das tecnologias de DNA no caso brasileiro, e à própria criação do banco de dados genéticos.

2. O APELO DA MODERNIDADE E AS AMBIGUIDADES CONTEMPORÂNEAS: O CASO PORTUGUÊS

A nossa perspectiva sobre a implementação de um banco de dados de perfis genéticos no Brasil se situa, necessariamente, num misto de alteridade e comunhão, onde confluem imaginários portugueses e europeus com os brasileiros e americanos.

No caso português, a construção do banco de dados genéticos começa com uma proposta que figurava no programa do XVII Governo Constitucional, sugerindo inclusive a criação de um banco para identificação civil e criminal que abrangesse toda a população (GOVERNO DE PORTUGAL, 2005). No entanto, na sequência de argumentos que ponderavam não só o custo financeiro de um banco de dados genéticos universal, mas principalmente a compressão dos direitos individuais suscitada por tal aparato de vigilância genética, viria a ser aprovada a Lei 5/2008.

O banco de dados português só viria a alcançar operacionalidade em fevereiro de 2010, operando sob o critério de inclusão dos perfis de condenados à pena de prisão efetiva igual ou superior a três anos, por ordem do juiz (LEI 5/2008). Embora houvesse sido projetada a inclusão de 6.000 novos perfis por ano, em dezembro de 2015 o banco de dados genéticos continha 4.521 perfis de condenados³

(3) Ver mais detalhes e informação do sítio eletrónico do Conselho de Fiscalização da Base de Dados de Perfis de ADN: <<http://www.cfbdadosadn.pt/pt/bdpadn/sobreabd/Paginas/ConteudoFicheiros.aspx>> Acesso em: 23/04/2016.

. Dos fatores que têm sido apontados para o crescimento limitado do banco de dados português encontra-se o caráter restritivo da lei (por exemplo, por não possibilitar a inclusão de suspeitos), e o possível desconhecimento ou inação por parte dos magistrados, cujo despacho é condição para a inclusão de perfis (SANTOS; COSTA; MACHADO, 2012).

O surgimento da proposta de construção de um banco de dados de perfis genéticos em Portugal não será alheio ao contexto europeu, onde o Tratado de Prüm foi assinado em 2005. Este tratado, também designado por Convenção de Prüm, foi firmado na cidade alemã do mesmo nome, entre a Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, França, Luxemburgo e os Países Baixos.

O desiderato declarado pelos signatários foi o de incrementar a cooperação transfronteiriça, em particular no combate ao terrorismo, crime transfronteiriço, e à migração ilegal. Essencialmente, são estabelecidas as disposições técnicas e legais com vista à interconexão e acesso automático aos bancos de dados de perfis genéticos, de impressões digitais e de registo automóvel, entre os países signatários. No próprio texto do Tratado é já incluída a intenção de propor o alargamento e adoção das disposições na legislação da União Europeia, o que viria a verificar-se em 2008 (DECISÃO 2008/615/JAI, 2008; DECISÃO 2008/616/JAI, 2008).

Assinala-se, assim, o impulso com vista à convergência dos Estados-membro para a construção de bancos de dados de perfis genéticos nacionais, com ulterior vantagem para a partilha desses mesmos dados com os restantes países. Num processo que se iniciou em 2008, e chegados à altura da escrita deste texto, persistem apenas alguns países que não lograram o estatuto de operacionalidade no chamado sistema de Prüm para a partilha de perfis de DNA (Croácia, Dinamarca, Irlanda, Itália, Grécia e o Reino Unido). Há que salientar que este trajeto de modernização das estruturas laboratoriais e implementação de bancos de dados, obrigou vários países a aprovar o devido enquadramento legal, a adaptação e certificação pela norma ISO17025 dos laboratórios de genética forense, bem como terá proporcionado a captação de recursos ao próprio funcionamento dos bancos de dados genéticos.

Contudo, mesmo neste processo de modernização e convergência tecnológica no contexto europeu, persistem ambiguidades e disjunções (SANTOS; MACHADO; SILVA, 2013). Não obstante a relativa harmonização técnico-científica, no processo de implementação das chamadas Decisões Prüm constata-se o caráter de certa forma fragmentado no que respeita à esfera regulatória (MACHADO; SANTOS, 2016). Decorre deste cenário de divergências e assimetrias legais e funcionais, por exemplo, que a partilha de perfis genéticos entre vários bancos de dados pode implicar que o seu uso por polícias de outro Estado europeu através do sistema Prüm torna “invisíveis” as diferentes regras, condições e propósitos segundo os quais o perfil original foi gerado e inserido.

3. A EMERGÊNCIA DOS BANCOS DE DNA PARA FINS CRIMINAIS NO BRASIL

A construção do banco de dados no Brasil não se trata de um assunto que possa ser isolado de todo um contexto multifacetado e que envolve as estruturas judiciárias, as distintas dinâmicas territoriais e administrativas, bem como as assimetrias culturais e socioeconômicas, fazendo do Brasil um desafio analítico particularmente interessante e complexo. Não é o nosso propósito adotar qualquer senso normativo sobre o objeto, mas tão somente suscitar algumas pistas de reflexão.

Um banco de dados de perfis genéticos constitui um processo que, ou culmina um trajeto de rotinização das tecnologias de DNA no sistema de justiça criminal, ou então surge como fator impulsionador da modernização e transformação das estruturas forenses existentes. Por exemplo, em países como Espanha e Portugal, os bancos de dados genéticos começaram por existir enquanto soluções não regulamentadas oficialmente ao nível dos laboratórios de perícias conexos às autoridades policiais⁴. Não obstante a utilização rotineira das tecnologias de DNA num dado contexto, a construção de um banco de dados implica, por exemplo, a acreditação dos laboratórios forenses (norma ISO 17025).

Assim como a maioria dos países, também o Brasil se lançou no uso da identificação genética para fins criminais antes da criação de bancos de dados. Na década de 1990 (NETO, 2010), os órgãos de perícia brasileiros iniciavam a utilização dos exames de DNA nas investigações criminais através do auxílio de laboratórios particulares ou de universidades⁵. Na medida em que os laboratórios de genética forense das polícias foram sendo criados no final da década de 1990 e início do século XXI, o uso do DNA foi lentamente se expandindo. Nesse período inicial, a genética forense no Brasil era acionada a contribuir nos chamados “casos fechados”.

Este tipo de caso caracteriza-se pela comparação entre perfis genéticos produzidos a partir de amostras biológicas encontradas nos locais de crime ou corpos de vítimas (frequentemente sangue e sêmen) e aqueles perfis produzidos a partir

(4) Na Espanha, a Ley Orgánica 10/2007, de 8 de outubro, contém uma disposição para a integração no banco de dados nacional de todos os arquivos e bancos de dados das forças policiais existentes à data de entrada em vigor da lei. Em Portugal, após a entrada em funcionamento do banco de dados genéticos, em fevereiro de 2010, o Laboratório de Polícia Científica da Polícia Judiciária mantinha à sua guarda cerca de 2.000 perfis genéticos, falando-se na sua eventual destruição por falta de enquadramento legal. Os perfis viriam a integrar o banco de dados nacional em 2013. Para mais informações, ver: <<http://www.cfbdadosadn.pt/>>.

(5) Sobre os usos dos laboratórios privados e universitários para a realização de testes de DNA no âmbito do sistema de justiça brasileiro, ver Fonseca (2004; 2005; 2013).

de amostras de suspeitos já conhecidos pelos investigadores e coletadas em laboratório sob mandato judicial ou sob a concordância do suspeito. Nos termos definidos por Williams e Johnson (2005), este uso “reativo” das tecnologias de DNA não consistia em uma grande inovação às práticas policiais já estabelecidas⁶, pois baseava-se na coleta de evidências relevantes apenas ao caso em questão e com suspeitos já conhecidos. Deste modo, estas práticas não configuravam o uso do DNA como parte da rotina da prática pericial brasileira.

3.1 OS PRIMEIROS PASSOS NO BRASIL

Na medida em que a possibilidade de criação dos bancos de dados de DNA começou a ser aventada e debatida, mesmo que de forma incipiente, os jornais começaram a dar maior atenção às formas que estes eram usados no país⁷. Nesse momento, entre a segunda metade da década de 2000 e início da década de 2010, surgiam informações sobre alguns institutos de perícia que já vinham realizando experimentos com o armazenamento de informações genéticas. Em São Paulo foi anunciado, em 2010, com a ressalva que ainda dependiam de algumas decisões judiciais, a criação de um banco de perfis genéticos de vítimas e de corpos não identificados (FOLHA DE S. PAULO, 2010). Em Brasília, havia um banco informal de condenados por crimes sexuais regulado por lei própria do Distrito Federal (CÉO, 2012).

O banco do DF conta com mais 400 perfis genéticos fruto do recolhimento sistemático de evidências em cenas de crime e junto às vítimas de violência sexual. Em 2010, a perita da Polícia Civil Flávia Seixas Maia, durante mestrado na área de ciências genômicas e biotecnologia, inseriu no ‘banco informal’ o material genético colhido em 143 vítimas de crimes sexuais sem suspeitos que ocorreram entre 2004 e 2009 (CÉO, 2012, s./p)

Esse banco informal mapeou 43 agressores sexuais, sendo 30 deles identificados. No entanto, de acordo com diretora do Departamento de Polícia Técnica da Polícia Civil e responsável pelo Instituto de Pesquisa de DNA Forense à época, essas informações não poderiam ser usadas na persecução criminal. A

(6) Segundo Cole e Lynch (2006), os bancos de dados, ao contrário, transformam as práticas de construção de suspeitos. Não mais baseadas no trabalho de investigação, os bancos de dados forneceriam às forças policiais um “suspeito estatístico” com base na probabilidade mensurável de haver um ou mais indivíduos cujo perfil tem uma correspondência com material encontrado em cena de crime.

(7) O chamado “efeito CSI” (COLE; DIOSO-VILLA, 2011; SANTOS, 2011) não pode ser desprezado com um elemento relevante na produção do interesse e imaginário que os bancos de DNA despertam em jornalistas enquanto “representantes” do interesse do “público em geral”. Sobre a categoria “público em geral”, extremamente complexa e heterogênea, ver Alan Irwin e Brian Wynne (IRWIN; WYNNE, 1996).

lei distrital precisava passar por regulamentação para autorizar a inclusão das informações genéticas dos indivíduos identificados pela pesquisa que constituiu aquele banco de dados. No Estado de Minas Gerais, bancos com perfis produzidos a partir de amostras coletadas de vítimas de violência sexual também eram mantidos há uma década antes da aprovação da lei que viria regulamentar o uso desses bancos em 2012 (AYER, 2013).

Ao mesmo tempo em que ocorriam tentativas de estabelecer bancos de dados locais nos institutos de perícia em alguns estados brasileiros, durante os primeiros anos da década de 2000 também puderam ser observadas as primeiras tentativas legislativas de incluir o DNA entre as técnicas de identificação criminal. No ano de 2003, por exemplo, foi enviado ao Congresso Nacional um projeto de lei (PL 417/03) que tinha como objetivo incluir o DNA entre as técnicas de identificação criminal, então composto pela datiloscopia e fotografia⁸. Porém, este projeto de lei não abordava qualquer critério ou detalhamento acerca de como deveria ser procedida a coleta, a análise e o armazenamento do DNA. Ele simplesmente acrescentava o termo “DNA” ao final da redação do artigo já presente na legislação sobre identificação criminal. Este projeto nunca chegou a tramitar propriamente na Câmara dos Deputados e nem sequer foi votado.

3.2 O PROJETO DE LEI DO BANCO DE DNA BRASILEIRO

A identificação genética para fins criminais voltou a ser objeto de um projeto de lei em 2011. Dessa vez, o projeto de lei que buscava incluir e regulamentar o DNA no cenário técnico-legal brasileiro contava com novos aliados. Em junho de 2009, o *Federal Bureau of Investigations* (FBI) norte-americano assinou um acordo⁹ com o Departamento de Polícia Federal (DPF) brasileiro no qual concedia a licença de seu *Combined DNA Index System* (Sistema Indexado de DNA Combinado). A concessão do CODIS, como é mais conhecido, à polícia federal brasileira foi um importante sinal de que uma rede de bancos de dados que os peritos criminais brasileiros ansiavam estava por se concretizar. Projetos de treinamento de profissionais, de criação e melhoria de infraestruturas e de adequação legislativas foram lançados. Peritos forenses brasileiros foram enviados para receber treinamento com especialistas do FBI. A Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) reforçou os recursos que já vinha destinando para o financiamento de máquinas, materiais e adequação das infraestruturas dos laboratórios de genética forense estaduais.

