

“DESTINO CEILÂNDIA”

Os caminhos e os percalços na construção de dois problemas

1. Ela

Ela era forte. Ela subia. Ela ficava alterada. Ela teimava. Ela ficava braba. Ela atacava. Ela destrambelhava, desembestava, desorientava. Era ela. Ela poderia até ter começado, por vezes, dando algum sinal, mas geralmente não dava qualquer notícia nem explicação. Tinha, de repente, chegado para ficar. E ela pedia sempre atenção. Eu passei seis anos ouvindo as pessoas me contarem as histórias sobre ela. Este livro é sobre ela e sobre como vinham cuidando dela dia após dia para que ela não tomasse conta demais da vida. Era preciso, mais do que tudo, zelar para que ela não se descontrolasse. E ali na Guariroba, um bairro histórico da cidade de Ceilândia/DF, quanta gente convivia com ela!

Era com o pronome feminino que muitas pessoas identificavam esse agente autônomo e estrangeiro ao corpo e à vida. “As pessoas doentes, por conta às vezes do caráter misterioso de suas doenças, precisam de metáforas, analogias e símbolos para fazer sentido e expressar suas experiências de adoecimento”.² A metáfora comunica sensação e sentimento porque consegue “inventar similaridade onde não existia previamente”, “construindo analogias entre sua hipertensão e outros objetos”.³ Outras pesquisas encontraram alusões a “bombas”, “entupimento”, “tensão”, mas ali na Guariroba, quando me falavam de suas experiências vividas por conta de sua “pressão”, faziam referência – quase deferência – a uma senhora poderosa, altiva, imperativa, demandante, autoritária, intempestiva e temperamental. Era uma figura que pairava soberana sobre o bairro e sobre os corpos e definitivamente tinha vontade própria. As pessoas pareciam pintar uma realidade em que sua “pressão” variava à sua revelia e pouco lhes restava para tentar resolvê-la. Mas é desse pouco, desse espaço

2 Schuster et al. (2011, p. 584). Para efeitos de acessibilidade, todos os trechos de obras em língua estrangeira foram por mim traduzidos para versões em português.

3 Id. *ibid.*, p. 585.

de autonomia que desejo falar aqui, mostrando as alternativas que lhes restavam e as outras que inventavam para tentar manter a senhora “controlada”.

Sjaak Van der Geest e Susan Whyte lembram como é comum “se referir à sua enfermidade em termos que sugerem uma distância entre a pessoa e a enfermidade. A enfermidade se torna despersonalizada, um ‘isso’”.⁴ “Ela” era um “isso”, mas não passiva, objetificada, apartada da vida de quem tivesse “pressão alta”. Ao contrário, mesmo sendo “uma forma de concretizar a experiência difusa e subjetiva”,⁵ como bem o fazem as metáforas, ela era muito presente e eloquente.

Ela afetava as pessoas de várias formas. Havia a “pressão normal”. Seu Rafael, um jardineiro aposentado, era uma das pessoas que tomavam o remédio, mas como a “pressão” há muito não apresentava picos ou sobressaltos, julgavam estar bem de saúde. Havia a “pressão silenciosa” com a qual não se passava mal. Era o que acontecia com a dona de casa Denise, já que a pressão poderia estar alta e ela nem perceber ou se sentir mal. Havia a “pressão descontrolada”, que nenhum médico nem remédio dava jeito. Dona Fernanda, uma costureira do bairro, sentia dor de cabeça, tontura, desmaio, e não conseguia que sua pressão se normalizasse. Já dona Ivete e dona Anunciação tinham “pressão emocional”, aquela que não se regulava com o “remédio da pressão”, mas com o “remédio controlado”, como o Diazepam⁶ ou o Amytril⁷, já que era uma pressão influenciada pelas emoções, a preocupação, a chateação. Havia a pressão que, de tão alta, tinha “subido para a cabeça”. Esse foi o caso do marceneiro seu Ivan, que teve um aneurisma, que ele explicou como sendo uma bolha de sangue que se formou na veia da cabeça e precisou ser retirada cirurgicamente, felizmente não lhe deixando sequelas. Também se deu com o seu Jonas, um caminhoneiro aposentado, que tinha passado por vários pequenos derrames e uma demência tinha vindo a reboque, atrapalhando-lhe as ideias. Dona Emília, outra dona de casa do bairro, sofrera mais, a pressão subira tanto que teve um AVC que lhe acamou desde então, só mexendo os olhos para acompanhar o movimento ao seu redor.⁸ Havia a pressão que nem os médicos tinham percebido os estragos causados, como no caso da cabeleireira Patrícia, que tivera o que chamou de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). As equipes de saúde não conseguiram notar sua pressão elevada a tempo de salvar o bebê que carregava à época. Patrícia, dona de um pequeno salão de beleza na redondeza, perdeu seu filho e ficou para sempre com a hipertensão, como explicou. Dona Nádia, uma manicure local, teve menos sorte que todos eles. Seu “problema de pressão” se acirrou ao ponto de ter uma “crise” e ser levada pelo marido a uma emergência. Não aguentou, faleceu naquele mesmo dia, para imensa tristeza de sua família e vizinhos. Em geral, “dizer que está com a pressão alta era um argumento

4 Van der Geest e Whyte (2011, p. 465).

5 Id. *ibid.*, p. 465.

6 Diazepam é marca registrada de Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.

7 Amytril é marca registrada de Cristália Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.

8 A literatura recente tem adotado o termo “AVE”, acidente vascular encefálico. Mas na Guariroba sempre ouvi AVC e adotei esse termo, muito mais comum e compreensível por ali.

respeitadíssimo”.⁹ Todos reconheciam que esses tipos de “pressão” eram perigosos, explicavam-me as pessoas que fui conhecendo ali na Guariroba. O importante era essas pessoas saberem qual era o tipo de pressão que ia lhe chegando e inventar uma forma de cuidar dela.

Foi assim que comecei a me interessar pela experiência das pessoas com oscilações de pressão – tanto aquelas adoecidas quanto suas cuidadoras domésticas e profissionais. Era um assunto que permeava muitas de minhas conversas, surgia sempre que problemas de saúde estavam em pauta, mas também quando dificuldades, conflitos ou tristezas pontuavam as narrativas. Todas essas experiências compõem sistemas de conhecimento e prática desenvolvidos por pessoas que convivem e que tratam dos “problemas de pressão”, como genericamente se referiam a esses quadros de sofrimento. Considero como especialistas nesse tipo de problema tanto as pessoas que vivenciam a pressão do ponto de vista cotidiano, observando e sentindo o próprio corpo, quanto as pessoas que estudavam e/ou que trabalhavam para ajudar a controlar essa pressão. É a partir dessa experiência acumulada e burilada que este livro se sustenta, é levando a sério o que as pessoas, pelas casas, ruas e centros de saúde do bairro da Guariroba, me contaram sobre a pressão alta que consigo refletir e escrever sobre esse panorama da saúde no Distrito Federal desse início de século. Não pretendo sustentar uma separação muito clara entre “pacientes” e “profissionais da saúde”, já que essa linha tende a se borrar por vezes ou tende a ser pouco produtiva quando passo a observar a heterogeneidade que compõe cada um desses grupos. Em geral, prefiro me referir a cada um/a que conheci como uma pessoa contextualizada, em vez de investi-la de papel ou perfil social de antemão. Além disso, para problemas de saúde, também como os de pressão, a grande maioria das pessoas recorria primeiro às suas redes locais de especialistas em casa, na parentela, na igreja ou na vizinhança, em vez de procurar ajuda das especialistas biomédicas, pelas quais inevitavelmente eram classificadas como “pacientes”, “usuárias”, “clientes”. Assim, “conhecimento”, “experiência”, “verdade” serão tidos, neste livro, como ideias muito mais amplas e diversas do que somente aquele conjunto de informações que circulavam nos espaços institucionais e formais onde serviços de saúde pretendiam ser oferecidos.

A elevação definitiva da pressão sanguínea é compreendida, pela perspectiva biomédica, como “hipertensão arterial sensível” (doravante, HAS), uma patologia crônica, irreversível e incurável.¹⁰ Desse ponto de vista, a “hipertensão” 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.¹¹ Além disso, “no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos”.¹² As doenças

9 Maciel (1988, p. 22).

10 Brasil (2013).

11 Faquinello et al. (2011, p. 850).

12 Brasil (2013, p. 19).

cardiovasculares, como a HAS por exemplo, “têm sido a principal causa de morte no Brasil”.¹³ A HAS “é responsável por pelo menos 40% das mortes por AVC, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal”.¹⁴ Conheci gente de 30, 40, 50 anos de idade, mas era uma minoria. Aprendi na Guariroba que os problemas de pressão podem surgir bastante cedo, conforme o tipo de preocupação e chateação que a pessoa tiver enfrentado na vida, conforme o modo que ela conseguir envelhecer. Mas grande parte das pessoas que eu conheci ali no bairro tinha muito mais do que 50 anos. Este livro, portanto, tem uma ênfase bastante explícita sobre os processos de envelhecimento.

Assim como no resto do país, era uma doença que ali todo mundo tinha, iria ter ou, ao menos, cuidava de alguém que tinha. Era fácil encontrar com quem conversar, portanto. Era assunto notado facilmente, mas paradoxalmente tratado como se fosse uma realidade muito simples de ser evitada e cuidada. Em qualquer eleição, seja presidencial ou municipal, eu via os candidatos prometerem garantir a distribuição gratuita dos medicamentos para a “hipertensão”. Nos pontos de ônibus e também nos aeroportos, houve a recente campanha “Seja 12 por 8”, protagonizada pela atriz global Natalia do Vale, como se fosse uma fantasia de Carnaval fácil de vestir e retirar a qualquer momento. Os saleiros vêm sumindo das mesas de restaurante, parecendo que até os empresários se solidarizavam. As estudantes que trabalharam comigo nessa pesquisa não conseguiram perceber, à primeira vista, qual seria o interesse antropológico em pesquisar pessoas que tinham um problema que suas avós, tias e vizinhas também enfrentavam. Nos serviços de saúde, uma senhora nordestina, iletrada e acima do peso “naturalmente” seria “hipertensa” e quase nada seria feito a não ser oferecer-lhe consultas rápidas e medicamentos genéricos. Aos olhos dos gestores públicos, talvez o fato de milhares de pessoas se esforçarem todos os dias para “controlar” sua pressão era tido como uma prática mandatória, já que coadunava com o comportamento obediente e subalterno esperado das massas empobrecidas no país. A doença cardiovascular ser uma das três mais significativas razões de morte dos brasileiros havia virado um “dado”, repetida e tediosamente impresso nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, sem que se lembrasse de Joãos e Lúcias que haviam sido sepultados por essa razão. Afinal, como algo percebido de modo tão comum e rotineiro poderia se transformar em um problema de pesquisa, reunir pesquisadoras, atrair recursos ou justificar a publicação de um livro?

Os números, em geral, têm aumentado nas últimas décadas, e antropólogas da saúde, como Susan Reynolds Whyte, têm sugerido considerar a HAS, no contexto de sua incidência nos trópicos, como uma “doença realmente negligenciada”¹⁵ porque as agências internacionais que definem tal “negligência” e a correspondente prioridade política e econômica, como a Organização Mundial da Saúde, ainda não a

¹³ Id., p. 19.

¹⁴ Id. (2006, p. 9).

¹⁵ Whyte (2015, p. 220).

reconheceram como tal. No cenário nacional, a exemplo de outros países também, as soluções elencadas pela biomedicina para evitar o problema são repetidas *ad nauseum* sem conseguir, contudo, diminuir substancialmente os índices pressóricos e evitar mortes cardiovasculares. As profissionais nos centros de saúde, em geral, mantinham apenas a abordagem fisiológica do problema e, embora reconhecessem que havia um quadro explicativo mais amplo e estrutural, se sentiam impotentes para abordá-lo. Predominavam, no nível dos manuais e das políticas, as explicações a partir do “comportamento”, relegando grande parte da “responsabilidade” ao indivíduo, pelo que se denominava a “não adesão” ao tratamento. A mais grave consequência dessa biomedicalização diante dos problemas de pressão tem sido, a meu ver, dar pouca atenção ao sofrimento de quem se sente mal, tem um derrame, fica com sequelas ou morre e as repercussões disso tudo também para cuidadoras, familiares e vizinhas. No país, a maior parte desse contingente é composta de pessoas negras e pobres,¹⁶ e, assim, continuar insistindo em soluções paliativas, individuais e apenas fisiológicas, a despeito do crescimento da HAS em certos grupos populacionais (idosos, crianças, gestantes, negros etc.), não é apenas uma negligência, mas também uma banalização da vida e do sofrimento. Embora ali na Ceilândia a pressão estivesse em todo lugar, minha sensibilidade antropológica se incomodava por este ser um assunto e uma estatística aceitos sem sobressalto, sobretudo pelas autoridades sanitárias.

