

Fleischer SR. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: EdUFSCar; 2018.

Fleischer SR. *Uncontrolled: An Ethnography of Pressure Problems*. São Carlos: EdUFSCar; 2018.

Natália Helou Fazzioni

(<https://orcid.org/0000-0002-1497-9737>)¹

Thaíza Alves dos Santos

(<https://orcid.org/0000-0002-4435-7904>)²

¹ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

O livro *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*, de Soraya Fleischer, apresenta o resultado do trabalho de uma antropóloga sensível e competente ao enfrentar um tema caro para as pesquisas em saúde e, ao mesmo tempo, complexo do ponto de vista das Ciências Sociais: os “problemas de pressão”. É com rigor teórico e atenta às diversas experiências em torno do fenômeno que a autora percorre o bairro da Guariroba, Ceilândia-DF, para nos contar sobre “Ela”. O uso do pronome feminino para caracterizar a doença no livro revela sua presença e eloquência nas diversas narrativas sobre os dilemas diários da convivência com a hipertensão, apresentados ao leitor em seis capítulos.

A doença, da forma como é apresentada, não reforça uma divisão entre a experiência dos pacientes e o saber médico, revelando, ao contrário, como essa distinção tende a ser pouca produtiva. A autora privilegia um enfoque polissêmico para abordar os problemas de pressão, sintetizado na ideia de “doença comprida”, formulada por uma de suas interlocutoras. As “doenças compridas” são aquelas que duram por muito tempo, mas “(...) nunca num continuum homogêneo, porque o comprido também prevê percalços, reviravoltas e renaturalizações” (p.32). Entretanto, não hesita em afirmar que, do ponto de vista biomédico, a “hipertensão arterial sensível (HAS)” é um dos “mais comuns e persistentes problemas de saúde da população brasileira, com maior prevalência na população entre 50 e 80 anos de idade” (p.25) e que mata, sobretudo, pessoas pobres e negras, contribuindo ainda mais para sua negligência.

No primeiro capítulo, Fleischer apresenta os desafios que enfrentou na pesquisa junto a sua equipe, ao realizar uma etnografia em um serviço de saúde. Revela que esse espaço impunha uma dificuldade de aprofundar as interlocuções que ocorriam dentro da instituição e a possibilidade de acompanhar as usuárias, predomi-

nantemente mulheres, até suas casas, descortinava um novo mundo em que a doença era preenchida com histórias de vida, contextos e subjetividades.

No capítulo seguinte, o leitor é apresentado ao universo da Guariroba e suas particularidades, em meio ao processo de urbanização do Distrito Federal. Para a maior parte das interlocutoras, a conquista de uma casa e a consolidação de suas famílias nessa área planejada da cidade de Ceilândia, se deu de forma concomitante à construção do bairro. Tais mulheres, naquele período dispostas para um trabalho árduo, agora chegavam à velhice e se apresentavam cansadas e menos resilientes. Em grande parte, elas haviam conquistado um envelhecimento mais tranquilo do que suas famílias de origem, que ficaram na “roça”. No entanto, quando ganhavam tranquilidade, as “doenças compridas” começavam a surgir, sendo necessário um novo processo de adaptação da vida, no qual passavam a buscar outros significados e relações sociais que poderiam dar sentido a “peleja” que a enfermidade lhes impunha.

No terceiro capítulo, discute-se o processo de “sentir a pressão”, que leva à formulação da categoria “problema de pressão” como questão central do livro, remetendo à já clássica noção de “distúrbios físico morais” em oposição à noção de doença¹. Diferente da “pressão alta” que poderia ser momentânea, o “problema” era algo para a vida toda. Apresenta-se então o “drama social” de mulheres que viviam o “cabo de guerra” entre as medidas de autocontrole para baixar a pressão, por um lado, e os advenços da vida, incontroláveis, por outro. Eram esses últimos que muitas vezes davam forma ao que as usuárias sentiam ao relatarem seus problemas de pressão. Em meio à multifatorialidade do processo de adoecimento, um elemento se destacava: o emocional. E nos consultórios médicos, a pressão se apresentava como um “potente idioma” para falar de suas emoções, mas que parecia ser muitas vezes ignorado pelos profissionais de saúde, recebendo poucos encaminhamentos terapêuticos.

No capítulo quatro, Fleischer apresenta os “grupos de hipertensão” como espaços estratégicos de cuidado para mulheres com a doença adquirirem seus medicamentos. O “postinho”, como era chamado pelas pacientes, cadastrava e acompanhava os usuários de saúde da Guariroba através do Programa Hiperdia, que atendia pessoas com hipertensão e diabetes. Por intermédio da observação participante, foi possível analisar como a política pública era entendida e aplicada pela equipe no cotidiano, mediando a relação desses indivíduos com o Estado. As interlocutoras relatavam para a pesquisadora sobre uma “cultura da falta”, nas instituições públicas de saúde, atentando para as dificuldades em consegui-



rem marcar consultas e exames e receberem os remédios na farmácia do posto, que, muitas vezes, não estavam disponíveis. As faltas poderiam ser solucionadas de diferentes modos: reclamações formais, judicialização, acionamento da mídia, auxílio de parentes para comprar os remédios e fazer os exames, entre outras medidas. Ou através de pequenas “burlas” feitas pelas pacientes para garantirem a permanência no “grupo da pressão”.