A perspectiva de criação de uma rede de bancos de DNA no Brasil, a maior instalação do CODIS fora dos Estados Unidos, contribuiu de forma decisiva para

(8) Lei 10.054 de 2000. Essa lei foi revogada em 2009 pela lei 12.037.

(9) Diário Oficial da União, Seção 3, Nº 110, p. 81. Senado Federal. Brasília (DF). Sexta-feira, 12 de junho de 2009.

que o Projeto de Lei que criava o banco de DNA brasileiro transcorresse de forma ágil no Congresso Nacional. Este projeto deu origem à Lei Federal 12.654, em maio de 2012. Esta lei trouxe os primeiros critérios legais para a inclusão de perfis genéticos na rede de bancos de dados que foi criada. A lei brasileira de banco de dados passou a prever que as informações armazenadas não podem “revelar traços somáticos ou comportamentais das pessoas, exceto determinação genética de gênero” (BRASIL, 2012).

A preocupação com esse tipo de especificação diz respeito ao emprego de perfis genéticos que utilizam os marcadores do CODIS, considerados não-codificantes. A lei 12.654/12 também estabeleceu sigilo sobre as informações armazenadas, restringindo o acesso a investigadores, promotores e juízes. As informações sobre as correspondências (*matches*) só podem ser divulgadas através de laudo pericial elaborado pelos peritos criminais especialistas em genética forense designados para a coordenação do Banco Nacional de Perfis Genéticos (BNPG) e da Rede Integrada de Bancos de Perfis Genéticos (RIBPG, 2015)¹⁰. No entanto, a Lei 12.654/12 deixa um espaço para a solicitação de acesso aos bancos durante as investigações. A lei dos bancos, ao alterar a Lei de Execuções Penais 7.210/84, prevê que “A autoridade policial, federal ou estadual, poderá requerer ao juiz competente, no caso de inquérito instaurado, o acesso ao banco de dados de identificação de perfil genético” (BRASIL, 1984). Assim, além dos relatórios e avisos emitidos pela administração do BNPG acerca das correspondências detectadas, os investigadores podem solicitar o acesso ao banco caso considerem que a comparação de algum perfil genético com a base de dados venha a contribuir para as investigações de um inquérito instaurado. O acesso deve ser solicitado a um juiz, que avalia a justificativa do pedido. O tempo de permanência dos perfis nos bancos ficou estabelecido como sendo o tempo de prescrição do crime.

O aspecto da lei 12.654/12 que mais gerou debates após sua publicação diz respeito ao caráter obrigatório ao qual ficou submetida a coleta de material genético de pessoas condenadas (RICHTER, 2016). O critério escolhido para inclusão no banco de perfis genéticos foi o de condenação por crime hediondo. Ou seja, aquelas pessoas que fossem condenadas pelos crimes de homicídio, lesão corporal dolosa de natureza gravíssima, sequestro, estupro, falsificação de medicamentos e exploração sexual de menores, independentemente do tempo de reclusão sentenciado.

Apesar do maior potencial ofensivo desses crimes, alguns especialistas em direito penal e da perícia criminal começaram a levantar dúvidas sobre o caráter obrigatório da concessão das informações genéticas (RICHTER, 2016). Essa coleta infringiria o direito de não produzir prova contra si mesmo? Como se obtém o con-

(10) De acordo com o mais recente relatório do comitê gestor da RIBPG (2016), a rede conta com 19 laboratórios estaduais, incluindo o Distrito Federal, e mais um da Polícia Federal.

sentimento do uso da informação genética de um sujeito quando essa informação deve ser obtida obrigatoriamente? Os princípios da bioética não se aplicariam aos casos criminais? O que pode ser feito com a amostra biológica (*swab* bucal) que foi coletada para a produção do perfil genético? Estas questões, longe de estarem encerradas, se colocam ao lado de tantas outras que dizem respeito à prática e operacionalização do banco de DNA no Brasil e que, como veremos nos próximos parágrafos, são levantadas pelos próprios atores que estão envolvidos com o cotidiano desta tecnologia.

4. A VISÃO DE ALGUNS ATORES INTIMAMENTE CONECTADOS AOS BANCOS NO BRASIL

No âmbito do projeto de pesquisa CAPES-FCT “Tecnologias de governabilidade e investigação criminal: Ciência, política e controlo social”, propiciando colaboração de pesquisadores portugueses e brasileiros, os autores realizaram em dezembro de 2014, no Estado de Rio Grande do Sul, oito entrevistas a elementos da polícia federal e estadual, bem como a peritos forenses e acadêmicos. Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado, cujos tópicos incidiram sobre os órgãos de polícia criminal (OPC); as entidades judiciárias; o processo de construção do banco de dados de perfis genéticos no Brasil; e os procedimentos burocráticos e laboratoriais inerentes à inserção e consulta de perfis no banco de dados; e acerca das interações entre os laboratórios.

A análise das entrevistas não foi direcionada no sentido de apreender novos conceitos, mas antes realizar um levantamento das perspectivas dos atores que, na prossecução da sua atividade profissional quotidiana, se encontram em posições privilegiadas para assistir ao desenvolvimento do banco de dados de DNA, sendo que uns se encontram diretamente ligados à sua operação e outros não, mas cuja visão é, sem dúvida, relevante para os objetivos propostos.

A informação recolhida possibilita a apreensão de descrições objetiváveis relativamente aos procedimentos práticos e concretos do banco de dados, ao mesmo tempo que o levantamento das impressões subjetivas dos atores entrevistados vêm revelar aspetos mais ou menos visíveis e conhecidos do contexto e constrangimentos da construção do banco de dados brasileiro. Seguindo pressupostos da teoria fundamentada (*grounded theory*) (GLASER; STRAUSS, 1967), procederemos nas páginas subsequentes à análise das principais dimensões emergentes nos discursos dos entrevistados.

4.1 ENTRE O LOCAL E O GLOBAL

Por contraste com a União Europeia, onde cada Estado-membro tem a sua própria legislação, o caso do Brasil configura um contexto onde as mesmas disposições legais são aplicadas em 26 estados e um Distrito Federal. É também distinto do contexto dos EUA, onde cada estado possui legislação própria sobre o seu banco de dados, podendo alimentar e pesquisar o NDIS (MURPHY, 2007, p. 16). Se tomarmos a construção de um banco de dados genéticos como indicador de progresso em matéria dos usos da ciência e da tecnologia ao serviço da justiça, importa contextualizar os desafios do caso brasileiro. Um pesquisador universitário da área de sociologia, especialista em conflito e violência no Brasil, destacou durante entrevista alguns aspectos que considera importante em torno do uso da ciência e da tecnologia no âmbito da justiça criminal no Brasil. Para o pesquisador, a tecnologia de identificação genética através do DNA se reveste de um matiz de enfrentamento de arbitrariedades que marcaram a história política brasileira. Característica que ele entende ainda fazerem parte das práticas de administração da justiça criminal no país.

Eu acho que é fundamental introduzir a realidade técnico-científica no procedimento investigatório. Num país que conheceu e ainda conhece tortura em delegacias ou em prisões, ou quiçá em quartéis, certamente é uma modernidade. Só que essa modernidade é muito desigual. (**Académico 1**).

Tomando o discurso do entrevistado citado, nos usos do DNA e na construção do banco de dados, o Brasil parece assistir a uma “modernidade situada”. Isto é, uma modernidade cujos efeitos são localizados e fragmentados pelas disjunções existentes a vários níveis, sociais, econômicos, geográficos e políticos. Como no caso de Portugal (COSTA, 2014), a implementação dos bancos de dados genéticos sucede num contexto de tensão entre a disseminação global de formas e práticas de “boa ciência” ao nível dos laboratórios e as práticas localizadas de órgãos de polícia criminal no terreno, cujos meios e constrangimentos operacionais nem sempre se encontram alinhados com as exigências laboratoriais.

4.2 A “LEI DOS PERITOS”

Falar da lei 12.654/12, da sua construção e da sua execução, é falar em múltiplas hierarquias e graus de desigualdade. Neste sentido, o processo legislativo é percebido como a construção de uma “lei dos peritos”. Isto é descrito quase como um processo de importação de uma ferramenta tecnológica que, necessariamente, teve que obter devido enquadramento legal:

Toda a iniciativa do banco de dados no Brasil foi tomada exclusivamente por peritos. Desde a necessidade da criação dos laborató-

rios em si, até a estruturação do banco. Inclusive, a provocação da norma legal foi uma iniciativa totalmente tomada por peritos aqui no Brasil. (...) A participação dos juízes e do Ministério Público na formulação da norma legal, da lei 12.654 do DNA, ela foi nula. Ela não existiu. **(Perito 5)**.

O teor do que é descrito no extrato quanto à criação da lei quase como um monopólio pericial é confirmado nos discursos dos restantes entrevistados. A proeminência do saber e da prática pericial sobre o processo legislativo reflete-se em uma lei com poucos artigos que tratam do uso desta tecnologia em comparação com legislações como a portuguesa¹¹.

Com isto, as opiniões são, de certa forma, semelhantes às recolhidas por um estudo idêntico levado a cabo em Portugal. Ou seja, a percepção acerca do enquadramento legal do banco de dados oscila entre a constatação de uma lei que é demasiadamente restritiva, garantista, e que limitará a utilidade do banco de dados, até à assunção de que se tratou da “lei possível” tendo em vista a proteção dos direitos individuais (SANTOS; COSTA; MACHADO, 2012).

Fundamentalmente, na perspectiva dos peritos entrevistados, era necessário obter legitimidade político-legal para o projeto técnico-científico de modernização que vinha já se desenrolando, por referência e por decisiva intervenção dos EUA:

Eu acho que nesse primeiro momento é ... foi um avanço ... uma vez que já se reconheceu e já se legislou sobre isso porque aqui no Brasil a gente não consegue fazer nada se não está autorizado, né? Então eu acho que daqui ... pelo menos uns 10 anos nós vamos conseguir atingir um patamar, nesse caso, do banco de dados, que talvez seja hoje ... ou já foi nos Estados Unidos há algum tempo atrás... Porque a gente começou agora! Essas coisas são lentas! **(Perito 1)**.

4.3 DNA E MODERNIDADE

A associação entre DNA e as configurações modernas da vigilância cresce e transfere para o perito, para o cientista, a missão de descobrir os fatos. Seja por influência da ficção televisiva (HUEY, 2010), seja pela supervalorização do DNA referida nas entrevistas, é manifestado receio de que as polícias depositem demasiada expectativa no DNA para a resolução dos crimes:

Por exemplo, quando pensam em banco de dados, elas [as polícias] começam a pensar que vai perder necessidade de investigação. “Agora a gente não precisa mais de investigar, a gente coleta uma evidência, pronto, agora o laboratório vai encontrar quem é o autor”. **(Perito 3)**.

(11) Para uma resenha de critérios legislativos para inclusão e exclusão de perfis de bancos de dados genéticos europeus, ver Santos, Machado e Silva (2013).

Esta percepção corre risco de se tornar problemática, mormente se vier acompanhada da noção de que ainda existe um longo caminho a percorrer entre a cena do crime e o laboratório, onde a futura prova pode ser garantida ou desfeita:

A nossa realidade brasileira, na nossa realidade é evidente que tem alguns casos que se perde material porque não tem protocolo de ação, não tem uma, uma... Um direcionamento de coleta, de armazenamento, de transporte, de custódia. A cadeia de custódia às vezes se perde. Então, no fim, algumas amostras se perdem ou estragam. Ficam muito tempo armazenadas, daí mofam. Contamina com bactérias, com fungos, com outros materiais e aí acaba se perdendo a amostra. (**Perito 4**).

A ideia de associação entre DNA e modernidade fica particularmente evidenciada no discurso de um dos peritos da Polícia Federal entrevistados que, em vários momentos, salienta o percurso de convergência que há a fazer em relação a países mais desenvolvidos nos usos das tecnologias de DNA e nos bancos de dados de perfis genéticos. Particularmente, o Reino Unido surge como exemplo de avanço tecnológico, fazendo-se a associação entre a robustez do banco de dados genéticos e a amplitude do critério de coleta de amostra e inclusão do perfil:

E até um fato meio curioso porque o Brasil ficou, fica, sempre para trás a respeito de avanço tecnológico e esse tipo de coisa. (...) Se vocês circularem pela Europa toda ela vai ter com certeza uma uniformidade muito maior do que você vai encontrar no Brasil. (...) Mas eu acho que o modelo seguido por outros países, por exemplo, a Inglaterra, eu acho que ele é muito mais robusto, seria muito mais robusto para o Brasil. Que é o quê? A Inglaterra, qualquer... A pessoa pisou numa delegacia, já coleta e vai para o banco. (**Perito 5**).