Não me pareceu, convivendo um pouco mais de perto com quem tinha esse problema, ser uma situação fácil de manejar no dia a dia. Se nos esforçarmos para perceber como “Ela” era compreendida pelas pessoas e como sacolejava suas vidas, talvez consigamos pensar desenhos mais compreensivos de prevenção e cuidado. Sugiro tentar compreender o que uma enfermeira quis dizer ao disparar “os pacientes são todos burros, não sabem controlar sua pressão”, ou o que uma paciente estava comunicando ao desabafar “o médico da pressão é grosso e não me ouve”. É no sentido de adensar esses conflitos claramente instaurados entre esses ditos néscios e moucos que apresento este livro. Em última instância, será um pleito por desnaturalizar os problemas de pressão, quadro que muitas das autoridades pintavam como corriqueiro, simples e até esperado destas classes operárias. Assim, proponho pensar sobre o que se poderia chamar de um **mundo social dos problemas de pressão**.

2. A pressão como assunto também da antropologia da saúde

Nos primeiros estudos que despontaram sobre a “pressão alta”, ainda nos anos 1980, as antropólogas empregaram “modelos etnomédicos” e reuniram “concepções locais” desenvolvidas pelas pessoas para suas experiências de adoecimento.¹⁷ A ideia era localizar, entre as entrevistadas, os “modelos culturais” e eventualmente suas

¹⁶ Brasil (2013, p. 60).

¹⁷ Blumhagen (1980), Heurtin-Roberts (1993), Carvalho et al. (1998).

“variações intraculturais”.¹⁸ Depois, os estudos começaram a falar em termos de “modelos explicativos”, influenciados pelo psiquiatra e antropólogo Arthur Kleinman,¹⁹ que estava atento às causas, aos sintomas e tratamentos das doenças. O acúmulo desses trabalhos foi fundamental para mapear os “conhecimentos, atitudes e práticas”, ou também apontados como “signos, significados e ações”, numa clara alusão da influência também de Clifford Geertz e Byron Good. Toda essa abordagem tem sido muito utilizada nos estudos da saúde coletiva no Brasil na virada do século.²⁰

Dos modelos etnomédicos e explicativos, um pouco mais a frente, o foco passou às experiências e narrativas enunciadas pelas adoecidas.²¹ Foi uma tentativa de dar voz ao sofrimento vivido fora das fronteiras e interpretações da biomedicina,²² mas não necessariamente considerando as equipes biomédicas como também formuladoras de suas próprias narrativas sobre o vivido por suas pacientes.²³ Nessa fase, começaram a surgir trabalhos com foco nos processos de mudança e adaptação das adoecidas²⁴ e também as razões, sempre multifatoriais, de abandono do tratamento.²⁵

Mais recentemente, os impactos das desigualdades e precariedades sociais sobre a vida das pessoas com “problemas de pressão” têm sido notados.²⁶ Considerar as concepções locais da “pressão alta” em contextos socioeconômicos mais amplos e historicizados é bastante importante para não deixar as pessoas e suas ideias flutuando sem um pano de fundo explicativo e politizado.²⁷ Essa seria uma forte crítica “às interpretações antropológicas culturalistas, que essencializam práticas e saberes de saúde, fixando um olhar míope às dimensões sociais e políticas na base da produção dos problemas de adoecimento, bem como da sua falta de solução”.²⁸ Segundo esta última autora, deve-se avançar às “leituras sociopolíticas das realidades de saúde-doença”.²⁹ Assim, em pesquisas mais recentes e ainda com o adoecimento como foco, as antropólogas da saúde atentaram para suas relações com o poder e o conhecimento acumulado sobre aquela doença em foco,³⁰ face à economia política³¹ e às forças globais da economia.³² O olhar sobre as equipes e

18 Garro (1988).

19 Kleinman (1980).

20 Spink (1994), Carvalho et al. (1998), Castro e Car (2000), Péres et al. (2003), Firmo et al. (2004), Lima et al. (2004), Wenhause e Rebello (2004), Schlomann e Schmitke (2007), Pires e Mussi (2008), Silva et al. (2008).

21 Kleinman (1980), Frank (1995), Mattingly (1998), Charon (2006).

22 Grimberg (2009, p. 8-9).

23 Vieira (2004).

24 Baldissera et al. (2008).

25 Duarte et al. (2010), Sarradon-Eck et al. (2010).

26 Manderson e Smith-Morris (2010, p. 7), Leibing e Groisman (2004), Leibing (2014).

27 Strahl (2003), Leibing (2014).

28 Nunes (2014, p. 405).

29 Id. *ibid.*, p. 410.

30 Shoenberg e Drew (2002).

31 Morsy (1990).

32 Manderson e Smith-Morris (2010).

os gestores em saúde e, sobretudo, os diálogos que empreendem com a clientela vêm tomando a cena.³³ Os itinerários de cuidado, passando por diferentes atores e instituições, claramente deixam o indivíduo e seu núcleo doméstico para compreender um quadro mais amplo de negociações e tratamentos.³⁴ A autoridade de quem convive, de quem prescreve, de quem cuida, de quem organiza os serviços, também se mostrou importante para entender o quadro mais amplo dos “problemas de pressão”.

Todas essas abordagens foram importantes, em termos cumulativos, para chacoalhar as certezas biomédicas, evidenciando a coexistência de muitas outras formas de pensar o corpo, seus sinais de adoecimento, suas formas de tratamento. A produção acadêmica das colegas da saúde coletiva, abertamente influenciadas por uma antropologia médica estadunidense, tem impactado as políticas e os serviços relativos à saúde arterial no Brasil. Esses estudos têm clara intenção de informar às profissionais de saúde sobre outras concepções e etiologias e, assim, melhorar a comunicação entre equipes e suas clientes; esperam impactar a eficiência dos tratamentos. Como tantas colegas da saúde coletiva e também da antropologia têm sugerido, “obter a interpretaçãoêmica ou subjetiva dos pacientes sobre a hipertensão é indispensável para aprimorar a comunicação e o cuidado clínico”.³⁵ O interesse da saúde coletiva em conhecer as categorias locais tem como objetivo principal solucionar o que notam como uma parca adesão das pacientes aos tratamentos da HAS.³⁶ A assunção é de que, se a adesão for incrementada, os índices pressóricos da população melhorarão e as mortes e sequelas por conta da HAS cairão.

Embora esses estudos sejam sensíveis às incontáveis mortes por conta de “pressão descontrolada” e atentos ao alarme indicado pelos dados epidemiológicos, é preciso ir além de um suposto não entendimento ou não comprometimento por parte das populações adoecidas sobre as orientações biomédicas que recebem nos centros de saúde, nas campanhas de rua ou de televisão. Além de tenderem a culpabilizar as pessoas pela sua hipertensão,³⁷ ao associá-las sempre tão rapidamente a um adoecimento comportamental, esses estudos, de certa forma, ainda lhes responsabilizariam por tampouco seguirem o tratamento que lhes foi prescrito. É preciso conhecer como o encontro terapêutico acontece e como são estruturados os serviços de atenção primária que têm as “hipertensas” como prioridade programática. Para tanto, por um lado, a visão de dentro deve ser conhecida não apenas das pacientes e de suas famílias, mas também das operadoras da burocracia e da biomedicina, e, por outro, não apenas as concepções a respeito da HAS devem ser descritas, mas também o contexto mais

33 Souza e Garnelo (2008), Calvo-Gonzalez (2011), Nations et al. (2011), Fleischer (2014).

34 Trad et al. (2010).

35 Nations et al. (2011, p. S385).

36 Péres et al. (2003), Duarte et al. (2010, p. 2604).

37 Shapiro (2005).

amplo de seu bairro, das instituições e da cidade e sua violência estrutural, que tem impacto sobre todas essas esferas.³⁸

Há um entendimento geral de que “os estudos antropológicos permitem conhecer em profundidade a percepção que as pessoas têm da hipertensão, como agem diante desta condição e quais fatores (econômicos, sociais e culturais) podem influenciar percepções e ações neste campo”.³⁹ Ainda assim, estas autoras afirmaram que, “se por um lado os estudos epidemiológicos da hipertensão arterial no Brasil têm sido cada vez mais numerosos, por outro lado, os estudos antropológicos ainda são raros”.⁴⁰ Embora os periódicos da saúde coletiva tenham sido prioridades em sua revisão do estado da arte recente, Canesqui indicou o mesmo: “É relativamente escassa a produção acadêmica nacional sobre a hipertensão do ponto de vista da investigação qualitativa em interlocução com as ciências sociais e humanas”.⁴¹ Mais recentemente, Fava et al. reforçaram o mesmo diagnóstico: “Apesar do interesse crescente das pesquisas para se entender a construção cultural do processo saúde/doença, são poucos os trabalhos atuais relacionados à HAS nessa perspectiva”.⁴² De fato, se a antropologia médica se interessou pelos estudos sobre a “pressão” nos EUA a ponto de tornar-se uma referência para os estudos qualitativos no Brasil e na América Latina, a antropologia da saúde brasileira, na última década, continuou tímida para tomar os problemas de saúde cardiovasculares como tema de pesquisa. É possível contar nos dedos os trabalhos publicados até o momento.⁴³

Essa timidez precisa ser matizada, contudo, se se considerar que não necessariamente há uma proximidade imediata entre as categorias de “hipertensão arterial sensível”, “pressão”, “pressão alta” e os “problemas de pressão”, que parecem compor um outro modelo de entendimento, como mostrarei no capítulo 3. Várias pessoas que conheci na Guariroba me diziam que sua pressão ficava alta, que tinham crises e picos de pressão eventualmente, que tomavam medicamentos receitados pelas médicas e também encontrados por conta própria, mas não estavam doentes. Sentir-se mal, tomar remédio ou comparecer a consultas não equivale necessariamente a um diagnóstico. A partir da perspectiva de pessoas que conviviam com alterações diárias de pressão sanguínea, não necessariamente havia uma concepção de adoecimento nem de distúrbio prolongado, e, por isso, tenho optado por categorizar a discussão que considere causas, sintomas, indisposições, tratamentos da pressão sanguínea como “problemas de pressão”. Essa categoria deriva diretamente do termo utilizado pelo conjunto de pessoas que conheci ali da Guariroba e gradualmente será explicado ao longo do livro.

38 Farmer (1996).

39 Firmo et al. (2004, p. 1030).

40 Id. *ibid.*, p. 1030.

41 Canesqui (2013, p. 905).

42 Fava et al. (2013, p. 1024).

43 Maciel (1988), Leibing e Groisman (2004), Canesqui (2007, 2015), Souza e Garnelo (2008), Calvo-Gonzalez (2011), Nations et al. (2011), Bezerra e Fleischer (2013), Leibing (2014), Fleischer (2012a, 2013, 2016).