Já no capítulo cinco, o foco recai no “controle” da pressão arterial como a principal tecnologia do Estado, exercida pela biomedicina, para estabelecer o disciplinamento dos corpos e da subjetividade das pacientes com hipertensão². Desse modo, a equipe de saúde reconhecera as participantes do “grupo do Hiperdia” como as responsáveis por manterem a “pressão controlada”. As profissionais de saúde dividiam as pacientes em dois perfis antagônicos: o primeiro era composto pela paciente “ideal”, que seria comprometida e manteria a pressão controlada, sendo chamada de “paciente doze por oito”; o segundo grupo era formado pela paciente caracterizada como “descontrolada” e “irresponsável” com a própria saúde, por não manter os níveis de pressão adequados. A forma como cada usuária era caracterizada pela equipe baseava essa relação e os tratamentos ofertados pelas profissionais de saúde.

A autora entende que o controle da pressão seria estabelecido através de um “ciclo da dádiva”, baseando as relações entre profissionais e usuários de saúde³. A paciente deveria seguir o que uma médica caracterizou como “teoria da cadeira de três pernas”: tomar os remédios prescritos, evitar determinados alimentos e realizar exercícios físicos. Esse “tripé terapêutico” seria a teoria ofertada às pacientes pelas profissionais de saúde como forma de dádiva. Como retribuição, as usuárias deveriam assimilar as recomendações médicas e manter a pressão sob controle. Se os números pressóricos fossem maiores do que o almejado, as equipes consideravam que a dádiva não era reconhecida e correspondida pelas mulheres com HAS, tornando o ciclo da dádiva incompleto.

No sexto capítulo, enfatiza-se os cuidados realizados pelas mulheres com a hipertensão na esfera doméstica. Enquanto a instituição de saúde defendia o “controle” da pressão, a “teoria da cadeira” era reinterpretada por essas pacientes, que, através da gestão diária da doença, criavam meios de administrá-la. Encontra-se aqui o ponto central do argumento que percorre todo o livro: a experiência da doença vivida deve ser elevada a um plano central de análise e não somente percebida como um elemento secundário, diante

de uma doença supostamente mais verdadeira do ponto de vista biomédico. Destaca-se, nesse sentido, a utilização dos remédios e a forma como classificavam e compartilhavam informações sobre estes, o preparo dos alimentos, os modos de aferir a pressão e as redes de apoio familiar e vicinais.

Por fim, é em meio ao salão de dança da associação de idosos da Guariroba que Fleischer conduz o leitor às conclusões de seu livro. Em uma sensível metáfora do ato de aprender a dançar, a autora observa, sobre suas interlocutoras, que “era nessa flutuação que viviam cotidianamente essa pressão. A vida era muito menos linear do que preconizava a teoria da cadeira” (p.243). O cuidado da pressão seria contínuo e constituído por uma soma de objetos, atores e tarefas. Controlá-la, portanto, seria mais do que “baixar a pressão”, tentando realizar uma “orquestração fina” dessa série de elementos, muitas vezes “descontrolados”. Inspirada na ideia de uma “epistemologia vernacular”⁴, que lança luz sobre um “conhecimento prático em ação”, a autora nota como habilidades de improvisação⁵ e outros saberes se somam às informações que as mulheres recebiam no posto de saúde no manejo cotidiano da doença.

O trabalho de Fleischer, assim, traz uma contribuição fundamental não só para sua área de origem, o campo da antropologia da saúde no Brasil, como também para profissionais de saúde e pesquisadores da Saúde Coletiva como um todo, que buscam compreender o fenômeno da hipertensão como um “problema” construído – e não somente atravessado – por tantas variáveis, como as expostas ao decorrer do livro. Neste, a cidade, o bairro, o sistema, o “postinho”, seus profissionais, as famílias, suas origens, as mulheres e a vida cotidiana são entendidos como atores sociais igualmente importantes na compreensão de uma doença que faz parte do dia a dia de inúmeros brasileiros e que para ser enfrentada, merece também ser conhecida de um ponto de vista complexo.

Referências

1. Duarte LFD. Os nervos e a Antropologia Médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis* 1993; 3(2):43-73.
2. Machado LZ. Entre o inferno e o paraíso: saúde, direitos e conflitualidades. *Serie Antropol* 2003; 342:1-20
3. Rose N. *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press; 2007.
4. Pols J. Bringing bodies – and health care – back in exploring practical knowledge for living with chronic disease. *Med Anthropol* 2010; 2(2):413-427.
5. Mol A, Law J. Embodied Action, enacted bodies: the example of hypoglycaemia. *Theor Med Bioeth* 2000; 21:9-22.