4.4 RECURSOS E FORMAÇÃO

Há que referir aqui provavelmente um dos maiores desafios à construção do banco de dados e que é apontado como o “ponto fraco” do DNA: a cadeia de custódia. No Brasil, essa questão se acentua por causa da heterogeneidade formativa e de recursos materiais e humanos que são passíveis de comparecer numa cena de crime. Embora se possa afirmar que são os peritos que executam a coleta de vestígios em cena de crime, os discursos dos entrevistados apontam no sentido de persistirem práticas localizadas que, não configurando negligência, podem redundar na destruição de vestígios ou na própria contaminação cognitiva do local do crime.

Então, nós temos um problema sério. A polícia militar, que é a primeira que chega no local de crime, que dá aquele primeiro atendimento, ela não tem a valorização da prova... E não vou nem dizer biológica. De qualquer vestígio material ali. (**Perito 5**).

Será provavelmente no âmbito dos recursos humanos e materiais, como no treinamento e formação dos agentes envolvidos, onde são apontadas as mais evidentes assimetrias, limitações e ambiguidades. Os peritos referem diferenças fundamentais entre a Polícia Federal e as restantes forças policiais. Desde logo, ao nível dos salários que são apontados como chegando a ser três vezes mais elevados do que em alguns estados. Mas também ao nível da carga de trabalho, dos casos a que têm que dar resposta e do pessoal disponível.

Há diferenças significativas entre as polícias civis e a polícia federal. Especialmente com relação à quantidade de pessoal, também com relação ao material, mas sobretudo com relação ao salário. (**Perito 3**).

As diferenças estruturais são replicadas e se agravam à medida que o foco se desloca da Polícia Federal para as várias polícias estaduais, e das capitais para o interior dos estados. Os desafios apresentados neste cenário colocam em causa aspetos fundamentais de cidadania e de igualdade de acesso à justiça, evidenciando os problemas de base que se levantam à execução da Lei 12.654/12. Tendo em mente a necessária qualificação dos laboratórios para a validação do contributo com perfis genéticos para o banco de dados nacional, um dos entrevistados aponta o exemplo dos laboratórios com insuficiência de recursos:

Existem estados que o laboratório de DNA, todo o laboratório de DNA, tem 3 pessoas. 3 pessoas! Então quando se precisa um sistema de qualidade, com 3 pessoas tu não consegues garantir esse sistema de qualidade. Um sai de férias, o outro tá doente, o terceiro não dá conta de receber as amostras. Ele não consegue processar tudo ao mesmo tempo. Então, é muito difícil. (**Perito 4**).

Este panorama, passível de ser registado em vários estados, coloca em causa não só a construção do banco de dados, mas a própria realização de análises rotineiras de DNA.

5. O CONTEXTO E OS ATORES JUDICIÁRIOS

Para além dos desafios técnico-científicos e legais, de capacitação de recursos humanos e materiais, um outro aspeto fundamental na construção de um banco de dados de perfis genéticos será o contexto do sistema de justiça criminal e os atores judiciários que o compõem. Designadamente, importará indagar quanto às percepções destes atores relativamente às tecnologias de DNA numa primeira fase e, numa segunda fase, de que modo é que poderão desenvolver e articular as suas competências na construção e utilização do banco de dados.

As discussões jurídico-legais acerca da utilização das tecnologias de DNA para fins forenses têm sido centradas em torno dos direitos individuais, nomeadamente a questão do direito de não produzir prova contra si mesmo¹². Uma análise do parecer da Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania do Senado¹³ ressalva a distinção do uso das tecnologias de DNA para efeitos de “identificação criminal” ou de “prova”, superando esta problemática (SCHIOCCHE, 2012, p. 64).

Não obstante a aparente superação jurídica, a percepção dos entrevistados para a persistência de um cenário de obstaculização e dúvida sobre o equilíbrio entre os direitos individuais e a execução da lei, nomeadamente no que se refere à coleta de amostra biológica em indivíduos condenados:

Essa decisão, de novo, tem duas situações. Antes da condenação a decisão é judicial. Depois da condenação lá na penitenciária tu vai lá e coleta, o perito vai lá e coleta. A questão toda é, se ele se recusa, aí surge o nó. E eu acho que o nosso banco.... Hoje aqui no Brasil, o grande nó, a grande encruzilhada a que se chegou é isso, né? Diante da negativa, pode forçar? (**Policial Civil**).

De acordo com os nossos entrevistados, a cultura jurídica dominante aparenta não ser muito receptiva às tecnologias de DNA, e o papel da magistratura na construção do banco de dados tem sido condicionado por aquilo que os informantes descrevem como uma excessiva proteção dos direitos individuais. Por exemplo, a Lei 12.037/09 (BRASIL, 2009) sobre a identificação criminal indica no artigo 4º que “Quando houver necessidade de identificação criminal, a autoridade encarregada tomará as providências necessárias para evitar o constrangimento do identificado”. Foram relatados exemplos em que juízes entenderam que a recolha de amostra biológica sob coação do indivíduo não pode ser levada a cabo por infringir os seus direitos. Contudo, admitem – e sugerem mesmo – que as autoridades procedam à recolha de DNA abandonado em objeto que pertença ou tenha sido usado pelo indivíduo em questão, o que pode colocar problemas em termos de cadeia de custódia

Conjugada com a ideia de garantismo na proteção dos direitos individuais e a questão do recurso à coação em face da recusa na doação de amostra biológica, surge a noção de que o desconhecimento das tecnologias de DNA, por parte de

(12) Pesquisadores do direito brasileiro têm questionado a constitucionalidade da Lei 12.654/12, nomeadamente quanto ao direito à não autoincriminação (para uma resenha sobre a Lei 12.654/12, veja-se, por exemplo PEREIRA, 2012). Schiocchet et al. (2012, p. 55) salienta que para alguma doutrina jurídica: “As intervenções corporais feitas no indivíduo, contra sua vontade, como instrumento de prova, tais como exames de DNA, exame de alcoolemia, devem ser tratadas como provas invasivas. De acordo com parte da doutrina jurídica, tratar-se-ia da produção de prova ilícita, em decorrência do respeito ao princípio da dignidade humana, da não auto-incriminação e da liberdade pessoal”.

(13) Documentação disponível em linha em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/99463>> Acesso em: 23 mar. 2016.

muitos atores judiciais, pode levar a posicionamentos ambíguos. Por um lado, há a perspectiva da vulnerabilidade dos juristas perante um novo tipo de prova e novas incertezas:

O pessoal do direito tem uma dificuldade em se informar nesse sentido, os magistrados, o Ministério Público, quem eu já vi, assim... por isso é que eu acho que a gente está até vulnerável – os juristas, de certa forma, enquanto guardiães da lei – eles são muito vulneráveis pela ignorância. Porque como eles não sabem, eles são facilmente manipulados. (**Acadêmico 2**).

Por outro lado, há a ideia de que as deficiências estruturais ao nível da investigação criminal se conjugam com as desigualdades económicas e se refletem e estendem às hierarquias de poder e acesso ao conhecimento, nomeadamente na capacidade em colocar em causa a matéria probatória:

Eu acho que no Brasil, a investigação criminal, ela tem sérias deficiências. Isso tem a ver com a estrutura da polícia. Todo o sistema. Basicamente, assim, a questão económica tem muito valor aqui. Se tu consegues contratar um bom advogado, se tu és uma pessoa de recursos, tu consegues questionar essas provas. (**Perito 5**).

Em resumo, entre os vários estados que configuram a República Federativa do Brasil, assinalam-se profundas assimetrias de cariz económico, social, demográfico e infraestrutural, com potenciais impactos na construção do banco de dados. Para além das assimetrias interestaduais, ao nível da investigação criminal são efetuadas distinções entre a Polícia Federal (cuja centralidade e âmbito lhe confere maior disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros) e a Polícia Civil (polícia estadual, cujos recursos dependem do governo estadual).

No que respeita às tecnologias de DNA para fins de investigação criminal, embora subaproveitadas no entender de uns, sofrem ainda de algumas limitações ao nível da coordenação de meios na cena de crime. Este trabalho tem vindo a melhorar em função da progressiva implementação de protocolos de atuação no local do crime por parte de peritos. Contudo, e principalmente em zonas interiores dos estados, os informantes assinalam dificuldades por parte das polícias de proximidade em assegurar boas práticas. Neste sentido, o desenvolvimento dos bancos de dados genéticos será sempre limitado pelos investimentos em setores a montante e a jusante, tais como a dotação de meios e recursos humanos aos órgãos de investigação criminal e aos laboratórios de perícias, ou a adequada (in)formação dos magistrados acerca das tecnologias de DNA.

REFLEXÕES FINAIS

No processo de construção do banco de dados de perfis de DNA, verificam-se várias questões que constituem desafios prementes à execução da Lei 12.654/12. Primeiro, relativamente à recolha de perfis em indivíduos já condenados e a cumprir pena de prisão, não há um entendimento uniformizado acerca de como fazê-lo. Segundo, nem todos os estados se encontram em condições para contribuir com perfis de DNA para o banco de dados em função da insuficiência de recursos humanos e materiais. Terceiro, a própria lei contém lacunas que poderão vir a revelar-se problemáticas. Por exemplo, os perfis de indiciados podem ser comparados com os perfis existentes no banco de dados, mas são retirados em caso de liberação no caso que deu origem à coleta de amostra biológica. No entanto, a lei não determina o destino das amostras após a elaboração do perfil genético, nem garante o automatismo na comunicação relativa à eliminação dos perfis.

Ao todo, a lei portuguesa, ao querer assegurar que direitos fundamentais dos cidadãos não sejam colocados em causa, pode ser considerada demasiado garantista e, como tal, acaba por limitar a eficácia da operacionalização do banco de dados genéticos. No caso brasileiro, por outro lado, o facto de se ter optado por uma lei relativamente genérica, coloca a descoberto a ponderação de direitos individuais e coletivos que serão analisados de forma discricionária pelos atores que tiverem que lidar casuisticamente com as situações. Contudo, é possível que aquilo que designamos por concepção “minimalista” da Lei 12.654/12 seja de certa forma adequada a um contexto de aplicação tão diversificado e contingente que só o fruto da experiência poderá revelar o alcance potencial utilidade do banco de dados de perfis genéticos no Brasil. Tendo em mente o eventual proveito que se poderia retirar do estudo comparativo com outras jurisdições, ressalta que a República Federativa do Brasil contém dilemas e problemas com um cariz muito próprio, sendo realçados os seus diversos contextos materiais e simbólicos que marcam o carácter “situado” da construção do banco de dados de perfis genéticos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o valioso contributo e a paciente disponibilidade de todos os entrevistados, bem como o financiamento no âmbito da cooperação bilateral Portugal-Brasil financiada pela FCT/CAPES (“Tecnologias de governabilidade

e investigação criminal: Ciência, política e controlo social”, ref. 2419-10364/13-7), coordenada por Helena Machado (Portugal), e por Claudia Fonseca (Brasil). Agradecemos ao Conselho Europeu de Investigação (European Research Council) pelo apoio parcial no âmbito do projeto liderado por Helena Machado, no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, intitulado “EXCHANGE - Geneticistas forenses e a partilha transnacional de informação genética na União Europeia: relações entre ciência e controlo social, cidadania e democracia” (ref: 648608).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYER, F. Material biológico de vítimas e vestígios de cenas ajudam a polícia a solucionar casos difíceis. **Estado de Minas**, Minas Gerais, 12 fev. 2013. Disponível em: < http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/02/12/interna_gerais,349905/material-biologico-de-vitimas-e-vestigios-de-cenas-ajudam-a-policia-a-solucionar-casos-dificeis.shtml>. Acesso em: 23 mar. 2016.

BRASIL. Lei nº 7.210/84, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 134, n. 248, 13 jul. 984, Seção 1, P. 10227.

BRASIL. Lei nº 12.037/09, de 1 de outubro de 2009. Dispõe sobre a identificação criminal do civilmente identificado, regulamentando o art. 5º, inciso LVIII, da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 out. 2009, P. 1.

BRASIL. Lei nº 12.654, de 28 de maio de 2012. Altera as Leis nos 12.037, de 1º de outubro de 2009, e 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal, para prever a coleta de perfil genético como forma de identificação criminal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012, Ano CXLIX Nº - 103.

BURNEY, I.; PEMBERTON, N. Making space for criminalistics: Hans Gross and fin-de-siècle CSI. **Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**, v. 44, n. 1, pp. 16–25, 2013.