Além disso, pode ser considerada relativa essa timidez da antropologia da saúde porque dificilmente a vertente produzida no Brasil é motivada a partir das realidades patológicas para entender a realidade social e, por isso, é provável que os problemas de pressão surjam em estudos permeados por outros temas centrais. Um belo exemplo é o estudo de Adriana Vianna, que, ao tomar o assassinato de jovens por forças policiais no Rio de Janeiro/RJ e a organização das mães desses jovens na busca por justiça, nota que as menções aos problemas de pressão são perpassantes.⁴⁴ Ou mesmo Elena Calvo-Gonzalez, que começou curiosa por entender questões raciais em Salvador/BA e terminou em consultórios onde a hipertensão arterial era mote das conversas clínicas.⁴⁵ Ou Leibing, que queria conhecer o envelhecimento entre camadas populares no Rio de Janeiro e apostou que o Alzheimer seria a melhor forma de entrada, mas notou que a “pressão alta” era o idioma para falar da velhice, da violência e da cidade.⁴⁶

Essa timidez também é relativa ao lembrar que as doenças não curáveis ou duradouras têm estado entre os interesses da Antropologia há mais tempo,⁴⁷ mesmo que a Sociologia tenha inaugurado esse interesse anteriormente.⁴⁸ Para muitos, os problemas de pressão estariam entre as “doenças crônicas”, mas a antropologia tem resistido a adotar tão rapidamente essa categoria. O par dicotômico agudo-crônico talvez mais dificulte do que ajude a classificar e compreender as doenças.⁴⁹ Algumas doenças têm cura, mas consequências e sequelas a longo prazo; outras são tidas como insolúveis, mas a convivência continuada pode ser marcada por momentos de intensas e ameaçadoras crises. Considerando a ideia cada vez mais comum de “pré-hipertenso”, parece que uma doença pode já estar presente mesmo em um quadro geral de saúde. Mesmo considerando que uma doença crônica só pode ser controlada e não curada, nem sempre as camadas populares têm suficiente acesso às instituições e atores que poderiam lhe auxiliar nesse sentido.⁵⁰ Como nos sugeriu a antropóloga Gay Becker,⁵¹ a vida vista como continuidade é uma ilusão, todos temos episódios de distúrbios, adoecimentos e profundos sofrimentos, até mesmo quando um diagnóstico – que teoricamente poderia produzir certa acomodação – já nos tenha sido anunciado. Quer dizer, a vida e também nossas patologias são feitas de instabilidades, transformações e readaptações a todo momento.⁵²

Por isso tudo, tentarei evitar a ideia de “crônico”, por fazer sentido geralmente com seu par oposto (o “agudo”), e optei por intercambiá-la com outras acepções,

44 Vianna (2012).

45 Calvo-Gonzalez (2011).

46 Leibing (2014).

47 Mattingly et al. (2011).

48 Canesqui (2013, p. 911).

49 Manderson e Smith-Morris (2010, p. 3-4).

50 Kleinman e Hall-Clifford (2010, p. 247).

51 Becker (1997).

52 Fleischer e Franch (2015).

como um claro intuito de provocação⁵³: “doença crônica”, que corre o risco de manter intactas as categorias biomédicas,⁵⁴ “doença de longa duração”, como vários cientistas sociais têm preferido,⁵⁵ ou mesmo “doença comprida”, que ouvi tão lindamente na Guariroba, quando dona Milena caracterizou a labuta de seu marido com derame e demência. Uma doença é comprida porque dura por muito tempo, porque não se vê com muita clareza se, como nem quando será resolvida. Mas nunca um *continuum* homogêneo, porque o comprido também prevê percalços, reviravoltas e renaturalizações.

Assim, por enquanto, só quero registrar que, apesar dos esforços das estudiosas locais e distantes, apesar do aporte teórico da antropologia da saúde, antropologia médica e da saúde coletiva, nosso trabalho de categorização tem limites que precisamos rever continuamente diante das experiências que nos são apresentadas em campo. Considero que a etnografia, muito mais do que um método, muito mais próximo de um marco epistemológico fundante da antropologia,⁵⁶ pode me ajudar nesse sentido. Aqui, embora eu também apresente como a pressão era percebida pelos adoecidos e as equipes de saúde, o grande desafio do livro será tratar dos **dilemas diários da convivência** com “Ela”. Esses dilemas, que também posso chamar de “nós”, eram vários: um dos nós que as pessoas da Guariroba precisavam desatar era como entender o surgimento de seu problema de pressão e navegar pelos serviços de saúde (capítulo 4); outro nó era entender como lidar com a presença de novos medicamentos e equipamentos e a saudade de antigas comidas (capítulo 5); e um outro nó era conseguir inventar um arranjo minimamente eficiente e significativo para cuidar de tudo isso (capítulo 6). Antes disso, porém, preciso apresentar algumas camadas de contexto, como as estratégias desenhadas para realizar a pesquisa (a seguir, neste capítulo 1), as trajetórias dos personagens em sua migração até o DF (capítulo 2) e as formas como davam sentido aos problemas de pressão (capítulo 3).

Como, felizmente, faz algum tempo que a Antropologia perdeu a ilusão de escrever exclusivamente para si mesma,⁵⁷ espero que este livro consiga chegar aos olhos críticos e exigentes de tantas auxiliares de enfermagem, farmacêuticas, seguranças e médicas na Ceilândia e de outras cidades da região. Afino-me com as palavras de Hopkins, que pesquisou a relação de refugiados asiáticos com serviços de saúde e educação nos EUA: “Eu realmente espero que o que eu escrevo possa apresentar à (...) professora ou à enfermeira da clínica, de forma mais imediata e vívida, as circunstâncias normais nas quais as pessoas vivem e a profusão de problemas com os quais elas precisam lidar diariamente”.⁵⁸ Minha expectativa é que essas reflexões

53 Id. *ibid.*

54 Manderson e Smith-Morris (2010, p. 11).

55 Canesqui (2007).

56 Peirano (2014).

57 Brettel (1993, p. 22).

58 Hopkins (1993, p. 127).

sirvam àquelas pessoas com poder para colocar essas políticas de saúde em prática e, sobretudo, aprimorá-las continuamente.

3. Conhecendo a Guariroba

No início de 2008, recebi um e-mail de um amigo, Nelson Montenegro, que noticiava uma vaga para professora universitária da Universidade de Brasília (UnB). A vaga era para “cientista social em saúde” que atuaria no primeiro curso de graduação em Saúde Coletiva criado no país. Ao ler o edital, eu entendia que a UnB estava em plena expansão, já que deixaria de ter apenas um *campus*, aquele localizado na Asa Norte (zona central, elitizada e branca da capital), e começava a criar outras unidades nas “cidades-satélites” do Distrito Federal, como Ceilândia, mas também Gama e Planaltina. Passei no concurso e fui contratada como a primeira antropóloga da Faculdade de Ceilândia (FCE). Ainda naquele ano, comecei a dar aulas para as primeiras alunas que passaram no vestibular em Farmácia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Saúde Coletiva.⁵⁹ A interdisciplinaridade entre minhas colegas, minhas alunas e eu não foi o único desafio. Eu deixava a Asa Norte, a zona de conforto onde nasci, cresci, estudei, casei, virei mãe e trabalhei, e percorria diariamente os quase 40 km para chegar à Ceilândia. Fui me acostumando a ouvir aquela voz diáfana e firme no alto falante do metrô, “Destino Ceilândia”.

Logo aprendi que, àquela altura no DF, a Ceilândia era a mais populosa das 31 “regiões administrativas”. Eu só tinha visitado a cidade uma ou duas vezes anteriormente. Mais da metade de minhas colegas de FCE vinha de outros estados e, para elas, a Ceilândia também era terreno desconhecido. Mas os jornais, vizinhas e novas amigas logo lhes ensinaram que a Ceilândia era muito “perigosa”. Assim, o novo *campus* nasceu cercado, diferente do que eu tinha visto na UnB da Asa Norte. Embora esse novo *campus* compartilhasse o muro com uma das estações de metrô, as professoras preferiam chegar ao trabalho em seus carros, parar dentro do estacionamento que fora rapidamente improvisado e se movimentar pela cidade somente o necessário e sempre de modo motorizado.

Tive grande estranhamento com essa forma asséptica de se relacionar com a cidade que passava a receber a UnB. Desde o início, o metrô me pareceu a via mais rápida e simples para lá chegar, sobretudo porque eu transitava no contra fluxo da grande massa trabalhadora que deixava todas as regiões administrativas em direção ao centro do DF. Tentava me beneficiar desse tempo: não só puxava papo com as pessoas que iam e vinham, como adiantava leituras e preparação de aulas e também aproveitava a companhia das estudantes da FCE que seguiam pelo mesmo caminho. Logo passei a descer uma estação antes ou depois e caminhar até o *campus*. Assim, tive a chance de, a pé, conhecer melhor geografia, arquitetura, economia, paisagem,

⁵⁹ Fleischer (2011a).

atmosfera do bairro. Era uma tática para, aos poucos, me aproximar da Guariroba, esse bairro histórico da cidade que agora se tornava a nova casa da UnB. Naquele início, pude ver uma senhora pregando a um adolescente na porta de casa, um senhor bastante limitado em sua cadeira de rodas tomando banho de sol e sendo barbeado pela esposa, duas crianças brincando uma com a outra pela grade que dividia suas casas, os aparelhos de ginástica amarelos que tinham sido instalados pelo governo em vários pontos do bairro, os grafites coloridos e dramáticos que enfeitavam os muros ou becos abandonados. Eram passos dados para dentro do bairro, deixando de ser expectadora a partir das distantes janelas do metrô.

Passaro, que fez pesquisa sobre a população de rua de Nova York, onde, à época, também vivia, ouviu de seus colegas antropólogos a crítica de que “não poderia tomar o metrô para ir para o campo”.⁶⁰ A autora percebeu como, a partir de uma perspectiva ainda colonial da antropologia, seria preciso sustentar a ideia de “distância”. Também lhe diziam “você está perto demais para ver direito”.⁶¹ Como a autora, era justamente pelo trânsito de metrô que pude melhor compreender a realidade que eu estava pesquisando. A Guariroba não me deixava quando eu voltava para casa ao final do dia porque as imagens sobre a “Ceilândia” continuavam comigo, mesmo que não mais por lá estivesse. Eu não “reentrava” no campo a cada vez que tomava o metrô de manhã cedo: ele ia e vinha comigo. As ideias que haviam sido geradas no meu encontro com as pessoas continuavam a ecoar enquanto eu me lembrava delas ou durante as longas horas que eu passava redigindo diários de campo. E também quando eu contava alguma história que eu tivesse ouvido naquela semana nas casas ou no centro de saúde ou quando minhas vizinhas, amigas e familiares, no Plano Piloto ou na Universidade de Brasília, me perguntavam sobre o meu dia de trabalho; era a partir dos contrastes e estranhamentos que eles esboçavam que eu avançava no entendimento de “meu campo”. Eu entendia que “objetividade não existe em função da distância” e, mais importante, que a “alteridade não é um dado geográfico, mas uma postura teórica”.⁶² O “destino” do meu “metrô antropológico” era a Ceilândia, aqui ou ali, antes ou depois.

Certo dia, três de minhas estudantes inquiriram por que eu ainda não tinha desenhado um projeto de pesquisa, como já era o caso entre muitas das professoras da FCE. Estávamos apenas no segundo mês de aulas do primeiro semestre letivo naquele *campus*, mas a efervescência criadora era a tônica nos idos de 2008. Ideias, projetos, atividades de extensão, grupos de estudo, bolsas de iniciação científica – tudo parecia brotar com força naquele canto sudoeste do quadrilátero. Em consonância com minhas iniciativas de suplantarmos os muros da universidade, comentei com elas que eu queria começar um projeto que me permitisse conhecer a Guariroba. Para tanto, eu precisaria contar com estudantes da FCE que fossem moradoras dali.

⁶⁰ Passaro (1997, p. 151).

⁶¹ Id. *ibid.*, p. 152.

⁶² Id. *ibid.*, p. 153.

Na manhã seguinte, encontrei um e-mail de Gustavo Angeli, à época estudante de Farmácia da FCE, que se prontificava a trabalhar comigo no desenho de um novo projeto e, mais do que isso, a me ciceronear em caminhadas pelo seu bairro de origem. Era a dimensão da passada humana e não da quilometragem automobilística que eu desejava em minha aproximação com o bairro. Para nosso primeiro encontro, Gustavo gentilmente desenhou um mapa com os principais pontos de referência para que eu conseguisse sair do *campus* e chegar à sua casa. Foi ele que me apresentou às primeiras pessoas que conheci na Guariroba: suas vizinhas, que por muito tempo ali moravam, poderiam me contar sobre os adoecimentos vividos por ali e as estratégias que desenhavam para se curar e se cuidar.

Dona Etelvina foi a primeira senhora a quem Gustavo me apresentou. Visitamos sua casa, sentamos para conversar em sua pequena sala de estar, perguntamos sobre sua história de vida e também de saúde. Depois de contar como havia adoecido, ela resolveu buscar no banheiro uma pequena caixa de sapatos. Ali de dentro, ela foi retirando e nos explicando sobre cartelas de comprimidos, frascos de xarope, blísteres utilizados parcialmente, itens que havia ganhado da irmã ou que havia compartilhado com vizinhas. A partir daí, a farmacinha doméstica passou a ser um eficiente mote disparador de conversas sobre o estado de saúde, os esforços para se cuidar, os caminhos percorridos nesse sentido.

Contudo, notei que as caixinhas de remédio poderiam também criar ruídos sobre minhas intenções. Não era difícil falar sobre remédios, itens absolutamente familiares para as pessoas que ali conheci. Mas falar **a partir dos** remédios poderia parecer uma entrada biomédica, já que antes de entender a situação do adoecimento eu pressupunha que remédios tinham sido prescritos, que as instituições biomédicas tinham sido procuradas etc. Precisei ser cuidadosa porque poderia parecer um tanto quanto fiscalizatório, dando a entender que eu queria saber se a medicação estava sendo consumida a contento. Ainda assim, notei que nessas caixinhas de remédios havia muitos fármacos para a “hipertensão arterial” e a “diabetes mellitus”, e neste momento outra guinada mais específica começou a tomar forma. Como eu notara que havia ainda menos elaboração por parte da Antropologia a respeito da pressão alta e como ela se esboçava, mais e mais, como um impressionante potencial idiomático daquela realidade local, fui dirigindo o foco da pesquisa para os problemas de pressão.