CÉO, R. Com lei própria, DF tem apenas banco ‘informal’ de DNA de criminosos. **GLOBO G1 DF**, Distrito Federal, 29 mai. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2012/05/com-lei-propria-df-tem-apanas-banco-informal-de-dna-de-criminosos.html>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

COLE, S. **Suspect identities: A history of fingerprinting and criminal identification**. Harvard: Harvard University Press, 2001.

COLE, S.; DIOSO-VILLA, R. Should judges worry about the “CSI Effect”? **Court Review**, v. 47, pp. 16–27, 2011.

COLE, S.; LYNCH, M. The social and legal construction of suspects. **Annual Review of Law and Social Science**, v. 2, pp. 39–60, dez. 2006.

COSTA, S. Os constrangimentos práticos da investigação criminal em Portugal e suas repercussões na aplicabilidade da base de dados de ADN. In: MACHADO, H.; MONIZ, H. (eds.). **Bases de dados genéticos forenses: Tecnologias de controlo e ordem social**. Coimbra: Coimbra Editores, 2014. pp. 229–267.

DECISÃO 2008/615/JAI. **Decisão 2008/615/JAI do Conselho, de 23 de Junho de 2008, relativa ao aprofundamento da cooperação transfronteiras, em particular no domínio da luta contra o terrorismo e a criminalidade transfronteiras**. Jornal Oficial da União Europeia, L 210/1 - L 210/11, 2008.

DECISÃO 2008/616/JAI. **Decisão 2008/616/JAI do Conselho, de 23 de Junho de 2008, referente à execução da Decisão 2008/615/JAI, relativa ao aprofundamento da cooperação transfronteiras, em particular no domínio da luta contra o terrorismo e da criminalidade transfronteiras**. União Europeia. Jornal Oficial da União Europeia, L 210/12 - L 210/72, 2008.

ERICSON, R. V.; SHEARING, C. The scientification of police work. In: BÖHME, G.; STEHR, N. (eds.). **The knowledge society**. Dordrecht: D. Riedel, 1986. pp. 129–159.

FOLHA DE S. PAULO. SP terá banco genético para investigar crimes. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 1 set. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0109201010.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

FONSECA, C. A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA. **Estudos Feministas**, v. 12, n. 2, pp. 13-34, maio-ago. 2004.

FONSECA, C. Paternidade brasileira na era do DNA: a certeza que pariu a dúvida. **Cadernos de Antropologia Social**, v. 22, pp. 27-55, 2005.

FONSECA, C. Ciência e justiça: considerações em torno da apropriação da tecnologia de

DNA pelo direito. **Cadernos IHU ideias**, v. 190, pp. 3-15, 2013.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. 3.a edição ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 1973.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

HUEY, L. ‘I’ve seen this on CSI’: Criminal investigators’ perceptions about the management of public expectations in the field. **Crime, Media, Culture**, v. 6, n. 1, pp. 49–68, abr. 2010.

IRWIN, A.; WYNNE, B. Misunderstanding science: Social identities and –public uptake of science. **The Public Reconstruction of Science**, 1996.

JEFFREYS, A. J.; WILSON, V.; THEIN, S. L. Hypervariable “minisatellite” regions in human DNA. **Nature**, v. 314, n. March, pp. 67–73, 1985.

LEI 5/2008. **Aprova a criação de uma base de dados de perfis de ADN para fins de identificação civil e criminal**. Disponível em: <<http://dre.pt/pdf1s-dip/2008/02/03000/0096200968.pdf>> Acesso em: 23/04/2016.

LYNCH, M. et al. **Truth machine: The contentious history of DNA fingerprinting**. Chicago: University of Chicago Press, 2008.

MACHADO, H.; PRAINSACK, B. **Tecnologias que incriminam: Olhares de reclusos na Era do CSI**. Coimbra: Almedina, 2014.

MACHADO, H.; SANTOS, F. Culturas de objetividade, epistemologias cívicas e o suspeito transnacional. Uma proposta para mapeamentos teóricos em estudos sociais da genética forense. In: FONSECA, C. et al. (eds.). **Antropologia da ciência e da tecnologia: Dobras reflexivas**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2016. pp. 179–203.

MURPHY, E. The new forensics: Criminal justice, false certainty, and the second generation of scientific evidence. **California Law Review**, v. 95, n. 3, pp. 721–797, 2007.

NETO, J. **Banco de dados genéticos para fins criminais: Implicações jurídico-penais**. [s.l.] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

NEV-USP. **5o Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil 2001-2010**. São Paulo. 2012. Disponível em: <<http://www.usp.br/imprensa/wp-content/uploads/5%C2%BA-Relat%C3%B3rio-Nacional-sobre-os-Direitos-Humanos-no-Brasil-2001-2010.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

PEREIRA, G. L. A identificação criminal em face da nova lei 12.654/12: Breves apontamentos. **Revista Científica Electrónica do Curso de Direito**, v. 1, n. 2, pp. 1–13, 2012.

GOVERNO DE PORTUGAL. **Programa do XVII Governo Constitucional**, 2005. Disponível em: <<http://www.portugal.gov.pt/download.ashx?media=/media/464060/GC17.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2016.

RIBPG. **IV Relatório da Rede Integrada de Bancos de Perfis Genéticos. Dados estatísticos e resultados relativos a novembro de 2015**. Ministério da Justiça, maio 2016. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/ribpg/relatorio/iv-relatorio-da-rede-integrada-de-bancos-de-perfis-geneticos-maio-2016.pdf>>. Acesso em 29 ago., 2016.

RICHTER, V. **Identificação Genética e Crime: a introdução dos bancos de DNA no Brasil**. Tese de Doutorado apresentada no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 290 páginas, Porto Alegre, 2016.

SANTOS, F. Dimensões e impactos da ficção científica forense: Que efeitos CSI? **Configurações - Revista de Sociologia**, v. 8, pp. 109–124, 2011.

SANTOS, F.; COSTA, S.; MACHADO, H. A base de dados de perfis de DNA em Portugal: Questões sobre a sua operacionalização. In: COSTA, S.; MACHADO, H. (eds.). **A ciência na luta contra o crime: Potencialidades e limites**. Vila Nova de Famalicão: Húmus, 2012. pp. 99–118.

SANTOS, F.; MACHADO, H.; SILVA, S. Forensic DNA databases in European countries: Is size linked to performance? **Life Sciences, Society and Policy**, v. 9, n. 12, pp. 1–13, 2013.

SCHIOCCHET, T. ET AL. **Banco de perfis genéticos para fins de persecução criminal**. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

VAN CAMP, N.; DIERICKX, K. **National forensic DNA databases – Socio-ethical challenges and current practices in the EU**: European Ethical - Legal Papers N°9, 2007.

WALLACE, H. et al. Forensic DNA databases: Ethical and legal standards - A global review. **Egyptian Journal of Forensic Sciences**, v. 4, n. 3, pp. 57–63, jun. 2014.

WILLIAMS, R.; JOHNSON, P. Inclusiveness, effectiveness and intrusiveness: Issues in the developing uses of DNA profiling in support of criminal investigations. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 33, n. 3, pp. 545–558, 2005.



(CRIO)PRESERVAR A VIDA: SIGNIFICADOS DE FAMÍLIA, PARENTALIDADE E RESPONSABILIDADE

SARA MATOS

Mestre em Crime, Diferença e Desigualdade (2015) pela Universidade do Minho. Doutoranda do programa “Governança, Conhecimento e Inovação” (Faculdade de Economia e Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra). As suas principais áreas de investigação focam-se nos estudos sociais da ciência e da tecnologia, em particular, nas dimensões da biocidadania presentes nas ciências da vida e nas ciências forenses.

HELENA MACHADO

Investigadora Coordenadora do Centro de Estudos Sociais. Doutorada em Sociologia (2003) pela Universidade do Minho. Os seus interesses de pesquisa centram-se na sociologia do crime e nos estudos sociais da genética forense, em particular as tecnologias genéticas de governo no campo forense e médico. O seu trabalho é apoiado pelo Conselho Europeu de Investigação (ERC), um dos mais prestigiados e competitivos financiamentos para investigação científica de excelência em espaço europeu.

RAFAELA GRANJA

Investigadora do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Doutorada em Sociologia (2015) pela Universidade do Minho. As suas principais áreas de investigação focam-se na governabilidade da criminalidade, estudos prisionais, relações familiares e parentais, estudos de género, e, mais recentemente, nos estudos sociais da ciência e tecnologia, em particular nos mecanismos tecnológicos utilizados para vigiar “populações criminais”.

1. INTRODUÇÃO

As células estaminais, também chamadas células precursoras ou células mãe, são células com capacidade para darem origem às células especializadas que constituem os tecidos e órgãos do corpo humano. As características das células estaminais permitem a reparação de tecidos danificados e a substituição das células que vão morrendo, apresentando, por isso, um potencial clínico assinalável no tratamento de diversas doenças. Entre as diversas fontes de células estaminais, as células do cordão umbilical, passíveis de serem colhidas após o parto, têm recebido atenção crescente da comunidade científica pela alegada maior aceitabilidade no grau de compatibilidade entre dador e doente. A criopreservação de células do cordão umbilical – processo que as permite conservar em baixas temperaturas, por longos períodos de tempo, sem que supostamente percam a sua viabilidade – permite que as mesmas sejam utilizadas pelo próprio dador, por algum familiar ou outro doente compatível, no tratamento de várias doenças.

Embora não haja opiniões consensuais sobre a eficácia das células estaminais do cordão umbilical, através do transplante hematopoético, vários estudos científicos sugerem elevadas potencialidades terapêuticas em doenças como leucemia, linfomas, certas anemias, mieloma múltiplo, hemoglobinopatias e imunodeficiências. É ainda muito ativa a pesquisa científica na exploração de possíveis terapias com células do cordão umbilical no âmbito da medicina regenerativa, nomeadamente, em doenças neurodegenerativas, diabetes e em doenças cardiovasculares (FABRÍCIO, 2012).

Para se proceder à criopreservação do sangue do cordão umbilical é necessário recorrer a um banco específico para este tipo de material biológico. Atualmente, existe um número significativo de bancos de sangue do cordão umbilical por todo o Mundo, sendo que estes podem ser entidades de natureza pública ou privada. A tendência geral é para uma maior expansão dos bancos privados em detrimento de bancos públicos, sobretudo por motivos económicos e pelo atual contexto de racionalização de recursos na área dos serviços de saúde pública. De facto, é consideravelmente oneroso o investimento na criação e expansão de bancos públicos de sangue de cordão umbilical, de acesso gratuito e universal. Não só em termos do investimento em recursos humanos e tecnológicos diretamente associados a um banco público, mas também por toda a estrutura de reestruturação dos serviços de obstetrícia e de apoio perinatal que seriam exigidos para a recolha e acondicionamento do sangue do cordão umbilical e treino de pessoal devidamente especializado nesse tipo de procedimentos (ARMSON; ALLAN; CASPER, 2015).

Os conselhos de bioética de vários países e vários agentes da comunidade médica e científica têm vindo a demonstrar acentuadas preocupações com a proliferação de empresas privadas que atuam no campo da criopreservação de cordão umbilical. Entre as questões suscitadas, destacam-se argumentos diversos, nomeadamente: o custo financeiro da criopreservação para as famílias; promoção de terapias “irreais” com intuítos meramente comerciais e visando o lucro; a frequente ausência de monitorização da informação que é passada às famílias; o escasso controlo de qualidade dos procedimentos técnicos; e, por fim, a potencial inviabilização ou retração da solidariedade social presente num banco público, e que é materializada através da doação gratuita e voluntária da amostra criopreservada (SEQUEIROS; NEVES, 2012).

Outros aspectos recorrentemente discutidos na literatura no campo da bioética em relação à criopreservação do cordão umbilical dizem respeito à necessidade de assegurar procedimentos eticamente adequados e justos no recrutamento de doadores para bancos públicos; a necessidade de definição de políticas públicas de regulação e acreditação de todos os bancos de criopreservação de cordão umbilical – sejam eles públicos ou privados –; a importância da regulação e monitorização das práticas de definição de preços de serviços por parte de empresas privadas; e, ainda, a promoção da transparência e de boas práticas de transmissão de informação sobre os reais benefícios e os riscos inerentes (VENTURA, 2011; GEORGIA, 2006; WALDBY, 2006).

O presente texto não se debruçará sobre os desafios éticos referentes à existência de bancos privados e públicos de criopreservação de sangue de cordão umbilical. Adotando uma perspectiva metodológica assente numa abordagem de tipo interpretativo e compreensivo (CHARMAZ, 2009; GLASER; STRAUSS, 1967; STRAUSS; CORBIN, 1990), procuraremos antes compreender de que forma o objeto biológico “sangue de cordão umbilical” é mobilizado numa rede sócio-técnica (CALLON, 1986; LATOUR, 2005) que, entre outros aspectos, confere determinados sentidos à família e à parentalidade.

Para este efeito, socorremo-nos de dois conceitos: o conceito de bio-objecto e o conceito de parentalidade intensiva. O conceito de bio-objecto entrou recentemente no léxico dos estudos sociais da ciência e tecnologia (VERMEULEN; TAMMINEN; WEBSTER, 2012), não obstante derivar da “tese” da genética ou molecularização da sociedade já amplamente debatida neste campo do saber (cf. KNORR-CETINA, 1999; ROSE, 2006). Serve este dispositivo conceptual para mapear as dinâmicas e construções de sentidos e significados atribuídas à vida (e/ou “não vida”) nas suas vertentes materiais, políticas, culturais e institucionais (WEBSTER, 2012), caracterizando-se por uma considerável fluidez e mobilidade ao longo de diferentes arenas sócio-técnicas. O sangue do cordão umbilical e os processos

sociais, culturais e políticos associados à sua criopreservação tornam-se, assim, um repositório ou um elemento intermediário entre inovação científico-tecnológica e múltiplos ou mesmo contraditórios sentidos que se vão construindo e emergindo à medida que este bio-objecto circula em diferentes sectores da sociedade.

O conceito de “parentalidade intensiva” (FAIRCLOTH; MURRAY, 2015; HAYS, 1996), tem vindo a ser cada vez mais disseminado na cultura popular, nos discursos de especialistas e em políticas sociais (NICOLSON, 1993; FUREDI, 2002). Este modelo ideológico prescreve como e em que condições os pais devem criar o(s) filho(s), assumindo que a parentalidade deve ser exercida no seio de uma estrutura nuclear de família – entendida como um casal heterossexual, preferencialmente casado com filhos – e com base na divisão sexual do trabalho. No âmbito deste modelo de construção social dominante da parentalidade os pais, e em particular as mães, devem assumir total responsabilidade pelo desenvolvimento infantil e exercer cuidados de forma a maximizar o potencial do(s) filho(s). Entendendo as crianças como altamente vulneráveis aos crescentes riscos da sociedade moderna, os pais afiguram-se como os principais responsáveis por assegurar o seu bem-estar através de apoio especializado (FUREDI, 2002).

A parentalidade engloba, assim, uma ampla gama de deliberações, decisões e tomadas de posição ao nível da gestão de riscos que não eram previamente consideradas como uma dimensão relevante deste papel social (LEE; MACVARISH; BRISTOW, 2010). Subjacente a este modelo encontra-se o pressuposto de que o exercício da parentalidade “responsável” irá gerar crianças felizes, saudáveis e bem-sucedidas e, por oposição, modelos alternativos de parentalidade irão gerar filhos com problemas de saúde e desviantes (LEE, 2008; STURGES; HANRAHAN, 2011). Neste contexto, a criopreservação do cordão umbilical emerge como uma forma de os pais assumirem responsabilidade e agirem proactivamente na forma como gerem os riscos omnipresentes na vida do(s) filho(s) através da integração de conhecimentos e tecnologias especializadas, legitimados pela autoridade epistémica da ciência.

Numa primeira parte deste texto, começaremos por descortinar os sentidos atribuídos à família no contexto do debate público em Portugal sobre a criação de empresas privadas de criopreservação do sangue do cordão umbilical. Numa segunda parte, analisaremos a publicidade promovida pelas empresas privadas com o objectivo de recrutar famílias para recolha e armazenamento de amostras de sangue de cordão umbilical. O nosso objetivo é, deste modo, perceber de que formas os sentidos atribuídos a um artefacto biológico, em que as fronteiras entre orgânico e inorgânico, vida e não vida, potencial real e irreal, se cruzam e se enredam em sentidos e expectativas dirigidos a “ser mãe e pai” e “família” num contexto em que a biotecnologia invadiu a sala de parto e criou a pressão emocional para fazer um “seguro de vida” (contra doenças futuras) para o(s) filho(s).

2. CRIOPRESERVAÇÃO DE CORDÃO UMBILICAL EM PORTUGAL: BANCOS PRIVADOS E DILEMAS ÉTICOS

Em Portugal, similarmente ao que se verificou em países em diversas partes do mundo, o primeiro banco de criopreservação de sangue do cordão umbilical (SCU) foi estabelecido pelo sector privado: a empresa *Crioestaminal*, em 2003. Segundo dados recentes da Direção Geral de Saúde (Departamento da Qualidade na Saúde), existem no país seis bancos privados devidamente creditados e cujo funcionamento foi autorizado pela Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST). Todos os bancos de criopreservação de SCU são regidos pela Lei 12/2009, de 26 de Março, e pela Lei n.º 1/2015, de 8 de Janeiro, que regulam o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana.

Em Portugal, existe igualmente um banco público de SCU, estabelecido em 2009 (Despacho do Ministério da Saúde n.º 14879/2009, de 2 julho), intitulado LUSOCORD. O banco público teve como finalidade o aumento tanto nacional como internacional de unidades de sangue do cordão com uma distribuição de tipagem HLA (*Human Leucocyte Antigens*) correspondente à população portuguesa, sendo que os seus princípios vão ao encontro dos restantes bancos públicos mundiais – altruísmo, gratuidade, confidencialidade e créditos de qualidade máxima (SEQUEIROS; NEVES, 2012, p. 9). Contudo, o LUSOCORD tem conhecido sucessivas dificuldades de implementação e desenvolvimento, não dispondo, inclusive, de um *site* com informação para potenciais doadores e o público em geral.

Se por um lado, tem sido consensual na comunidade científica que é importante continuar a explorar as potencialidades clínicas atuais e futuras das utilizações de sangue de cordão umbilical, por outro lado, são complexas as questões éticas e sociais que esta tecnologia suscita. O maior enfoque nos desafios éticos converge para os objetivos e formas de atuação das empresas privadas. Um dos aspectos que se salienta nas controvérsias diz respeito à “privatização” ou vocação para servir necessidades individuais dos doadores, em detrimento de princípios de doação solidária para o bem comum (BUSBY, 2010). Um segundo aspecto refere-se à tendência para a promoção de uma “economia da esperança”, que promove expectativas de terapias irreais (como por exemplo, a terapia regenerativa) com finalidades de obter lucros, socorrendo-se, para tal, de mecanismos publicitários e de informação divulgada junto do público cuja fundamentação científica é duvidosa.

Em Portugal, o debate em torno destas questões ganhou contornos de polémica acesa, no seio da comunidade médica, em crítica aberta em relação às formas de atuação das empresas privadas de SCU. Renomados médicos, membros do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, apelaram, em parecer técnico, a considerar-se

a possibilidade de intervenção de uma entidade de supervisão ou fiscalizadora da qualidade da informação divulgada no caso específico de utilização de material biológico humano (SEQUEIROS; NEVES, 2012, p. 26-27).

Uma posição de crítica vincada à “publicidade enganosa” promovida por empresas privadas foi publicamente assumida, em 2012, pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação que, para validar cientificamente e publicamente as suas posições, solicitou opinião a peritos externos sobre a “utilidade” de células do cordão umbilical, com o intuito de esclarecer os cidadãos e futuros pais. A argumentação utilizada por esta entidade para abertamente contestar a utilidade da criopreservação de sangue de cordão umbilical ofertada por empresas privadas, cinge-se a quatro aspectos principais, que analisaremos de seguida: (1) a necessidade de distinguir entre uso “autólogo” e uso “dirigido”; (2) desvalorização do potencial clínico e de benefícios futuros para a saúde dos dadores e/ou seus familiares; (3) questões de ordem económica; (4) problemas de ordem ética.

Nas advertências aos cidadãos e potenciais utilizadores de serviços de criopreservação de sangue de cordão umbilical, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) começa por esclarecer que esta utilização é já prática reconhecida e validada pelas instituições públicas de saúde em Portugal, tratando-se, enquanto tal, de um uso “legítimo”, de acesso gratuito às famílias:

Se se considerar como uso dirigido a colheita e armazenamento de células estaminais do sangue do cordão umbilical (SCU) no contexto familiar em que existe um doente com indicação atual ou eventual para alotransplante de células hematopoiéticas, sendo o exemplo mais frequente o caso de uma família em que há uma criança com o diagnóstico de uma neoplasia hemato-oncológica, **esse processo é justificável** e tem sido praticado em Portugal pelos Institutos Portugueses de Oncologia de Lisboa e do Porto, **não decorrendo daí quaisquer encargos para as famílias**. (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, s.d) (Grifos das autoras).

No mesmo comunicado público, o IPST enuncia um outro tipo de utilização – o uso autólogo – enquanto prática movida unicamente por intuítos comerciais, condenável por não haver quer indicação terapêutica atual ou prova de benefício terapêutico futuro:

A criopreservação para uso autólogo é promovida por empresas comerciais, que vendem esse serviço às famílias, na **ausência de qualquer indicação para aplicação terapêutica** na altura da colheita, baseando-se nos benefícios de uma **eventual utilização futura**, que poderá igualmente beneficiar outro membro da família imediata (irmão) caso se venha a verificar uma doença com indicação (...) Assim, enquanto **a criopreservação familiar dirigida não levanta questões morais, sociais e éticas**, excetuando-se a inapropriedade de conceções de filhos para efeitos exclusivos de dádiva dirigida, o procedimento autólogo numa **família “a priori” saudável é controverso, não sendo claramente suportado pela evidência clínica atualmente disponível**. (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, s.d) (Grifos das autoras).

No desenvolvimento da argumentação do IPST – que aqui podemos considerar como agente representativo de ideologias e valores construídos e promovidos pela comunidade médica e clínica associada à defesa de serviços públicos de saúde – encontramos uma determinada visão da família e do seu papel na proteção e manutenção da qualidade e segurança da saúde dos seus elementos. Quando, no extracto anterior, o IPST afirma peremptoriamente que não é apropriado que as famílias gerem filhos “para efeitos exclusivos da dádiva dirigida”, esse olhar sobre a família reflete também todo um ideário da “unidade familiar”, que não deve ser manipulada por interesses comerciais mas que também não se deve auto-instrumentalizar. A preocupação com a “proteção” dos supremos interesses das famílias prossegue na colocação da questão da utilidade e benefício da criopreservação de cordão umbilical:

A questão que aqui se coloca é simples: é útil e benéfico para as famílias procederem à criopreservação do sangue de cordão umbilical dos seus filhos? A resposta é, no entanto, mais complexa e deve ser abordada tendo em conta (...) [que] **a principal motivação para uma família optar pela conservação do SCU prende-se com a noção de que está a oferecer à criança um “seguro biológico”**. (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, s.d) (Grifos das autoras).

A resposta do IPST aos potenciais benefícios presentes e futuros desta tecnologia é peremptória, referindo a elevada raridade em que a criopreservação do sangue de cordão umbilical possa ter benefícios tanto para idades pediátricas como para fases de vida adulta. Na sustentação da argumentação, esta instituição médica socorre-se da quantificação e referências à (ausência) de prova científica, como forma de reforçar – moral e politicamente – a sua posição em relação a esta matéria (PORTER, 1995; SEQUEIROS; NEVES, 2012):

Considerando, portanto, todas as situações em que o transplante autólogo de SCU poderá ser utilizado em idade pediátrica, a **probabilidade** de tal vir a acontecer (...) rondará (...) quatro transplantes por cada milhão de unidades conservadas.

Em relação ao potencial de utilização noutras áreas, nomeadamente na chamada medicina regenerativa, poderão surgir utilizações no futuro nomeadamente em cardiologia, neurologia e diabetes. Trata-se, no entanto, de **hipóteses por enquanto especulativas, que no estado atual dos conhecimentos não justificam a criopreservação** autóloga de SCU para utilização na idade adulta. (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, s.d) (Grifos das autoras).

O IPST desenvolve a sua declaração pública com um visível enfoque em torno dos riscos das práticas desenvolvidas por empresas privadas no campo da criopreservação de sangue do cordão umbilical. A este respeito, tecem-se reiteradas considerações sobre os perigos da publicidade enganosa, apelando-se a ações de veiculação de mais informação e de melhor qualidade junto das famílias. A imagem da família que procura estes tipos de serviços fornecidos por empresas privadas é, deste modo, uma concepção de família que necessita de proteção face a estratégias comerciais pouco escrupulosas, num contexto em que, considerando os custos económicos da criopreservação de cordão umbilical em bancos privados, haverá mais custos e riscos do que reais benefícios. A solução passa, de acordo com a argumentação veiculada pelo IPST, no acesso das famílias à informação escrutinada por instituições científicas e entidades públicas. Podendo-se, então, almejar a conseguir conjugar o direito civil à liberdade individual e familiar com a necessidade de um consentimento balizado pelo apoio informativo científico.