Comecei a querer conhecer pessoas que vivenciavam a pressão alta ou que tinham problemas de pressão. Ao afinar essa escuta, foi fácil reconhecer como a pressão era mote de diálogos e metáforas sobre o bem-estar e também sobre a conflitualidade por ali. Ela estava na boca do povo, sendo usada a todo tempo para comunicar de modo democrático, eficiente e sintético a atmosfera que, naquele momento, era vivenciada por um corpo, um casal, uma família, uma rua. Fui notando que a pressão, esse tema polissêmico como se verá ao longo do livro, era um assunto recorrente em rodas de conversa, festas, bancos de espera do centro de saúde, drogarias, portas da igreja ou pontos de ônibus, sugerindo que eu também deveria conhecer esses lugares. Quando uma vizinha encontrasse outra no caminho do mercado e lhe perguntasse

como estava, uma simples resposta como, por exemplo, “mais ou menos, hoje estou 16 por 11”, poderia ser um resumo potente de uma situação mais ampla, complexa e até grave que estivesse acontecendo na vida daquela senhora. É desse idioma que tratarei no livro.

Uma relação comprida, oito anos entre 2008 e 2016. A partir de um concurso numa nova cidade, tive a chance de desenvolver um projeto de pesquisa. A partir de um tema mais geral, como a história das moradoras ou a saúde das pessoas no bairro, as preocupações e dilemas destas interlocutoras permitiram que a vida com pressão alta na Guariroba passasse ao primeiro plano de minha atenção antropológica. Como várias antropólogas já indicaram (por exemplo, Passaro⁶³), a ideia de “campo” é criada durante, mas, sobretudo, depois da experiência de vivenciá-lo empiricamente. Ao ler e reler os diários de campo e recapitular memórias e sensações promovidas pelos encontros com as pessoas durante a realização da pesquisa, uma ficção *post facto* aos poucos foi sendo construída. Uma imagem parcial foi sendo esboçada sobre aquele conjunto de visitas, conversas, perguntas e reações.

4. Puxando papo, dando trela: estratégias para conversar

Uma vez percebendo que as pessoas estavam um pouco mais à vontade com minha estranha presença, havia várias formas de “puxar papo”.⁶⁴ A depender de onde eu estivesse, era possível fazer perguntas disparadoras que motivassem que respostas monossilábicas cedessem lugar a narrativas floridas e sinuosas. No início de todas essas conversas, era mais fácil quebrar o gelo perguntando sobre a trajetória de migração até o DF. Percebi como falar dessa grande aventura era andar por terreno conhecido, o que sempre deixava as pessoas mais à vontade e, sobretudo, mais confiantes. Invertia a relação de poder diante de uma professora a qual julgavam saber das coisas e confirmava a autoridade daquelas narradoras idosas e experientes.

Se eu encontrasse as pessoas pelas ruas, geralmente indo resolver assuntos no comércio, banco ou centro de saúde, sempre tentava parar e conversar um pouco. Era uma forma de se lembrarem de mim, de resgatar algum assunto que tivesse nos chamado à atenção na última visita, de ficar sabendo de uma vizinha com “crise de pressão” ou alguém que tivesse ganhado um neto, voltado do Nordeste, comprado um esfingomanômetro. Eram todos fatos que poderiam me levar a próximas conversas.

Se estivesse de pé ao portão da casa, eu aproveitava a paisagem da rua para saber como era aquele bairro quando, muitas décadas antes, haviam chegado para morar. Ou se avistasse alguma vizinha, queria saber quem era, onde era sua casa e se tinha relação com a anfitriã. Algumas pessoas mapeavam cada casa da rua, demonstrando a um só tempo conhecimento e influência sobre a área. Os contatos sugeridos por essas

63 Id. *ibid.*, p. 156.

64 Nations et al. (2011, p. s379).

moradoras me informavam sobre a rede de vizinhas com “quem se davam”, isto é, com quem tinham afinidade e poderiam contar. Também me informavam sobre a parentela extensa que vivia na redondeza e, junto com vizinhas e irmãs da igreja, criavam uma rede de apoio bastante importante para assuntos financeiros, festivos e também patológicos. Atentos à minha presença no portão, alguns maridos, filhos e netos chegaram a questionar a segurança de receber pessoas estranhas em casa. De pronto, eu oferecia todas as credenciais que tinha à disposição, como nome de minha instituição, carteira profissional, telefones de contato, referências de outras casas da rua onde havia estado anteriormente. Essa última informação geralmente guardava a maior eficiência para acalmar as suspeitas sobre minhas intenções. (Soube de casos de pessoas que haviam se passado como vendedores ou religiosos e, uma vez dentro do domicílio, perpetrado assaltos e furtos.)

Se estivesse dentro de casa, na varanda ou na sala de estar, sempre funcionou falar da “casa da SHIS” (Sociedade de Habitação de Interesse Social) em comparação com a casa atual, bastante reformada (como descreverei no capítulo 2). Cada fase da arquitetura era chance para falarmos dos empregos que tivessem assumido e dos momentos em que as condições de vida permitiram poupar e planejar. Os retratos no alto da parede, meio tirados, meio pintados, ajudaram a saber das histórias de noivado e casamento, da parentela extensa, da região de origem. Uma nova almofada abria um papo sobre artesanato, troca de pontos e linhas entre vizinhas, formas femininas de subsistência. Uma televisão LCD, ainda com o plástico de cobertura, informava sobre um filho que passara num concurso público e começara a presentear os pais e modernizar a casa, alusão à ascensão econômica daquele núcleo doméstico. Se estivesse na cozinha e café, chá e biscoitos me fossem oferecidos, era possível saber das limitações dietéticas que tentavam seguir ou sobre quem fazia as compras e preparava os alimentos, cenário que tinha impacto direto sobre as adoentadas da pressão. Era notável como os assuntos se tornavam mais amenos e, ao mesmo tempo, mais personalizados quando a entrevista na sala de estar se transformava em fofocas na copa. Mais e mais, a conversa fluida e leve permitiu que essa pesquisa se construísse.

Alguns dos poucos maridos que conheci por vezes se incomodavam com minha presença, talvez julgando que sua opinião como chefe da casa deveria ter sido consultada primeiro. Às vezes, davam sinais de que precisava partir, de que a esposa tinha compromissos, de que muito tempo ali eu já tinha passado. Algumas mulheres ficavam constrangidas, outras ignoravam as indiretas dos esposos, mas algumas, incomodadas comigo, aproveitavam a autoridade masculina como desculpa para minha partida. No final das contas, a impressão era de que elas, apesar de toda crítica ou repreensão masculinas, eram as personagens a definir sobre a rotina de visitas.

Eu voltava às casas que tivesse visitado repetidas vezes. Em geral, chegava ao bairro com duas ou três pessoas em mente para visitar. Era comum que esse “oizinho” rápido virasse a oferta de uma cadeira de fio, um café e um novo dedo de prosa. Se estivessem disponíveis, eu ficava alguns minutos e insistia que continuassem a tarefa na qual estavam envolvidas, seja uma costura, a cata do feijão, a administração de

um remédio à ente adoentada. Telefones tocavam, vizinhas chamavam no portão, panela de pressão exigia presença – as conversas seguiam o fluxo das rotinas da casa, sendo interrompidas aqui e ali, convertendo os assuntos das interrupções em novos tópicos a serem discutidos. Tudo servia à pesquisa, já que conhecer o contexto em que aquela senhora estava inserida me interessava. Minhas visitas sem agendamento prévio, embora pudessem interromper a agenda das pessoas (e tentava atentar para isso), comunicavam que eu desejava encontros desprentensiosos e sem roteiro estruturado e também me permitia ter algum acesso ao cotidiano espontâneo. As pessoas eram muito gentis, como me disse seu Gilberto, “Que atrapalha nada, menina! Eu estava ‘muito ocupado’ fazendo minha palavra cruzada”. Claro que eu sempre voltava outra hora se estivessem indisponíveis ou de saída, eu queria provocar menos distúrbio possível. Era preciso ter cartas na manga porque, de cada três casas visitadas de chofre, somente uma ou duas tinham tempo e disposição para convivência e novas perguntas.

Se eu estivesse simplesmente sentada no banco de espera dentro do centro de saúde, eu procurava ficar próxima das pessoas de mais idade e à frente dos consultórios das “médicas da pressão”, apostando que tinham vindo naquele dia para a consulta do “grupo da pressão”.⁶⁵ Por vezes, eu começava em silêncio, apenas observando o movimento. Esperava algum assunto ser iniciado entre as pessoas para, delicadamente, fazer algum comentário e ser aceita na conversa. Outras vezes, eu abordava a pessoa, me apresentava e pedia licença para lhe dirigir algumas perguntas. Ou, ao tomar notas sobre uma conversa anterior, o caderno despertava curiosidade e o papo desenvolvia. À época de minha gravidez, a barriga proeminente sempre despertava perguntas e eu conseguia reverter várias delas de volta às interlocutoras. Quando eu estava acompanhada de alguma outra pesquisadora, especialmente na fase de seu treinamento inicial, as pacientes por vezes atentavam para nossas conversas, interrompiam se julgassem necessário e nos ofereciam opiniões e correções muito proveitosas.

Se estivesse na sala de reuniões durante as atividades do “grupo de Hiperdia”,⁶⁶ no grupo de ginástica lá do lado de fora do centro de saúde ou no forró que acontecia na associação dos idosos da Guariroba, a algumas quadras dali, era mais difícil conversar porque todos ficavam em silêncio e atentos aos resultados das aferições da pressão e também aos avisos dados pelas técnicas em saúde, no primeiro caso; nos comandos da professora de ginástica e nos movimentos do próprio corpo, no segundo caso; ou na música, no passo de dança e no flerte, no terceiro caso. Além do que, exercícios físicos que demandavam muita coordenação motora dificultavam minha capacidade de conversar com as pessoas. Não era fácil seguir os exercícios, formular perguntas e ainda atentar às respostas, ainda mais se a música estivesse muito alta e

65 Ao longo desses seis anos de pesquisa, a pedido das autoridades sanitárias locais, passei os diferentes projetos de pesquisa pelo escrutínio ético de comitês de ética. Ainda assim, para uma discussão crítica sobre esse diálogo entre o chamado “sistema CEP/ CONEP” e a Antropologia, ver Duarte e Sarti (2013), Vitoria et al. (2004), Fleischer (2015), Fleischer e Schuch (2010).

66 “Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos”, política pública do Ministério da Saúde e adotada nos centros de saúde pelo país. Um maior detalhamento sobre o Hiperdia será desenvolvido no capítulo 4.

os corpos muito próximos, como no caso do forró. Conversar também concorreria com a autoridade das enfermeiras e da educadora física, situações que eu não desejava criar. Ao final dessas atividades, algumas pessoas me abordavam para perguntar quem era e, então, era a vez de elas puxarem papo com a pesquisadora.

Se eu estivesse no centro de saúde, dentro ou fora de seus consultórios, era possível encontrar e conversar com as funcionárias. Às vezes, eram encontros rápidos, no corredor, enquanto iam de um lado a outro realizar alguma tarefa. Eu aproveitava para lhes cumprimentar pelo nome e reforçar o meu próprio nome. Se tivessem um pouco mais de tempo, eu resgatava algum assunto que eu tinha presenciado da última vez e que queria expandir, ouvindo sua versão sobre o assunto. Dificilmente conversavam comigo quando eu estava no território das pacientes, como as filas, bancos de espera e grupo de ginástica. Mas nos cafés, na cozinha, na sala de reuniões, sala de acolhimento ou até no metrô, enquanto nos transportávamos para ou da Ceilândia, elas eram abertas às minhas perguntas. Além disso, quando eu estava observando a realização concreta do serviço, depois que a paciente tivesse sido atendida, era possível desenvolver toda uma série de perguntas e respostas. Notei isso particularmente rentável dentro da farmácia, na sala de acolhimento e no consultório. Como também foi uma das estratégias metodológicas de Fainzang,⁶⁷ estive em quase todas das 127 consultas de “hipertensão” que nossa equipe teve a oportunidade de acompanhar. Era preciso cuidado para não atrapalhar as funcionárias nesse horário de trabalho, deixava sempre que me demonstrassem sua disponibilidade. Tanto que, embora produtiva, a discussão do caso em questão durava apenas alguns minutos, e, se eu quisesse elaborar mais, seria preciso encontrar um momento posterior em vez de retardar o atendimento da próxima paciente.