Importa pois considerar o **rigor da informação** fornecida pelos bancos privados aos futuros pais e, na medida do possível, avaliar o **grau de compreensão** dos mesmos relativamente a essa informação. As famílias são aconselhadas a ponderarem a publicidade que é feita e são alertadas para o risco de **publicidade enganosa** que as autoridades perseguem.

(...) tendo em conta os **preços atualmente praticados pelas empresas privadas** que desenvolvem a sua atividade nesta área, é difícil justificar, com base na **relação custo/benefício**, este tipo de procedimentos. No entanto, a decisão final será sempre do foro familiar, não sendo no entanto aceitável a **ausência de transparência e publicidade enganosa** muitas vezes praticada pelos promotores. Deverá ser respeitada a **liberdade de escolha, baseada no conhecimento informado apoiado no conhecimento científico atual**. Reforça-se assim a importância da revisão regular deste mesmo conhecimento. (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, s.d) (Grifos das autoras).

O IPST finaliza o seu comunicado público salientando as objeções éticas às práticas de publicidade desenvolvidas por empresas privadas de criopreservação de sangue do cordão umbilical, referindo, em concreto, os seguintes problemas: questões de proteção das amostras e propriedade do material biológico; desigualdade no acesso a estes serviços; aproveitamento da sensibilidade emocional dos pais e pressão para a compra do serviço; e, por fim, uma vez mais, uma posição clara que, face ao estado atual da ciência, não existem benefícios em relação à criopreservação para uso próprio (autólogo).

As empresas que atuam nesta área devem igualmente fornecer aos seus clientes informação referente ao **armazenamento e segurança das unidades no caso de insolvência ou suspensão da sua atividade**, já que a **propriedade** das unidades colhidas por estes bancos deve manter-se em quem fez o depósito.

(...) Há duas **objeções éticas** a considerar: o aproveitamento de uma maior **sensibilidade emocional** dos pais da criança, que legitimamente quererão o melhor para o seu filho e a **desigualdade de acesso** condicionada pelas condições económicas das famílias.

Quando a questão é colocada acerca do **interesse real** da criopreservação do sangue de cordão umbilical, é **dever dos especialistas dar uma resposta clara** (...) Sendo uma **opção de caráter familiar e privada**, o IPST esclarece que o **potencial benefício**, para o próprio ou um irmão(ã), é na verdade, no momento atual, quase **residual** e geralmente **inexistente**. (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, s.d) (Grifos das autoras).

Os comités de ética de vários países têm-se mostrado preocupados com a possível manipulação emocional dos pais durante um período de ansiedade, explicado pela proximidade do parto do(s) filho(s). O discurso emotivo e afetivo de esperança pode ser entendido como um facilitador dos processos de recrutamento de clientes, por parte das clínicas privadas, assente na vulnerabilidade emocional que advém de um momento de grande ansiedade e insegurança sobre as responsabilidades dos pais para o futuro dos seus filhos.

A “capitalização da biologia” a que se tem assistido nos últimos anos (BROWN, 2013; BROWN; KRAFT, 2006) e a subsequente expansão de empresas privadas podem ser enquadradas no âmbito de mudanças estruturais gerais orientadas para uma maior expansão de serviços privados de saúde em paralelo com uma retração dos serviços públicos. A crescente privatização de biobancos é acompanhada pela passagem da propriedade pública e partilhada de um recurso coletivo para a privatização do armazenamento de tecidos, neste caso, o sangue do cordão umbilical, para uso pessoal do dador (e de sua família) em troca da obtenção de lucros comerciais da parte da entidade que detém a amostra biológica.

3. COMERCIALIZANDO A VIDA E A SEGURANÇA: OS SITES DE EMPRESAS PRIVADAS DE CRIOPRESERVAÇÃO

Analisando as estratégias publicitárias *online* de empresas privadas que oferecem serviços de criopreservação de cordão umbilical em Portugal, visa-se agora compreender os sentidos e significados atribuídos às células estaminais. Em particular, procura-se explorar a (re)construção deste bio-objeto em redes de significação que gravitam em torno de conceitos de família, parentalidade e responsabilidade. Entre as interrogações que orientam a análise destacam-se: quais as estratégias de que se socorrem as empresas privadas de criopreservação para captar a atenção dos seus potenciais utilizadores? Que métodos de diferenciação utilizam? Que elementos narrativos e visuais surgem nas estratégias publicitárias? De que forma o discurso biomédico e a biotecnologia se entrecruzam com elementos culturais associados ao conceito de “responsabilidade” parental, individual e social e ao género feminino e masculino?

A estratégia metodológica consistiu na análise de conteúdo de texto escrito e de imagens encontradas nos *sites* das entidades privadas de criopreservação do sangue do cordão umbilical a funcionar em Portugal. Optou-se por restringir a análise ao conjunto de entidades que constavam no *Relatório sobre os bancos de sangue do cordão umbilical, tecido do cordão umbilical e placenta*, apresentado em 2012 pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida¹ (SEQUEIRO; NEVES, 2012). A análise de conteúdo incidiu, assim, sob os *sites* das entidades privadas Bebé Vida², Crioestaminal, Saúde e Tecnologia, SA³; *Cytothera*⁴; *Future Health*⁵; *Biosskin Molecular and Cell Therapies*, SA (Criovida)⁶; e, por fim, Bioteca⁷.

Após uma análise exploratória dos elementos narrativos e visuais apresentados nos *sites*, definiram-se dois principais temas, que, não sendo mutuamente exclusivos, se articulam entre si, evidenciando dimensões relevantes dos conteúdos apresentados pelas empresas privadas de criopreservação. O primeiro diz

(1) Exclui-se da análise o Instituto Valenciano de Infertilidade – Clínica de Reprodução Assistida, Lda por o site não apresentar dados sobre criopreservação.

(2) Para mais informações, ver: <http://bebevida.com/pt/>

(3) Para mais informações, ver: <http://www.crioestaminal.pt/>

(4) Para mais informações, ver: <https://www.cytothera.pt/>

(5) Para mais informações, ver: <http://www.futurehealthbiobank.pt/>

(6) Para mais informações, ver: <http://www.criovida.pt/>

(7) Para mais informações, ver: <http://www.bioteca.pt/home>

respeito a lógicas mercantis, assentes numa base de competição que visa o recrutamento de clientes para determinada empresa. Mesmo apresentando estratégias de diferenciação entre si, as empresas de criopreservação evidenciam relativa homogeneidade em determinados conteúdos. A este nível destacam-se os critérios de adesão necessários para usufruir do contrato com as entidades; os descontos, promoções e passatempos apresentados e a retórica argumentativa utilizada para incitar a escolha fundamentada de determinada empresa. A segunda dimensão de análise concerne aos significados e sentidos atribuídos pelas empresas privadas à criopreservação através de textos, *slogans* e imagens.

A análise demonstra que a argumentação apresentada se inscreve numa lógica de hiperbolização dos benefícios e potenciais usos futuros das células estaminais, acompanhada por uma suavização dos seus potenciais riscos e limitações. No seu conjunto, estes elementos traduzem uma coreografia narrativa e visual que é utilizada pelas empresas para alertarem os futuros pais – ou mesmo apenas a mãe – para a necessidade de tomar uma posição proactiva na proteção do futuro do(s) filho(s). Compostos por uma conjugação complexa e híbrida de elementos emocionais, morais, tecnológicos e científicos, os conteúdos são montados de forma a projetar ideários de parentalidade responsável através da possibilidade de alcançar a qualidade e excelência na saúde e na “vida” por via da ciência e tecnologia.

4. EM PROL DE UMA ESCOLHA: CONVERGÊNCIA DE ARGUMENTOS CIENTÍFICO-TECNOLÓGICOS E ECONÓMICOS

A análise comparativa dos conteúdos dos *sites* das empresas privadas revela tendências semelhantes. Desde logo, os critérios de adesão exigidos são similares e passam maioritariamente pela realização de determinadas análises clínicas à mãe para deteção de doenças específicas que permitem discernir sobre a presença de Hepatite B, Hepatite C, HIV I e II, Sífilis e, ainda, CMV16 (citomegalovírus). Por vezes, são também pedidos aos pais registos de histórico familiar de doenças.

A maioria das empresas tende também a apresentar promoções permanentes. Geralmente estas envolvem descontos nos preços de alguns ou todos os planos de criopreservação disponíveis⁸, na segunda criopreservação do casal, no

(8) A título de exemplo: Opção A: Sangue do cordão (processamento convencional); Opção B: Sangue do cordão (processamento avançado)

nascimento de gémeos ou trigémeos e, ainda, oferta de vales de desconto perante a indicação da clínica a amigos/conhecidos. De forma complementar, são também apresentadas condições especiais de pagamento através de protocolos com ordens de profissionais, designadamente médicos veterinários e engenheiros, e parcerias com diversas seguradoras e empresas. Estas parcerias abarcam empresas de diversos ramos que compreendem desde instituições bancárias, associações ligadas à área da saúde, e câmaras municipais até empresas de construção, tecnologia e distribuição e clubes de futebol.

Existem também outros tipos de incentivos, de cariz temporário, que oferecem determinados bens ou serviços. Geralmente, as campanhas incluem reduções de preços relacionados com a criopreservação (designadamente através da oferta do *KIT* de recolha ou da primeira contribuição monetária para o fundo de criopreservação) e/ou a oferta de instrumentos e serviços associados ao período perinatal (como intercomunicadores, almofadas, cadeiras, cremes, localizadores e sessões fotográficas específicas para recém-nascidos). Estes tipos de objetos são, normalmente, credibilizados pela apresentação dos preços nos *sites* e pela indicação específica dos conhecimentos especializados que integram.

Algumas empresas apresentam também passatempos e ofertas temáticas. A este respeito destaca-se a oferta do valor total da criopreservação através da participação no passatempo promovido no âmbito da corrida “Sempre Mulher” ou pela criação de uma frase criativa que inclua o nome da empresa e os termos “criopreservação” e “confiança”. De forma alusiva ao S. Valentim, uma das empresas oferece também um *pack* de uma noite e jantar para duas pessoas.

O processo de seleção e angariação de clientes, traduzido em critérios de adesão específicos, apresentação de ofertas consideradas úteis para os futuros pais e oferta de incentivos, veicula sentidos e significados específicos e complementares sobre género, parentalidade e determinados ideais de família. Em primeiro lugar, sublinha-se a forma como apenas as mulheres são sujeitas a processos de vigilância biomédica através da realização de análises específicas que, ao excluírem a figura masculina, secundarizam o papel do pai no processo de procriação. Este tipo de raciocínio tanto reproduz concepções sociais dominantes que atribuem à mãe um papel preponderante na parentalidade, como implica um escrutínio societal mais vasto dirigido à maternidade e à monitorização das mães do que à paternidade (COLLIER; SHELDON, 2008; MACHADO, 2004; FONSECA, 2004). Em segundo lugar, destacam-se imagens subjacentes de que o cliente tipo das empresas de criopreservação é pertencente a grupos profissionais com formações avançadas e de classe média-alta e está envolvido num relacionamento amoroso que beneficiaria de uma “fuga romântica” ofertada pela empresa. Em terceiro lugar, evidencia-se como as representações veiculadas apresentam práticas inscritas em modelos

de parentalidade dominantes. Colocando nos pais, e em particular, nas mães o *locus* da responsabilidade pelo desenvolvimento infantil, as mensagens veiculadas enfatizam a necessidade de recorrer a conhecimentos especializados ao nível dos cuidados perinatais (FUREDI, 2002), traduzidos, por exemplo, em instrumentos, objetos e serviços ofertados pelas empresas de criopreservação. Por fim, e de forma paralela, ao nível dos passatempos, evidencia-se também um esforço no sentido de associar a recolha e armazenamento de células estaminais à confiança em determinada empresa, promovendo assim, uma sensação de segurança juntos dos pais depositantes em relação à sua escolha.