Em todos esses lugares por onde passei, as conversas muitas vezes acabaram envolvendo mais do que a pessoa que eu tinha em mente. No portão, as vizinhas que iam passando se achegavam e incrementavam os relatos. Fofocas eram mote para boas conversas. Dentro de casa, maridos, filhas e netas se interessavam pelo assunto, sentavam por perto e rapidamente já estavam também compartilhando suas opiniões. No corredor do centro de saúde, uma funcionária vinha pedir a assinatura da colega com quem eu conversava. Acabava ficando e adicionando mais informações ao assunto que desenvolvíamos. No banco de espera, era quase impossível conversar com uma pessoa por vez, ali a discussão coletiva era a forma de conviver, virando grupos focais improvisados e espontâneos. Essa facilidade de se inserir nessas conversas indicava como os assuntos em voga – migração, Guariroba, serviços de saúde, medicamentos e pressão – interessavam a muita gente e faziam render nosso encontro. Mas não posso perder de vista como também revelavam as linhas de autoridade, já que algumas vozes tentavam se sobrepor a outras, como uma cuidadora que falava em nome da parenta acometida por um AVC; netas que, na ausência das avós, deduravam seus comportamentos tidos como desviantes em relação aos remédios

67 Fainzang (2010).

e alimentos; ou chefias que monopolizavam as respostas na roda do cafezinho no centro de saúde, por exemplo. Era um desafio metodológico conseguir distinguir e registrar as diferentes vozes, mas também desafio antropológico ao notar que tipo de assuntos gerava performances coletivas e autoritárias ou com que tipo de audiência eles me identificavam para os desabafos, cumplicidades e denúncias que estivessem comunicando. Essas situações coletivas permitiam uma ampliação importante ao falar de pressão alta, já que envolviam pessoas que não a vivenciavam diretamente na pele. Era possível, assim, reunir acepções sobre a pressão de modo geral.⁶⁸

Eu gostava de passar horas e horas no banco de espera do centro de saúde. Sempre surgiam histórias fabulosas e personagens que eu dificilmente teria conhecido de outra forma. As pessoas eram muito generosas no que me contavam, talvez fosse mais fácil falar para “estrangeiros” que provavelmente não voltariam a ver.⁶⁹ Algumas me lembraram como esses diálogos foram proveitosos também para elas, como disse dona Dinorá: “Ainda bem que tinha você para conversar enquanto esperei”. De fato, quando o papo estava muito animado, eu desejava secretamente que a médica demorasse em chamar aquela paciente. Deparei-me com esse dilema ético, já que as pessoas abominavam as filas e tudo o que queriam era voltar às suas incumbências em casa. Para contornar esse dilema, passei a ficar atenta também às pacientes que fossem “encaixes”, pois teriam que esperar a fila acabar para serem atendidas e eu ficava menos constrangida em lhes tomar tempo.⁷⁰ Em outros momentos, sentia um excesso de *flânerie*,⁷¹ cansava-me conhecer dezenas de pessoas de modo fugaz e superficial ali no posto. Muitos bons assuntos que tinham despertado meu interesse e se somado à pesquisa ficavam pendentes quando a pessoa era chamada para o consultório. A pesquisa ganhava em abrangência, mas perdia em profundidade. Nesses momentos, eu aproveitava os convites (ou eu mesma sugeria a possibilidade) para seguir com as pessoas até suas moradas e, a partir dali, começar uma nova sequência de contatos pela sua vizinhança, como parece ser mais usualmente o caso de outras pesquisas sobre problemas de pressão.⁷² Nesse movimento, eu tentava fazer uma proposital guinada de “pacientes” a “usuárias”, e destas a “moradoras” ou simplesmente a “pes-

68 Strahl (2003, p. 312).

69 Simmel ([1908] 1983).

70 O “encaixe” poderia atender diferentes pacientes: quem não tivesse conseguido ir no dia do seu “grupo da pressão”; quem estivesse passando mal naquele dia e procurava uma solução imediata; quem precisasse de uma consulta de rotina e sabia que o “encaixe” seria mais rápido do que marcar uma consulta no balcão de atendimento e esperar por semanas até que o chamassem. Esses expedientes ficarão mais claros no capítulo 4. Mas há um comentário ético importante a ser feito nesse momento. A paciente de “encaixe”, por mais produtiva que pudesse ser à pesquisa, talvez guardasse uma vulnerabilidade específica. Talvez estivesse fora dos “grupos da hipertensão” e, por isso, sem consultas, receitas e remédios há algum tempo. Assim, talvez estivesse com a pressão “descontrolada” e passando especialmente mal naquela manhã. Além disso, ela seria a paciente a mais esperar por uma consulta e encontraria a médica no momento mais cansado de seu turno de trabalho. Minha presença, portanto, precisava ser dosada com cuidado, para não somar a esse quadro desfavorável em que a teria encontrado no centro de saúde naquele dia.

71 *Flânerie* se refere a caminhar, percorrer, passear por vários espaços com contemplação, mas também com a observação atizada. Em excesso, como Simmel ([1903] 2005) nos ensinou, pode comprometer a capacidade de manter a atenção investigativa e resultar em um efeito *blasé*.

72 Greenfield et al. (1987), Strahl (2003).

soas” que haviam construído o que chamavam de Guariroba. As conversas nas casas eram, certamente, mais longas e, se recorrentes, ganhavam densidade e detalhamento impossível nos parques minutos do banco de espera. Quando esses contatos haviam se desenvolvido, voltava ao banco de espera para conhecer mais gente, ouvir mais histórias, provocar-me com novas questões. Ao longo dos anos, fiz uma costura constante entre casas e instituições. Arejava-me a cada retorno.

5. Nas casas: de fora para dentro, da saúde à universidade

While you are actively learning about someone else, you are passively teaching them about yourself.⁷³

Veza ou outra, as pessoas que eu tinha visitado ou conhecido em minhas andanças pelo bairro acabavam por me encontrar dentro do centro de saúde e me viam conversando com as funcionárias ou mesmo assistindo ao que acontecia dentro de salas, consultórios e balcões. Pelo fato de frequentar a reunião do “grupo de hipertensas” e sentar em frente da sala onde se aferia a pressão, muitas pessoas começavam achando que eu poderia ser uma paciente, mas ficavam confusas quando eu dizia não estar ali para medições ou atendimento, mas em razão de uma pesquisa. Eu deixava o chão comum de “usuária” e ascendia levemente, embora não lhes ficasse totalmente claro até que ponto. Assim, falar de assuntos de saúde, ter estudo e vínculos com a universidade, ter a cor da pele branca e por vezes estar motorizada eram todos aspectos que mantinham presente uma espécie de “jaleco invisível”, como experimentei em pesquisas anteriores.⁷⁴

Mesmo que eu não tivesse partido, por exemplo, de cadastros do Hiperdia para conhecer essas pessoas, como pode ser comum em outras pesquisas sobre a pressão alta,⁷⁵ o fato de algumas pessoas terem me conhecido dentro das instituições foi suficiente para que me relacionassem com o mundo “da saúde”. Quando eu passava às casas, era apresentada a filhas ou vizinhas assim: “Essa é a moça do hospital que eu te falei”, “Ela é do posto”, “Ela veio lá do X [número do centro de saúde do bairro]”. Parabenizavam os membros mais jovens de nossa equipe por estarem estudando para serem médicas, especialmente quando as conheciam fazendo observações dentro dos consultórios. Ou achavam que eu estivesse vendendo ou distribuindo remédios, confundindo-me com as vendedoras de xaropes caseiros que, volta e meia, passavam por ali com suas carroças ou carrinhos de mão. Uma senhora sempre me perguntava, quando chegava à sua casa, se havia levado o glicosímetro. “120 não é diabetes, né?”

73 “Enquanto você está ativamente aprendendo sobre outra pessoa, você está passivamente ensinando-os sobre você” (DAVIS, [2014] 2015, s/p, tradução livre).

74 Fleischer (2011b, capítulo 1).

75 Canesqui (2015, p. 93).

repetiu algumas vezes, tentando fazer com que eu lhe ajudasse a definir seu estado de saúde. Além de diagnósticos, também me foram pedidos prognósticos ou, ao menos, a confirmação dos tratamentos que tinham lhes sido receitados: “Para que é esse remédio?” ou “Veja aqui: esse comprimido é para a pressão?”, perguntavam ao me mostrar um receituário ou uma cartela. Em outra situação, ao visitar um baile de forró da terceira idade, eu fui convidada a apresentar a pesquisa. Depois de falar rapidamente ao microfone, meia dúzia de senhoras me abordou para perguntar se poderiam ter a pressão aferida.

Como provável “médica” ou “enfermeira”, fui convidada a ler bulas, explicar receitas, fazer aferições e interpretar os números que surgiam nos visores dos equipamentos, como também aconteceu com outras pesquisadoras do mesmo tema,⁷⁶ embora eu sempre tenha esclarecido que não tinha expertise para tais tarefas e frustrasse esse público ao não as realizar. Eram todas tarefas que elas viam rotineiramente nos postos de saúde, eram todos pedidos que dirigiam às profissionais da sala de nutrição, consultório e farmácia. Remédios, resultados numéricos e rotinas alimentares eram assuntos que imaginavam ser previsíveis para quem convivía com problemas de pressão. E, ao esperarem essas tarefas de mim, ao encenarem um certo personagem de “hipertensa”, estas senhoras estavam por me localizar dentro dessas instituições e, para deleite da pesquisa, estavam também a projetar como imaginavam que deveria ser o centro de saúde e a biomedicina. Uma senhora, ao declinar a participação de seu esposo na pesquisa, disse simplesmente, “Não, ele não está precisando da ajuda de vocês, não. Ele está bem, cuida muito bem da saúde”. A “pressão” precisava de “ajuda” para ser “controlada” e, em geral, era das profissionais de saúde que mais viam essa ajuda chegar. Essas pessoas me mostravam, claramente, **como** viam os “problemas de pressão” e **onde** e **com quem** julgavam pertinente resolvê-los.

Quase todos tinham seus remédios e manômetros em casa. No início da relação, eram temerosas em compartilhar comigo os resultados que deles emergiam, pareciam receosas de que eu pudesse recriminá-las. Na mesma toada, por algum tempo, as pessoas sustentaram um discurso oficioso diante de minha presença. Era comum, para descrever o que lhes tinha sido receitado, essas senhoras trazerem as caixas vazias dos remédios, para provar que cumpriam as prescrições. Quando contei com estudantes da farmácia e da saúde coletiva na equipe, algumas moradoras procuravam evitar mencionar o consumo de plantas medicinais, reforçando, como disse uma senhora, “Eu uso mesmo é o remédio do médico”. Era como se esperassem que minha visita fosse uma espécie de fiscalização, como uma agente comunitária de saúde (ACS) ou enfermeira em sua ronda mensal.

Estavam acostumadas a um tipo de relação hierarquizante e infantilizadora por parte dos profissionais nas instituições de saúde.⁷⁷ Em casa – seu território por excelência –, avaliavam como poderiam manter sua autonomia sobre os cuidados com a

76 Alves (1998, p. 186).

77 Anderson (1995).

pressão diante da presença inesperada e um pouco anômala de nossa equipe, como supunham, “da saúde”. Uma passagem me alertou para esse ponto. Algumas pessoas achavam que o “conversar”, proposto pela pesquisa, seria um momento pedagógico em que eu lhes passaria informações ou orientações de como tomar um remédio ou como evitar certas comidas em vez de, como eu propunha, um diálogo. Um trecho de meu diário de campo pode transmitir a negociação que por vezes eu percebia estar em curso, a partir da imagem “da saúde” que me era atribuída:

Dona Filomena, a estudante Monique e eu caminhamos duas casas ao lado. Ela não encontrou a campainha na casa da vizinha, mas tampouco bateu palmas. Pegou o cadeado do portão e bateu contra o metal. Eu não conhecia essa técnica, mas funcionou muito bem e logo apareceu a dona da casa. Dona Tina tinha 86 anos, alta, um pouco gordinha, mais para branca. Usava um vestido daqueles compridos e floridos de ficar em casa. Muitas rugas no rosto. Dona Filomena explicou que eu era professora (ela me chamava assim a todo tempo), que estava fazendo uma pesquisa sobre os problemas de pressão e que queríamos conversar com dona Tina. “Ah, entendo, a senhora vai vir aqui, vai trazer remédio, medir a pressão da gente, é? Isso é bom”. Eu expliquei, como geralmente fazia nesses momentos, um pouco constrangida e sempre com uma sensação de dívida por não oferecer o que esperavam, que não éramos da saúde. Expliquei que éramos da UnB, da Antropologia, e que queríamos conversar com as pessoas sobre suas experiências com a pressão alta. Ela pareceu desconfiada, “Ah, palestra a gente tem muito. Eu já sei tudo. Não precisa mesmo, não”. Eu expliquei que não daríamos palestra, mas era ela quem falaria, ela quem contaria sua história. Ela dava mostras de desinteresse. Eu achei melhor recuar, mas não dona Filomena: “Que é isso, vizinha, mas você gosta tanto de conversar! Eu falei para elas que você passa lá em casa para conversar comigo”. Dona Filomena parecia não querer ser desmentida, não perder a propaganda que havia feito da vizinha. “Mas eu nem sei o que dizer, a memória não ajuda. Será que eu vou saber alguma coisa?”, duvidada dona Tina. “Vai sim, elas vão puxando a conversa, vão fazendo a gente se lembrar, é fácil”, animava dona Filomena. Sempre gostava de ver como uma pessoa recém-entrevistada se referia à experiência da entrevista. No caso de dona Filomena, eu temia que tivéssemos lhe atrapalhado, por exemplo, ao falar de coisas difíceis como a morte da mãe, os primeiros tempos em Brasília, a doença do pai etc. Mas

parecia não ter sido tão difícil para ela. “Mas como é, vocês marcam para vir aqui?”, foi cedendo aos poucos dona Tina. Eu já tinha desistido, quando ela me surpreendeu com essa última pergunta. Sim, sugeri um dia que lhe fosse conveniente. Por fim, ela disse com um sorriso amistoso, “Qualquer dia, eu estou sempre aqui. Pode vir, minha filha”.