Não obstante os critérios de adesão e os tipos de serviços apresentados serem semelhantes, as empresas privadas de criopreservação inscrevem-se numa lógica de concorrência comercial que visa a diferenciação em prol da angariação de clientes. Desse modo, as empresas privadas de criopreservação procuram destacar a inovação científico-tecnológica dos seus produtos; realçar a qualidade, a segurança e acessibilidade dos seus serviços; e salientar a solidez económica e responsabilidade social que pautam o seu trabalho. De forma a evidenciar o investimento na inovação científico-tecnológica, as empresas apresentam frequentemente argumentos nos *sites* que remetem para a sua posição pioneira no campo da criopreservação em contexto nacional, para a eficiência comprovada das tecnologias que utilizam (geralmente evidenciada através de casos de amostras que foram resgatadas para tratamento terapêutico) e ainda para a participação em pesquisas científicas no campo biomédico. Estes elementos são geralmente acompanhados da comprovação da certificação da qualidade e segurança dos laboratórios e profissionais através da creditação por unidades tanto nacionais (a título de exemplo, a DGS – Direção Geral de Saúde) como internacionais. Em paralelo, em alguns casos, é ainda destacada a existência de seguros para as amostras criopreservadas, o registo dos *KITS* de recolha na Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) e a qualidade das equipas de trabalho. De forma a adaptarem-se às necessidades dos potenciais clientes, as empresas destacam também o carácter permanente dos seus serviços. Esta acessibilidade é traduzida em laboratórios que se encontram abertos todos os dias, serviços de apoio aos clientes que funcionam 24h durante todo o ano e no transporte gratuito e imediato no resgate de uma amostra criopreservada.

Para além de procurarem apresentar ofertas economicamente apelativas, as clínicas privadas de criopreservação apresentam também nos seus *sites* premissas relacionadas com a solidez financeira da empresa, com a existência de facilidades ao nível do pagamento através de prestações sem juros e com a possibilidade de serem facultados apoios económicos aos casais em casos de tratamentos terapêuticos. Um último fator de diferenciação destacado pelas empresas diz respeito às contribuições para instituições de solidariedade social e para a Associação Portu-

guesa de Portadores de Trissomia 21, criando assim a ideia de que a criopreservação nessa empresa não só garante um “seguro de vida” para o(s) filho(s) mas pode também contribuir para o bem comum ao ajudar pessoas mais carenciadas e com problemas de saúde. Esta tomada de posição por parte de empresas privadas permite, mesmo que de forma limitada, mitigar argumentos que retratam a criopreservação em empresas privadas como opções não concordantes com os princípios da doação solidária de tecidos biológicos.

A análise de conteúdos dos *sites* na dimensão mercantil evidencia, assim, uma convergência de argumentos científico-tecnológicos e económicos que visam legitimar e credibilizar a atividade das empresas privadas de criopreservação com vista a auxiliar o processo de angariação de clientes. Destacando a qualidade dos serviços, os padrões de segurança e as ofertas em prol do bem-estar da(s) criança(s) e dos pais, as empresas procuram potenciar sentimentos de confiança, segurança e comodidade por parte dos potenciais clientes. Contudo, conforme se verá de seguida, ao colocarem a tónica dominante na hiperbolização dos benefícios da criopreservação, as empresas inscrevem-se numa lógica que, por um lado, enfatiza a obrigação moral de preservar e defender a vida do(s) filho(s) e por outro, neutraliza os intuitos lucrativos em que a sua atuação se baseia.

5. SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA CRIOPRESERVAÇÃO: MODELOS DE PARENTALIDADE E DE DIFERENÇAS DE GÉNERO

Os conteúdos narrativos e visuais apresentados nos *sites* das empresas privadas de criopreservação em Portugal veiculam sentidos e significados específicos sobre os alegados benefícios da criopreservação para fins autólogos. Em geral, todos os *sites* explicam, através de uma linguagem simples e acessível, e com auxílio de esquemas ou vídeos, o processo da criopreservação e os seus atuais e potenciais benefícios e utilizações. Entre as principais vantagens apresentadas elencam-se a facilidade e o carácter indolor da colheita; os baixos riscos de saúde inerentes à criopreservação; a disponibilidade imediata das células para uso familiar; e sobretudo as atuais e futuras possibilidades de tratamento e intervenção. Em particular, são apresentadas hipóteses de as células estaminais poderem, num futuro próximo, servir como tratamento a doenças que são alvo de grande preocupação no domínio público, designadamente: *Alzheimer*, *Parkinson*, esclerose múltipla, doenças cardiovasculares e diabetes.

Apenas um dos *sites* apresenta como potenciais limitações à criopreservação o facto de as células estaminais implicarem um maior tempo de recuperação hematológica após o transplante, quando comparado com a medula óssea ou o sangue periférico, e a possibilidade do número de células estaminais recolhidas ser inferior ao necessário para um tratamento. Não obstante a apresentação de limitações, a narrativa é, ainda assim, construída de forma a deslocar das empresas a responsabilidade de eventuais falhas ao nível da criopreservação. Explicando que estes tipos de problemas podem dever-se ao baixo volume de sangue existente no cordão umbilical, a empresa em questão destaca o empenho e investimento no desenvolvimento de tecnologias que permitam colmatar estas lacunas.

Evidencia-se, assim, nas mensagens veiculadas pelas empresas privadas de criopreservação, uma “hiperbolização dos benefícios”, ou seja, uma efabulação dos possíveis tratamentos realizados com sangue do cordão umbilical (SEQUEIROS; NEVES, 2012, p. 26-27), acompanhada de uma suavização dos potenciais riscos e limitações associadas. Nesse tipo de conteúdos veiculados ao grande público, verifica-se, ainda, uma “produção calculada” de ambiguidade entre o que podem ser os resultados futuros e as possibilidades atuais, tendo como consequências o recrutamento de clientes assente em argumentos e informações “otimistas e desproporcionadas” que não tendem a ir de encontro aos dados atuais de investigação (SEQUEIROS; NEVES, 2012, p. 26-27). A criopreservação por parte de empresas privadas é, assim, apresentada como uma panaceia para resolver diversos problemas de saúde que preocupam a sociedade atual, mesmo que os argumentos científicos em que assenta sejam ancorados numa “economia da esperança” que apresenta claras lacunas face às aplicações viáveis atualmente. Neste contexto, os consumidores deste tipo de serviços de saúde são vistos como investidores na “medicina imaginária”. Por outras palavras, pais e mães que optam pelo armazenamento privado de células estaminais não investem de acordo com a eficácia real dos tratamentos oferecidos, mas sim em conformidade com a produção de ideais em torno do potencial desenvolvimento futuro deste tipo de tecnologias (BROWN; KRAFT, 2006, p. 319; ROSE; NOVAS, 2004; MARTIN; BROWN; TURNER, 2008).

A construção de sentidos efabulados em torno da criopreservação é consolidada pelos *slogans* apresentados pelas empresas, que geralmente constituem a primeira informação a que a maioria dos pais tem acesso quando pesquisa as empresas na internet. Estes encontram-se, geralmente, no topo da página *web* acompanhados pelos logótipos da respetiva clínica ou destacados na página principal, ao lado de imagens alusivas a crianças e famílias. Entre os *slogans* das empresas analisadas destacam-se:

“Bebé **Vida**, uma escolha feita por amor!”

“Ciência para a **vida**.”

“Pais para a **vida**.”

“Preserva a **vida**.”

“Biblioteca, a **vida** nas suas mãos.”

“Excelência e qualidade para a sua família.” (Grifos das autoras).

Visando despertar o lado emocional dos potenciais clientes, evidencia-se uma opção deliberada pelo uso recorrente da palavra “vida”, associada tanto à capacidade de opção pessoal e familiar, como ao conceito de saúde, ou seja, uma vida isenta de problemas médicos. Ao significado da vida são também coligados conceitos de “amor” e “família”, surgindo a mensagem mais ou menos sublimar que estes bens supremos, que se entrecruzam, serão alcançados com por via dos conhecimentos e práticas especializadas da ciência e tecnologia.

Nas entrelinhas dos *slogans* os pais parecem ser responsabilizados por qualquer problema médico futuro do(s) seu(s) filho(s) que possa advir da não criopreservação do sangue do cordão umbilical. De acordo com essa lógica, perante a opção da não criopreservação, os pais podem estar a comprometer a saúde do(s) filho(s) ao deixarem-no(s) exposto(s) a riscos em relação aos quais não criaram um “seguro de vida” assente em bases biomédicas. De acordo com as mensagens implícita e explicitamente veiculadas pelas empresas privadas, a não criopreservação entra assim colisão com os princípios da parentalidade intensiva, conduzindo a que progenitores futuramente confrontados com doenças do(s) filho(s) sejam considerados desadequados face aos seus papéis parentais por não terem tomado diligências em prol da gestão de riscos. Os *slogans* e toda a construção narrativa em torno da criopreservação inscreve-se, assim, numa tendência subtil, mas ainda assim significativa, de culpabilização dos pais que decidem não criopreservar. Consequentemente, a responsabilidade pelas repercussões de complexos problemas médicos na vida do(s) filho(s) são deslocados da estrutura social mais ampla para escolhas parentais de cariz individual (MOORE, 1996). Por oposição, numa vertente de ação positiva, os *slogans* enaltecem a capacidade e responsabilização dos pais de assegurarem a preservação da vida e a possibilidade de atingir a “excelência e qualidade” para as famílias através do processo de criopreservação.

A construção de sentidos e significados sobre a criopreservação e, por extensão, sobre família e parentalidade, é ainda coadjuvada pela apresentação de imagens nos *sites*. A análise demonstra a predominância de imagens de bebés, casais com crianças, grávidas, mulheres acompanhadas de crianças, agentes do sistema de saúde, designadamente médicos, e artefactos tecnológicos associados a imagens dominantes de laboratórios científicos. De forma menos significativa, são também apresentadas crianças de várias raças e etnias, mulheres a amamentar, edifícios modernos e pessoas famosas do meio artístico e televisivo. Apenas uma

empresa apresenta uma imagem de um homem acompanhado por uma criança.

As imagens apresentadas refletem, assim, modelos dominantes de família, traduzidos por uma estrutura nuclear, composta pelo pai, mãe e filho(s). De acordo com este modelo, as mães são, ou devem ser, as principais cuidadoras infantis, enquanto os pais protagonizam um papel periférico nos cuidados. Este tipo de mensagem é veiculada pelo aparente apagamento da figura paterna, que nas imagens apresentadas nos *sites* das empresas de criopreservação emerge sobretudo e quase exclusivamente no seio da estrutura familiar mais ampla. Reproduzem-se assim concepções dominantes sobre parentalidade e relações sociais de género que desconsideram as mudanças que se têm vindo a verificar ao nível das trajetórias masculinas na família (ABOIM; WALL; CUNHA, 2010; MACHADO; GRANJA, 2013). A figura materna emerge, assim, como o principal “alvo” das mensagens transmitidas pelas empresas de criopreservação. De acordo com as imagens veiculadas, é o tipo ideal mulher-mãe-esposa que almeja protagonizar a maternidade de forma responsável e centrada no bem-estar infantil, que se afigura como a protagonista no âmbito do exercício da parentalidade.

Visando despertar o lado emocional da parentalidade, e em particular da maternidade, as empresas apresentam imagens de mulheres e crianças felizes e aparentemente saudáveis, numa mensagem subliminar que apresenta a segurança e proteção da vida infantil conseguida através da inovação científica-tecnológica que a criopreservação incorpora. A apresentação de aparentes médicos e artefactos tecnológicos nas imagens que constam nos *sites* consolida também esta percepção da criopreservação como legitimada por práticas e dos saberes médicos que, estando ancorados na cientificidade, excluem as incertezas, receios e ansiedades geralmente sentidas pelos pais nos períodos que antecedem o nascimento do(s) filho(s).

As modalidades de criação e atribuição de sentido à criopreservação por via de elementos narrativos e visuais são, assim, mediadas por modelos ideológicos dominantes e expectativas, entre os quais se destacam: a visão positiva acerca da medicina e da tecnologia, percebidas como formas seguras de gerir e controlar os riscos associados à vida do(s) filho(s); a hiperbolização dos benefícios atuais e, sobretudo, futuros dos tratamentos que utilizam células estaminais; a predominância de estruturas familiares que assentam em estruturas nucleares e na divisão sexual do trabalho; e relações sociais de género que contribuem para a maternização da parentalidade e decorrente exclusão da figura paterna.

CONCLUSÃO: DA (CRIO)PRESERVAÇÃO DA VIDA ÀS CONFIGURAÇÕES DE CIDADANIA

Analisando a forma como o sangue do cordão umbilical circula e é apropriado em diferentes esferas sociais, este artigo visou mapear os sentidos, significados e expectativas associados à criopreservação do sangue do cordão umbilical e, por extensão, à família, parentalidade e responsabilidade. A análise demonstra significados e sentidos plurais e até contraditórios.