Ficava-me claro como as ações didáticas, tão recorrentemente oferecidas nos centros de saúde e hospitais como componente condicional do acesso aos serviços de saúde, poderiam perder relevância fora do espaço institucional. Como procurei mostrar no capítulo 4, as pessoas ali do bairro sabiam muito claramente que as palestras eram uma das instâncias que precisavam suplantar para ter acesso a prescrições e remédios para controlar sua pressão, mas isso não quer dizer que apreciavam ou se beneficiavam diretamente dessas reuniões e encontros promovidos para discutir a HAS. Ao menos em casa, como dona Tina me revelou, era possível recusar o que julgara, à primeira vista, ser um componente desse pacote. Inclusive, talvez algumas pessoas só tenham aceitado de modo simpático a minha presença não anunciada em razão de certa reverência estratégica aos profissionais da saúde, e, ao descobrirem que eu não era do posto ou do hospital, já era um pouco tarde para retrocederem nos salamaleques comigo. Minha aposta era de que, a essa altura, minhas perguntas sobre suas vidas já tivessem lhes engajado em boas conversas e até, quem sabe, começado a criar relações amistosas e mutuamente prazerosas para os dois lados.

Talvez pela confusão com o “pessoal da saúde”, talvez por outras informações que observavam em meu vestuário, materiais de pesquisa ou jeito de falar, deram sinais de que percebiam várias diferenças entre nós, inclusive em termos de classe social. Seu Rafael não quis que eu lhe visitasse porque sua casa era muito “bagunçada”. Dona Dinorá aceitou que lá fosse, desde que “não reparasse na boniteza da casa”, disse irônica. No início, pediam muitas desculpas por uma pintura que estivesse descascando nas paredes, por ter apenas café para me oferecer, por estarem com uma roupa tida como simples. Aos poucos, foram deixando chegar sua curiosidade sobre onde eu morava no DF (um marcador bastante eficiente numa cidade tão segregada), se eu era “rica”, se tinha bens valorizados por eles como planos de saúde, carros ou imóveis e por que eu não tinha medo de andar por ruas onde diziam ter visto assaltos e violência. Associar-me à “saúde” também poderia ser oportuno, sobretudo quando fosse possível se beneficiarem de alguma mediação que eu potencialmente pudesse realizar com os serviços de saúde, suas profissionais de saúde, consultórios ou salas de exames. Depois, acredito que tenham notado como meu olhar não priorizava sua renda ou condições de vida, que eu não escolhia com quem conversar com base no uso da rede pública ou privada de saúde, que não deixava de visitar uma casa porque havia um membro alcoolista ou cumprindo pena em alguma prisão local. Dos dois lados, fomos baixando a guarda e nos esforçando por entender as intenções mútuas.

Informar sobre minhas credenciais da universidade ou da antropologia era admitir que não contava com a expertise que esperavam de mim. Era saber menos, era conhecer menos, era poder ajudar menos. Esse quadro reforçava, por vezes, minha sensação de dívida, já que ao pedir uma entrevista eu não só tinha que explicar que não traria serviços médicos em contrapartida como tampouco traria qualquer outro tipo de saber ou bens que pudessem ser imediatamente úteis àquela família. Algumas pessoas se retraíram de me receber; mas, em geral, muitas concordaram que seria agradável papear; outros entendiam, felizmente, que seria **eu** a aprender sobre a convivência com a “dita cuja”.

Aos poucos, quando as pessoas conseguiram diminuir suas expectativas em relação à minha presença, passei a ouvir outras formas de se referirem a mim. Passei a ser apresentada como estudante, pesquisadora, professora, pessoal da universidade. Muitas moradoras tinham netos que estavam na universidade. Ler, escrever, fazer provas e pesquisas vinham se tornando práticas comuns naquelas casas. Outras pessoas tinham participado de pesquisas, como um senhor que tinha trabalhado por décadas como jardineiro na UnB. Quando o conheci, ele já era aposentado, mas seus filhos trabalhavam no viveiro, restaurante e limpeza da universidade. Era uma “família UnB”, como ele descreveu. Ele tinha sido convidado a responder questionários e perguntas sobre diversos temas enquanto cuidava das flores que faziam o prédio do Minhocão tão vistoso. Algumas pessoas apresentaram **seu** entendimento de “pesquisa”, me perguntavam se era “pesquisa de remédio para a pressão”.⁷⁸ Uma das casas que eu visitava tinha sido incluída na PNAD e, numa das vezes que por ali estive, a “moça do IBGE” também apareceu. Imagino que o contato com esse tipo de profissional também ajudava aquelas moradoras a fazerem sentido de meus roteiros, fichas, papéis e até eventuais gravadores.

Mesmo que continuassem a me ver como “da saúde”, ao menos notaram que eu não era exatamente como as profissionais dos postos ou dos hospitais que comumente frequentavam. Eu demonstrava disponibilidade para temas que não tinham espaço na agenda apressada dos consultórios, curiosidade por conhecer os membros da família e experimentar a sua culinária, interesse em entrar em suas casas e frequentar seu bairro, ajudando a embaralhar a imagem que tinham de alguém “da saúde”. De repente, comecei a ouvir comentários despreocupados e corriqueiros de que a medicação da pressão não era tomada à risca; era exposta a um bate-boca com um filho sem constrangimento; via a louça suja da noite anterior aguardando na pia da cozinha, sem que me fossem pedidas escusas.

Deixava, aos poucos, de ser “da saúde” para virar “da universidade” e, assim, me mostraram outras imagens, de como as pessoas com estudo poderiam ser arrogantes e distantes – e os serviços de saúde eram espaços onde mais tinham chance

⁷⁸ Esses comentários me revelaram um dado importante que será tratado no capítulo 6. “Fazer testes” ou “fazer pesquisa” com os remédios receitados era uma prática comum entre as pacientes, que a um só tempo informavam desconfiar do clínico, do fármaco, da farmácia, da Secretaria da Saúde e da indústria farmacêutica.

de encontrar gente formada e estudada. Depois, se surpreendiam pelo fato de eu lhes provocar com outra forma de interagir. Ouvi de dona Socorro, ao se referir ao vizinho que nos apresentava a rua: “Ó, Gustavo, essa sua professora é muito gente fina, viu? Muito gentil, fala com todo mundo, muito bom isso”. Ou dona Mônica, que nos disse: “Vocês são pessoas estudadas muito legais”. Identificavam-me com uma ascendência social – seja da saúde, da universidade, do Plano Piloto, da cor da pele –, mas aos poucos foram desnaturalizando a hierarquia que daí poderia advir para falarmos dos problemas de pressão. Iam entendendo que não era exatamente da trajetória da doença, mas da experiência como adoecida que eu queria saber. Iam percebendo que, de fato, sabiam de muita coisa, como dona Tina cogitou receosa quando batemos em seu portão. Iam percebendo que seriam elas a me ensinar, e não o contrário. Desses encontros em cozinhas e alpendres, elas foram se reconhecendo como narradoras e tinham clareza dos efeitos dessas narrativas para meus aprendizados por ali, como lembrou dona Ester, uma costureira paraibana, ao final de quase três horas de conversa em seu ateliê: “Eu acho que dessas coisas todas que eu já falei, alguma coisa vai servir para a pesquisa de vocês. Acho que a palestra já foi boa, né?”.

6. Nos centros de saúde: de fora para dentro, da antropologia à saúde

Se as pessoas, quando me recebiam em suas casas, logo me associavam às equipes da saúde, o mesmo não aconteceu quando passei a circular pelos centros de saúde e conviver com as equipes profissionais. Pelo menos, não a princípio. No início, minha anomalia e falta de lugar eram notórias para as farmacêuticas, porteiras, auxiliares de enfermagem. Não compreendiam o que era Antropologia, não entendiam a razão de minha presença, uma vez que o “outro”, a paciente era quem precisava ser estudada. Segundo uma estudante de Enfermagem que morava ali na Ceilândia, o “outro pesquisável” estava até mais longe, em Itapuã, uma cidade que recentemente tinha sido criada, mas já era muito associada à pobreza, vulnerabilidade e violência no DF. Do ponto de vista das equipes, dentro do centro de saúde tudo era familiar, não precisava ser observado, descrito ou explicado. Oferecer serviços de saúde era um fato natural, positivo e desejado.

Era comum me associarem ao fato de eu ser da universidade, ao trabalho de ensino e pesquisa. Como definiu uma técnica em enfermagem, meu trabalho era “esse negócio de estudar, de livro, de ler e tal”. Algumas funcionárias vinham conversar comigo sobre seu desejo de estudar como uma possibilidade de “melhorar de vida”. Pediam dicas sobre como fazer vestibular, quais cursos eram interessantes e, com orgulho, contavam de suas filhas e netas que estavam numa universidade pública e reconhecida como a UnB. Pesquisadoras de outras áreas e faculdades já tinham passado por aquele centro de saúde. Estar acompanhada de estudantes, fazer perguntas e escrever eram todas atividades que faziam sentido às funcionárias que por ali

conheci, contanto que fosse voltado para entender o comportamento – geralmente, tido como pouco razoável – das pacientes.

Contudo, quando eu voltava minhas perguntas e cadernos aos membros da equipe, surgiram estranhamentos. Não se sabia ao certo o que a Antropologia estudava; não se esperava que as responsáveis pelos serviços fossem colocadas na berlinda da curiosidade científica. Quando perguntei a uma das funcionárias sobre sua formação e onde morava no DF, respondeu, um pouco confuso, “Ué, você também anota as coisas sobre a vida da gente?”. Ou, então, ouvi uma colega reprimir outra, um pouco mais boquirrota, “A Soraya está anotando tudo aí, viu. Você fica falando desse jeito, ela anota tudo”. Uma enfermeira, vendo sempre minha prática de escrever, comentou “Um dia roubo esse caderninho!”. A pesquisadora Natalia Bezerra teve seu caderno de campo retirado de suas mãos pelo guarda do local enquanto fazia anotações na sala de espera. Ele passou os olhos, inquisitivo, e depois lhe devolveu o material. Uma funcionária mencionou o caderno de campo de Ana Clara Damásio como possibilidade de resolver uma controvérsia com outra colega, “Pergunta aí para a menina que anota tudo se você não chamou aquela paciente”. Por mais intimidatórias e autoritárias que fossem essas passagens, eu sempre sugeria às estudantes, de modo pedagógico, que não se sentissem pessoalmente ofendidas e aproveitassem essas ocasiões para aprofundar a explicação sobre como a Antropologia trabalhava. Eu compartilhava minhas anotações com quem estivesse interessada, mostrava como e o que eu escrevia, fazia os bastidores da pesquisa mais transparentes com a expectativa de que o público ficasse mais à vontade com a minha presença. Alertava, porém, de que aquelas anotações que fazia de chofre não direta ou necessariamente seriam transformadas em artigos e livros. Inclusive, compartilhei vários dos artigos que foram publicados durante os anos em que ali estive fazendo pesquisa. Não estou certa de que foram lidos, mas eram tentativas não apenas de retribuição como também de tradução de meu ofício.

Nem sempre isso foi exitoso, contudo. Olhar, anotar e levar embora as anotações poderia ser visto como fiscalizatório, como eu já tinha experimentado com as moradoras em suas casas. Mas tomarem minha atuação como possível fiscalização só surgiu, ao que entendo, porque era uma prática também comum naquele serviço. Eu notava como se desconfiava, a todo momento, das intenções e atitudes das pacientes e das colegas. Havia um clima de suspeita por ali. Havia possibilidades de fraudes e deslizes acontecerem, como remédios serem levados para consumo próprio, receitas serem forjadas por pessoal não médico, consultas serem destinadas a parentes das funcionárias, material de escritório servir às filhas da equipe etc. Por isso, sempre surgia um novo tipo de formulário para documentar a circulação dos materiais, listas que controlavam a evasão dos estoques e insumos, livros em que se anotavam as pacientes que tivessem sido atendidas, crachás que identificavam quem poderia entrar em cada espaço etc. A burocracia era criada para que também as burocratas fossem vigiadas e andassem na linha. O “controle”, prática preventiva central no cuidado da “hipertensão”, como se verá no capítulo 5, era também utilizado para garantir

o funcionamento daquela instituição. Por isso, parece-me compreensível que essa ligeira resistência tenha surgido com a minha presença, associada a essa prática de observar e registrar. Temiam denúncias e suas consequências. Ora era vista conversando com uma funcionária, ora me encontravam sentada entre as pacientes. Essa costura poderia ser perigosa pelo potencial de fazer dialogar ou, pior, fazer transitar versões de um lado a outro, desafiando a forte territorialização local.

Enquanto não conseguiram esboçar a origem e o destino de meu trabalho, enquanto “Antropologia” foi um termo estrangeiro, estive em quarentena. Era, assim, mantida “do lado de fora”, bisbilhoteira na prática, delatora em potencial. Por algum tempo, tive que mostrar meu crachá para entrar no prédio, repetir as explicações sobre minha filiação, pedir licença para entrar em certa sala etc. Repeti meu nome muitas vezes, relembrei o tema do projeto de pesquisa, reforcei a vontade de entrevistar essa ou aquela pessoa. Aos poucos, como em geral acontece nas empreitadas etnográficas mais longas, foram reconhecendo meu rosto, deixando de me chamar de “senhora”, perguntando sobre minha gravidez e depois sobre o crescimento de minha filha, comentando sobre fatos que tivessem acontecido no posto durante minha ausência e que sabiam ser de meu interesse. Mais e mais, fui deixando de ser estranha àquela equipe.

Havia um outro personagem bastante fluido e, ao mesmo tempo, presente no centro de saúde. Vendedores de lanches, aparelhos de medir, equipamentos de massagem, doces e roupas tinham licença para entrar nas dependências do posto e abordar as funcionárias. Fui confundida com esses mascates, talvez pela grande bolsa que trazia a tiracolo, talvez pela identidade ambígua de estar ali dentro toda semana, mas não bater ponto nem assumir as tarefas a serem feitas para que o serviço funcionasse. Por vezes, sentia-me desconfortavelmente semelhante a um tipo específico de vendedora, as representantes farmacêuticas, que por ali eram vistas com muita frequência. Seria oportuno à minha pesquisa que algum tipo de relação com a equipe se estabelecesse, empática ou não, para que boas conversas daí decorressem. Eu vivia dilemas experimentados também pelas representantes, como me revelou esse jovem de uma empresa farmacêutica goiana:

Aqui, na nossa região, a recepção dos médicos é muito boa. É bem diferente quem trabalha no Plano Piloto, por exemplo. Lá é mais difícil de acessar os médicos. Eles nem sempre gostam que a gente entre, tome tempo dos pacientes. Não dá tempo para a gente conversar direito. A gente tem que fazer o relacionamento. Leva tempo. Quando mudar de área, tem que remar tudo de novo. Aqui, o doutor já conhece a gente pelo nome. Acaba, por fim, como se eu trabalhasse aqui.

Eu não desejava concorrer com o público do posto pelo escasso tempo das profissionais de saúde, mas reconhecia como “fazer o relacionamento” foi importante para esta pesquisa antropológica acontecer.

Sempre que eu estivesse presente enquanto uma atividade tomava parte, eu me colocava à disposição para que aproveitassem minha mão de obra, caso julgassem pertinente. Nas casas, atendi telefonemas, brinquei com crianças, dei caronas. No posto, participei dos exercícios da ginástica, ofereci o braço para amparar na caminhada até em casa, aceitei fazer um projeto de extensão. Diminutos atos que tentavam comunicar minha disponibilidade para além da mera observação externa. Quando transbordou a mexeriqueira de minha mãe, que também morava em Brasília, levei as frutas para quem eu visitaria naquela semana. A uma senhora que fazia belas peças de artesanato, sempre levava retalhos de tecidos. À assistente social, que vinha mantendo uma estante de leitura no corredor de espera do centro de saúde, eu dava as revistas e os livros que já tinham sido lidos pela minha família. À uma médica que me recebeu dezenas de vezes durante suas consultas, presenteei com um de meus livros sobre etnografias em serviços de saúde.⁷⁹ Com a diretora, deixei um DVD com nosso filme feito no bairro.⁸⁰ Eu retribuía a recepção que me promoviam, era preciso “remar”, como dissera o “rep”. Eram sempre ocasiões para avançar no laço e continuar a prosa.

Certo dia, depois de alguns anos frequentando os diferentes espaços do posto, cheguei ao final de mais uma manhã de ginástica com as idosas na parte de trás do edifício. As senhoras se reuniam em roda, davam as mãos, faziam alguma preleção, solicitação ou agradecimento e encerravam com orações cristãs. A assistente social, funcionária do posto que coordenava esse grupo, pediu uma salva de palmas. Em seguida, falou, “Eu queria agradecer à Soraya e a sua equipe por terem se juntado ao grupo, no lugar de fazer pesquisa do lado de fora”.⁸¹ A partir daí, comecei a notar como, mais e mais, a equipe do posto via a nossa equipe de pesquisa se “juntando ao grupo”. Quando estava grávida, em 2010, uma enfermeira comentou, “Que joia, temos você e a enfermeira, agora são duas grávidas aqui dentro. Teve um tempo que eram sete grávidas aqui dentro”. Uma primeira diretora que conheci, entendendo minha ampla circulação pelo espaço, pediu que eu usasse jaleco e crachá da UnB para que pudesse ser facilmente distinguida, evitando dar trabalho desnecessário aos seguranças, por exemplo. Assenti ao crachá, mas não ao jaleco. Quando as médicas iam nos apresentar aos pacientes, consultando se consentiam com a nossa presença dentro dos consultórios, diziam que estávamos “pesquisando a hipertensão”, “pesquisando a relação entre médicas e pacientes” ou, simplesmente, que “éramos da saúde”.

Além disso, o fato de transitar entre as pacientes começou a parecer estratégico à equipe. Uma primeira diretora pediu que ajudássemos a distribuir panfletos

79 Ferreira e Fleischer (2015).

80 Fleischer (2015).

81 Diário de campo de Monique Batista.

informativos sobre a dengue entre as pacientes. Outra diretora sugeriu: “Olha, as pacientes não sabem medir direito a pressão. Já que vocês estarão indo nas casas, poderiam ver se os equipamentos estão aferidos? Vocês medem com o manual e comparam com o digital”. Como já havia acontecido nas casas, aqui também tive que frustrar as expectativas dessas diretoras, já que não aceitei distribuir panfletos nem ajustar equipamentos. Tanto a minha circulação nas casas das moradoras do bairro quanto a minha disposição em conversar com pacientes e acompanhar o trabalho das funcionárias no posto criaram expectativas de aplicabilidade imediata da pesquisa, como outras antropólogas da saúde também enfrentam com frequência.⁸²

Não era apenas mão de obra disponível, mas como vinha de uma área pouco compreensível, foram me absorvendo de modo geral e inespecífico para “o lado de dentro”. Fui trazida mais para próximo da equipe do que deixada ao lado das pacientes. De certa forma, era apaziguante deixar uma posição de estrangeiridade e até anomalia. Contudo, poderia ser perigosa essa aceitação. Localizavam-me numa ponta ascendente da hierarquia social e técnica. Em geral, estavam me revelando as clivagens que ali dentro operavam: o mundo dentro de um centro de saúde era simplesmente dicotômico, entre quem atendia e quem era atendida, entre quem sabia e quem devia aprender, entre quem mandava e quem devia obedecer. Aos poucos, as equipes viram que eu não usava branco, não portava crachás da Secretaria, não atendia, não tinha opinião técnica, mas que observava bastante, inclusive detalhes que passavam despercebidos, anotava muito e fazia perguntas sobre esses detalhes. Minha presença não era insípida nem passiva, mas ainda assim muitas das minhas perguntas dispararam conversas realmente instigantes e até reflexivas em alguns momentos com as equipes.

No final das contas, muitas pacientes começaram me vendo como “da saúde” e avançaram até me localizarem como sendo “da universidade”, e, por sua vez, as equipes começaram me vendo como “da universidade” e aos poucos me levaram “para dentro” do posto. Eu acabei encapsulada pela “saúde” de um modo ou de outro, no começo ou no final. Conseguia, aqui e ali, escapar a partir de outras identificações, mas essa preocupação em escapar só durou até eu perceber as importantes categorias locais que estavam sendo comunicadas nesses esforços de classificação de minha presença. Mais à vontade e um pouco melhor compreendida, fui aproveitando os bons encontros e as boas conversas.

7. De dentro para fora: dos cadernos de campo ao livro

Every time you remember something, you are actually recreating a story. You have an idea, you are continually remembering it, as if making a lot of mental xeroxes of it, over and over again, until it becomes

82 Fainzang (2010).

*something so steeped into your brain stuff that it is a piece.*⁸³

Em quase todas essas situações de campo na Guariroba estive acompanhada de estudantes. Estavam realizando seus trabalhos de graduação, iniciação científica ou extensão. Na primeira etapa (2008-2009), que contou com Gustavo Angeli, Gilvan de Freitas Bonfim Junior, Ana Paula de Araújo Barbosa, todos estudantes de Saúde Coletiva ou Farmácia na FCE, e Mariana Marchão, do Departamento de Antropologia, estivemos focadas em começar a conhecer o bairro e discutir sobre adoecimentos mais comuns e a forma como os remédios eram eleitos e consumidos nesse esteio. Na segunda etapa (2009-2010), com Amanda Frenkle, Natharry Almeida e Natalia Bezerra, migramos para dentro do centro de saúde, na expectativa de entender como as pessoas do bairro por ali circulavam e se relacionavam com as equipes de saúde. Na terceira etapa (2011-2012), quando Monique Batista, Natharry Almeida, Polliana Esmeralda, Luiza Rabello e Marcos Alvarenga estiveram comigo, atendemos uma demanda vinda do centro de saúde e elaboramos um projeto de extensão para entender as condições de trabalho e adoecimento do seu quadro funcional.⁸⁴ Na quarta etapa (2012-2013), com Monique Batista e Hugo Cardoso, passamos para o lado de fora do centro de saúde, a fim de conhecer o grupo de ginástica e suas práticas de cuidado com a pressão, resultando inclusive na produção do filme “Bicha braba”.⁸⁵ Na quinta e última etapa (2013-2014), na companhia de Mayara Albuquerque, Ana Clara Damásio, Paulo Coutinho e Fabiana Oliveira, voltamos para espaços ainda mais reservados da Guariroba, já que os consultórios e as cozinhas viraram focos de nosso interesse. Quase todas essas pesquisadoras produziram pôsteres, artigos, *papers* e monografias a partir dessas andanças pela Guariroba.

À época, para quase todas essas estudantes, essa empreitada antropológica foi a primeira oportunidade de realizar pesquisa de campo.⁸⁶ Sempre que uma nova pesquisadora integrava a equipe, eu gostava de percorrer novamente as ruas do bairro para lhe mostrar a geografia local e as casas que já conhecíamos. Nesse percurso, era provável encontrarmos algumas anfitriãs lavando o piso da garagem, estendendo uma roupa no varal ou ajeitando os vasos de plantas que tão bem mantinham à vista de todos. Pela grade, essas pessoas nos viam e aproveitávamos para nos achar. Ao

83 “Toda vez que você lembra de alguma coisa, você está na verdade recriando a história. Você tem uma ideia, você está continuamente lembrando dela, como se fizesse um monte de xerox mentais dela, de novo e de novo, até que se torne algo tão impregnado na sua cabeça que se torna uma peça” (SIROTA, 2014, s/p, tradução livre).