Situando a criopreservação ao nível do debate público sobre empresas privadas em Portugal, destaca-se a controvérsia criada pela posição crítica publicamente adoptada pela comunidade médica e clínica associada à defesa dos serviços públicos de saúde. Os argumentos utilizados subdividem-se: por um lado, enfatizam as incertezas que envolvem as potencialidades futuras da criopreservação para fins autólogos e destacam os riscos associados à comercialização de tecido humano num contexto que faz uso da sensibilidade emocional dos pais. Por outro, apontam para a forma como a criopreservação em empresas privadas contraria princípios de doação solidária em prol do bem-comum.

Num quadro de privatização e comercialização de serviços, as mensagens narrativas e visuais veiculadas por empresas privadas evidenciam que a lógica argumentativa em torno da criopreservação é baseada na enfatização dos potenciais benefícios futuros do armazenamento privado de células estaminais, acompanhada pela suavização de eventuais riscos e limitações. Através das coreografias narrativas construídas, os princípios mercantis e interesses económicos que guiam a ação deste tipo de empresas são secundarizados perante a proeminência da defesa e proteção da vida.

Promovendo junto dos pais novas formas de “seguro biológico” contra futuros riscos na vida do(s) filho(s), as mensagens veiculadas encontram-se impregnadas de considerações morais e apelos emocionais associados a ideários de parentalidade responsável. Se, na esteira daquilo que tem sido apontado pelos estudos culturais da parentalidade, se considerar que o exercício da parentalidade no contexto ocidental atual, mais do que aquilo que os pais fazem, constitui um empreendimento económico, emocional e temporal considerado demasiado difícil e desafiante para ser somente deixado ao cuidado dos pais (LEE; MACVARISH; BRISTOW, 2010), facilmente se enquadra a capacidade apelativa da criopreservação para (futuros) pais. Ou seja, num cenário em que é socialmente expectável (e desejável) que os pais assumam total responsabilidade pelo desenvolvimento

infantil e exerçam cuidados de forma a maximizar o potencial do(s) filho(s), a criopreservação, legitimada por processos contínuos de inovação científico-tecnológica, afigura-se como uma forma de apaziguar incertezas, preocupações e receios.

Neste contexto o sangue do cordão umbilical emerge, então, como um bio-objecto que, movendo-se em diferentes arenas sociotécnicas, condensa uma complexa rede de expectativas, ansiedades, receios parentais que extravasam a decisão temporalmente situada de criopreservar. Alocando-se num meio onde a (auto) responsabilização e (auto)culpabilização dos pais pode ser um resultado do não investimento na criopreservação, esta decisão afigura-se assim como uma porta de entrada na parentalidade mediada pelo conhecimento especializado e pela autoridade epistémica da ciência e tecnologia. A responsabilidade individual, social e sobretudo parental passa assim a extravasar as dinâmicas do cuidado e do afecto, para se alocar num cenário que também envolve a gestão de expectativas e riscos assentes nas alegadas promessas do advento da inovação tecnológica e científica.

A “economia política de esperança” (BREKKE; SIRNES, 2011; ROSE; NOVAS, 2004; PETERSEN; SEEAR, 2011) que caracteriza a criopreservação em empresas privadas, convida, assim, a refletir sobre formas emergentes de biocidadania. Tal como sublinhado por Novas e Rose (2000), a vontade e capacidade de explorar e recorrer aos novos avanços científicos produzidos pelas ciências da vida geram novas formas de deliberação de riscos, benefícios e custos e de assunções sobre responsabilidade que transformam as relações entre pacientes/clientes, empresas e saberes especializados. Desse modo, ao agregar, de forma complexa e híbrida, instrumentos biotecnológicos, intuítos comerciais, fronteiras científicas e éticas de pesquisa e atuação no campo da biomedicina, expectativas de progenitores e representações dominantes sobre formas (des)adequadas de ser pai e mãe, a criopreservação emerge, assim, como um novo campo que redefine as configurações da cidadania no campo biomédico.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Europeu de Investigação (European Research Council) pelo apoio parcial no âmbito do projeto liderado por Helena Machado, no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, intitulado “EXCHANGE - Geneticistas forenses e a partilha transnacional de informação genética na União Europeia: relações entre ciência e controlo social, cidadania e democracia” (ref: 648608).

REFERÊNCIAS

- ABOIM, S.; WALL, K.; CUNHA, V. **A vida familiar no masculino**: negociando velhas e novas masculinidades. Lisboa: COMISSÃO PARA A IGUALDADE NO TRABALHO E NO EMPREGO, 2010.
- ARMSON, A.; ALLAN, D.; CASPER, R. Umbilical Cord Blood: Counselling, Collection, and Banking. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 37, n. 9, pp. 832–844, 2015.
- BREKKE, O. A.; SIRNES, T. Biosociality, biocitizenship and the new regime of hope and despair: interpreting «Portraits of Hope» and the «Mehmet Case». **New Genetics and Society**, v. 30, n. 4, pp. 347–374, 2011.
- BROWN, N.; KRAFT, A. Blood ties: banking the stem cell promise. **Technology Analysis & Strategic Management**, v. 18, n. 3-4, pp. 313–327, 2006.
- BROWN, N. Contradictions of value: between use and exchange in cord blood bioeconomy. **Sociology of health & illness**, v. 35, n. 1, pp. 97–112, 2013.
- BUSBY, H. The meanings of consent to the donation of cord blood stem cells: perspectives from an interview-based study of a public cord blood bank in England. **Clinical ethics**, v. 5, n. 1, pp. 22–27, 2010.
- CALLON, M. **Some elements of a sociology of translation**: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. London: Routledge, 1986.
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: Guia Prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- COLLIER, R.; SHELDON, S. **Fragmenting fatherhood**: a socio-legal study. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008.
- FABRÍCIO, A. S. **Células estaminais do sangue do cordão umbilical**: o Farmacêutica informa. Dissertação de Mestrado em Farmacologia Aplicada, 78 páginas. Coimbra: Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação, **Utilidade clínica da criopreservação de células do cordão umbilical para uso autólogo ou dirigido**. Disponível em: < http://ipst.pt/files/Aplicaes_SCU.pdf >. Acesso em: 12 de agosto de 2016.
- LEE, E. J. Living with risk in the age of “intensive motherhood”: Maternal identity and infant feeding. **Health, Risk & Society**, v. 10, n. 5, pp. 467–477, 2008.
- LEE, E. J.; MACVARISH, J.; BRISTOW, J. Risk, health and parenting culture. **Health, Risk & Society**, v. 12, n. 4, pp. 293–300, 2010.
- MACHADO, H. Cidadania polifónica e a (in)justiça para as mulheres. **Ex Aequo**, v. 11, pp. 13–26, 2004.
- MACHADO, H.; GRANJA, R. Paternidades fragmentadas. Género, emoções e (des)conexões biogenéticas e prisionais. **Análise Social**, v. 48, n. 3, pp. 550–571, 2013.
- MARTIN, P.; BROWN, N.; TURNER, A. Capitalizing hope : the commercial develop-

ment of umbilical cord blood stem cell banking. **New Genetics and Society**, v. 27, n. 2, pp. 127–143, 2008.

MOORE, H. L. Mothering and social responsibilities in a cross-cultural perspective. In: SILVA, E. B. (ed.), **Good enough mothering?** Feminist perspectives on lone mothering. Abingdon, UK: Taylor & Francis, 1996, pp. 58–75.

NICOLSON, P. (1993). Motherhood and women's lives. In: RICHARDSON, D.; ROBINSON, V. (eds.). **Introducing women's studies**. London: The Macmillan Press, 1993, pp. 201–223.

NOVAS, C.; ROSE, N. Genetic risk and the birth of the somatic individual. **Economy and Society**, v. 29, n. 4, pp. 485–513, 2000.

PETERSEN, A.; SEEAR, K. Technologies of hope: techniques of the online advertising of stem cell treatments. **New Genetics and Society**, v. 30, n. 4, pp. 329–346, 2011.

PORTER, T. M. **Trust in numbers**: The pursuit of objectivity in science and public life. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995.

ROSE, N.; NOVAS, C. Biological citizenship. In: ONG, A.; COLLIER, S. J. (eds.). **Global Assemblages**: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems. Blackwell Publishing, Oxford, 2004, pp. 439–463. SE ESTA FONTE NÃO FOR UTILIZADA NO CORPO DO TEXTO, FAVOR EXCLUIR.

ROSE, N. The Politics of Life Itself. **Theory, Culture & Society**, v. 18, n. 6, pp. 1–30, 2006.

SEQUEIROS, J.; NEVES, M. DO C. P. Relatório sobre os bancos de sangue do cordão umbilical, tecido do cordão umbilical e placenta. **Relatório referente ao Parecer 67/CNECV/2012**, pp. 1–35, 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basis of qualitative research**: Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

STURGES, J. E.; HANRAHAN, K. J. The Effects of Children's Criminality on Mothers of Offenders. **Journal of Family Issues**, v. 32, n. 8, pp. 985–1006, 2011.

VENTURA, C. **Bio Bancos e Investigação Genética**: Orientações Éticas. Dissertação de Mestrado em Bioética apresentada ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 134 páginas. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2011.

VERMEULEN, N.; TAMMINEN, S.; WEBSTER, A. (eds.). **Bio-objects**. Life in the 21st Century. London: Routledge, 2012.

WALDBY, C. Umbilical cord blood: from social gift to venture capital. **BioSocieties**, v. 1, n. 1, pp. 55–70, 2006.

WEBSTER, A. Introduction: **Bio-objects** – exploring the boundaries of life. In: VERMEULEN, N.; TAMMINEN, S.; WEBSTER, A. (eds.). **Bio-Objects: Life in the 21st Century**. London: Ashgate Publishing, 2012. pp. 1–10.

Este livro foi composto na tipologia Chaparral Pro, em corpo 10 pt
e impresso no papel Offset 75 g/m² na Gráfica da UFRGS

Editora da UFRGS • Ramiro Barcelos, 2500 – Porto Alegre, RS – 90035-003 – Fone/fax (51) 3308-5645 –
editora@ufrgs.br – www.editora.ufrgs.br • Direção: Alex Niche Teixeira • Editoração: Luciane Delani (Co-
ordenadora), Carla M. Luzzatto, Cristiano Tarouco, Fernanda Kautzmann, Lucas Ferreira de Andrade,
Maria da Glória Almeida dos Santos e Rosângela de Mello; suporte editorial: Jaqueline Moura (bolsista)
• Administração: Aline Vasconcelos da Silveira, Getúlio Ferreira de Almeida, Janer Bittencourt, Jaqueline
Trombin, Laerte Balbinot Dias, Najára Machado e Xaiane Jaensen Orellana • Apoio: Luciane Figueiredo.

Esse volume lida com os produtos da ciência que povoam nossas vidas cotidianas. Ao abrir as “caixas pretas” que nos circundam, os autores desse volume enfrentam o desafio de transformar coisas aparentemente objetivas, estáveis e consensuais em objetos com vida e, portanto, com histórias singulares, zonas opacas, deslocamentos nem sempre previsíveis e efeitos incertos. Fazem isso analisando o ato burocrático rotineiro que acompanha o parto hospitalar, a perícia médica que carimba a pessoa de “incapacitada para o trabalho”, e o medicamento farmacêutico prometendo aprimorar estilos de vida; mas também interrogando fenômenos que se manifestam em circunstâncias mais dramáticas: tecidos criopreservados para salvar futuras vidas, bancos policiais de DNA para deter suspeitos de assassinato, remédios capazes de combater o vírus elusivo da AIDS. Em cada caso, o pesquisador coloca no centro da análise objetos específicos – documentos, micro-organismos, substância químicas, “bio-objetos” – cuja materialidade pode ser palpada, rastreada, registrada e analisada. Através dessas descrições pormenorizadas da “ciência em ação” – de médicos, peritos e cientistas produzindo versões concretas de novos objetos –, torna-se evidente que os produtos científicos e tecnológicos, longe de serem resposta automática e inevitável a determinado problema, são resultado singulares de intrincados investimentos morais, metafísicos, políticos e simbólicos. Nossa maneira de conhecer e representar o mundo é inseparável de nossos julgamentos e escolhas sobre como viver nele.

// **CEGOV** TRANSFORMANDO A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA //

O Centro de Estudos Internacionais sobre Governo (CEGOV) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) busca realizar pesquisas e estudos aplicados sobre a articulação e o fortalecimento da relação entre capacidade estatal e democracia. Nesse sentido, a coleção de livros *Transformando a Administração Pública* tem o intuito de publicizar e destacar o posicionamento da universidade pública no desenvolvimento e aperfeiçoamento da administração pública brasileira.