84 Uma das diretoras do centro de saúde pediu que lhe ajudássemos a mapear as razões de sofrimento laboral que os funcionários vinham enfrentando. Em 2011, organizamos um projeto de extensão que, em sua primeira etapa, realizou entrevistas com 29 (das 70) funcionárias do local para, numa segunda etapa, mapear soluções para reverter esse sofrimento. Infelizmente, a equipe do centro de saúde não demonstrou interesse em encabeçar a segunda etapa e, como iniciativa extensionista, pareceu contraditório assumirmos tal responsabilidade (ALVARENGA et al., 2012).

85 Bicha braba (2015).

86 Fleischer (2012b), Gama e Fleischer (2016).

apresentar a novata, logo surgiam convites para que viesse conhecer a família e começar um novo ciclo de conversas.

Quando chegávamos à casa das pessoas, eu geralmente conduzia a conversa e dirigia as perguntas, deixando que as demais pesquisadoras interrompessem quando desejassem. Nas vezes subsequentes, tentava me tornar um pouco mais opaca na cena, incentivando que elas exercitassem introduzir perguntas e aproveitar os ganchos que surgissem para novas questões. Logo desenvolviam seu próprio ritmo e estilo nessa tarefa. Durante o retorno no metrô e nas reuniões semanais, debatíamos nossas dificuldades, limitações, soluções. Em todo o processo, eu tinha clareza de que, para além dos objetivos diretos da pesquisa, havia também propósitos pedagógicos em andamento, como aprender a pesquisar na prática, revisar o legado solitário de nossa área, aperfeiçoar as metodologias de trabalho coletivo etc.

Antes de chegarmos para um dia de campo, havíamos planejado quem visitar e qual o tipo de conversa (panorâmica ou aprofundada), retomar questões anteriores ou apresentar novos assuntos. Eu sugeria começar pelas histórias de migração. Ouvir sobre a biografia daquelas moradoras também contribuía para que o fosso geracional fosse atenuado, permitindo que as estudantes conseguissem se transpor para 1960 ou 1970, quando aquela idosa teria tido idade semelhante às pesquisadoras. Além disso, ao orientar a conversa para assuntos familiares, evitávamos que o enfoque patológico desse o tom inicial da conversa, permitindo que menções às doenças surgissem **das** narrativas (e não inicialmente das perguntas) e fossem devidamente contextualizadas e aprofundadas conforme o interesse e ritmo da interlocutora.

Eu recomendava que os cadernos de campo (e eventuais gravadores) fossem negociados e, caso tolerados pelas nossas anfitriãs, estivessem em punho. Recomendava que os diários fossem redigidos naquele mesmo dia ou na manhã seguinte, para que a memória fosse bem aproveitada. Como uma das peças fundamentais do trabalho antropológico, nossas reuniões foram alimentadas pela leitura dos diários de campo produzidos e editados pela equipe. Assim, conseguíamos vislumbrar a diversidade de maneiras de registrar uma mesma saída de campo; manter aceso nosso acervo de perguntas a serem utilizadas em seguida; conhecer e respeitar a linha de raciocínio da interlocutora; complementar dados da pesquisa. Era também combinado que o *corpus* de diários pertenceria à equipe, sendo possível aproveitá-lo para diversos produtos da vida acadêmica, como é o caso também do presente livro. A autoria do texto final seria de quem o tivesse escrito, mas deveria haver a menção à respectiva autora e o trecho do diário, caso fosse citado literalmente. Como grande parte dos diários de campo foi escrita por mim, optei aqui no livro por sinalizar apenas quando o trecho citado **não** for de minha autoria. Foram muitas as tarefas realizadas por essas equipes ao longo dos últimos anos, mas quero acreditar que também foram muitos os aprendizados sobre o *ethos* acadêmico no que tange escrita, autoria, ética, convivência, interlocução, publicação etc.

Inicialmente, os gravadores foram sugeridos pelas estudantes com entusiasmo. Em nossas reuniões semanais, algumas contaram da dificuldade de acompanhar e

depois se lembrar das conversas longas e intensas que haviam acompanhado nas casas ou no corredor de espera do centro de saúde. Esses equipamentos, segundo elas, não só driblariam uma suposta fragilidade da memória como garantiriam fidedignidade ao que fora dito. Mas eu nunca abria mão que o diário de campo fosse escrito, mesmo que, dentro dele, um longo trecho se referisse à transcrição literal do que fora gravado. O diário, como eu lhes explicava, reunia momentos anteriores e posteriores à conversa bem como seu contexto e atmosfera, as impressões pessoais de quem o redigiu e as informações não verbais que puderam ser observadas pela pesquisadora. Gravar uma conversa, foram percebendo aos poucos, desviava sua atenção com técnicas do aparelho e com a negociação de sua presença exótica sobre a mesa de centro ou o braço do sofá. Notei um paulatino abandono do gravador, sendo substituído por anotações *in loco* mais eficientes, pela escrita subsequente à saída de campo, pelo desenvolvimento de memória mais elástica, pela leitura e complementação coletiva dessa escrita durante as reuniões. O fidedigno passou a equivaler ao bom e dialógico encontro etnográfico.

Conheci muito mais mulheres do que homens, muito mais pessoas negras e pardas do que brancas, muito mais idosas do que jovens. As mulheres, em geral, estavam mais disponíveis em casa quando eu aparecia. Pelo centro de saúde, pelas igrejas e pelos comércios eram também elas que circulavam mais. Havia, contudo, um aspecto que talvez tenha facilitado essa minha aproximação: a experiência de adoecimento. As mulheres tinham sido cuidadoras de vários membros da família. Elas também tinham um pouco mais de abertura para falar dos seus problemas, dentre eles o de pressão, porque, ao que me pareceu, não lhes diminuía moralmente contar quando e como haviam se tornado vulneráveis pela idade, pela doença ou pela limitação de renda. Difícil foi conversar com homens que tinham se apresentado como heróis da construção da capital, por exemplo, sempre tentando se manter seguros das decisões que haviam tomado ao migrar e trabalhar na nova cidade. Só com algum esforço transitavam para narrar sobre os problemas de pressão, diabetes ou alcoolismo, por exemplo. Pareceu-me um desafio conversar sobre sofrimento com quem não se permitia a dúvida ou a fragilidade.

Assim, ao longo destes anos, encontrei uma ampla maioria de moradoras, cuidadoras, enfermeiras, médicas, professoras e pesquisadoras e pude notar com facilidade se tratar de um mundo de mulheres. Por isso, ao optar pelo plural feminino em todo o livro, fiz uma opção estatística, mas também ética e política. Esta opção representará as pessoas do sexo feminino que, numericamente, se sobrepuseram às do sexo masculino; renderá uma homenagem a tantas senhoras que me ajudaram a entender os caminhos da Guariroba e da “pressão”; ajudará a borrar identidades, já que por vezes um setor do centro de saúde contava, por exemplo, com um único funcionário do sexo masculino; e, por fim, questionará uma regra da escrita acadêmica que, muito mais do que meramente gramatical, tem profundidade histórica e masculinista.

Ali na Guariroba conheci várias pessoas que pude reencontrar e revisitar muitas vezes. Com outras pessoas, dado o frenesi das instituições públicas, conversei

apenas por alguns minutos e infelizmente nunca mais as revi. Fiz uma opção deliberada sobre como escrever a respeito desse grande conjunto de pessoas que conheci. Diferente de esforços anteriores,⁸⁷ em que tive a oportunidade de narrar sobre uma única pessoa – uma parteira famosa no interior do estado do Pará –, aqui optei por trazer uma profusão de histórias que, por vezes, aparecerão apenas como diminutos trechos que foram contados e passarei a reuni-los em conjuntos de ideias ficcionalmente homogêneos. Quero dizer, uma pessoa poderia não conhecer a outra, embora os dois discursos tenham sido recortados por mim de diferentes diários de campo e posicionados aqui neste texto de modo avizinhado. Outras vezes, foram histórias contadas para pesquisadoras diferentes ou a uma mesma pesquisadora em anos muito apartados. Aqui empreendi uma enorme iniciativa de sistematização de uma gama de dados, depoimentos, pensamentos, observações. Minha decisão, por um lado, pretende criar conjuntos de dados fortes o suficiente para apresentar, com clareza e ilustração, uma tentativa de apresentação e convencimento. Por outro lado, isso se torna especialmente importante quando visto, para este livro, públicos menos afeitos à Antropologia, que, por exemplo, desconhecem ou talvez não se importem tanto com as nossas crises epistemológicas do último meio século. Essa organização, portanto, tem esforço didático, mas deve ser percebido como apenas **uma** versão – dentre tantas outras possíveis – sobre o mundo social dos problemas de pressão. Assim, ao organizar essa massa de dados, escolhendo pequenas passagens expressivas ou apenas elencando exemplos parecidos e densos, tenho como intenção conseguir acessar o público dos serviços de saúde e comunicar esse meu olhar antropológico sobre as doenças compridas na Guariroba.

Ainda assim, não quero abrir mão dos contextos de enunciação, por vezes cheios de detalhes sociologicamente significativos, e por vezes precisarei borrar as identidades para evitar constrangimentos. Mas meu esforço é por apagar nomes sem apagar as histórias, é reunir experiências sem amontoar as pessoas. Como farei referência a dezenas de pessoas, talvez a profusão de nomes fictícios mais confunda do que ajude no seguimento do texto. Por outro lado, insistirei na nomeação porque simplesmente não desejo apenas falar em coletivos, perdendo a filigrana da experiência individual. Assim, optei por uma solução ética matizada: as funcionárias do centro de saúde serão apresentadas sem identificação e por vezes em conjuntos (conforme o espaço de atuação, área de formação etc.); algumas pessoas, especialmente aquelas que conheci de modo fugaz, surgirão de forma mais generalizada (“uma senhora”, “um avô”, “uma costureira”); e as personagens que aparecerão de modo mais recorrente ao longo de todos os capítulos serão devidamente rebatizadas.

Cada etapa de pesquisa resultou em um tomo de diários de campo escritos por todas as pesquisadoras e organizados de modo cronológico. Imprimi, encaderni e disponibilizei todos estes tomos às equipes. Retomei muitas vezes esse material para reler, lembrar, reviver, analisar e escrever diferentes produtos dessa longa pesquisa.

87 Fleischer (2011b).

Até o momento, contudo, foram textos enxutos. A experiência etnográfica na Guariroba sempre me pedia mais tempo de análise. Foi com a licença pós-doutoral que empacotei esses dez tomos, num total de 2.300 páginas, e comecei a processar esse material de modo mais detido. Foi nas terras de Baltimore, ouvindo o apito do trem, sentindo o aroma de frango frito ao meio do dia, vendo uma árvore vizinha mudar tantas vezes de cor, que encontrei sossego para escrever este livro.⁸⁸ Foi preciso aproveitar essa chance para olhar de longe e de fora, estranhar a Ceilândia e o DF e me arriscar a desenvolver um pensamento mais generoso sobre os problemas de pressão. A Guariroba foi-me uma experiência tão intensa, do ponto de vista pessoal, profissional e antropológico, que foi impossível conter-me em apenas algumas páginas, como é geralmente permitido a um artigo acadêmico. Eu precisava de mais espaço, eu precisava de mais tempo.

Em Baltimore, amparada pelas bibliotecas da Universidade de Johns Hopkins e por toda uma rede de apoio e afeto, passei meses lembrando das pessoas, suas famílias e suas cuidadoras, das estudantes com suas perguntas, inseguranças e descobertas, das autoras e suas provocações. Foi quase um ano dedicado à escrita destas linhas. Todos os dias eu sentei para escrever e, mesmo quando me dedicava a brincar com a minha filha, aproveitar a companhia de meu marido e, por Skype, atualizar as notícias brasileiras, as linhas escritas continuavam a ecoar em mim. Por fim, todo esse esforço tem um objetivo principal, ao estilo da inspiradora Rita Charon,⁸⁹ honrar as histórias que me foram contadas sobre os problemas de pressão, tidos por algumas como banais, comezinhos e diários, mas vividos por tantas outras pessoas como um grandioso desafio para se sentir bem e seguir adiante. Levar em conta a pressão é, de fato, investir em conhecer um pouco de suas trajetórias e das enormes chateações que lhes afligem todos os dias. É considerar com seriedade como deve ser, nesses idos do século XXI, uma senhora idosa vivendo na periferia acinzentada da capital federal que consegue fazer uma boa troça da vida.

88 Mas preciso também agradecer às belas cidades de Nova Orleans, Fairfax, Kinderhook, Rehoboth e Washington, nos EUA, e Halifax e Montreal, no Canadá, que também foram cenários para a escrita de alguns trechos deste livro.

89 Charon (2006).