

Vulnerabilidades e conexões entre cuidados “de si”, cuidados “dos outros” e cuidados “pelos outros” na IV Reunião de Antropologia da Saúde (IV RAS)

Russel Parry Scott¹

Resumo: Examinando abordagens evidenciadas nos títulos e resumos de grupos de trabalho e mesas redondas que compuseram a IV Reunião de Antropologia da Saúde (2021), este artigo discute conexões entre cuidados “de si”, cuidados “dos outros” e cuidados “pelos outros” na busca de diminuir vulnerabilidades. Problematisa o contexto crítico da epidemia COVID-19 e o descaso de políticas públicas no qual a reunião virtual ocorreu. Centra nas conexões na passagem de cuidados de si para cuidados pelos outros relacionadas com território, trabalho, tempo, relacionalidade próxima e saberes. Diferencia a procura de cuidados através de grupos identitários coletivos próprios que visam diminuir sofrimento e vulnerabilidades, e a procura através de grupos bioidentitários que mobilizam técnicas biomédicas que orientam atendimento dos outros. Mostra tensões e convergências sobre padronização e diversidades nas perspectivas da saúde coletiva e da antropologia e dá realce à perpetuação de desigualdades e estímulo de agência na busca de cuidados.

Palavras Chaves: Cuidados, Vulnerabilidade, Quarta Reunião de Antropologia da Saúde, conexões, diversidade.

¹Universidade Federal de Pernambuco, Professor Titular, Departamento de Antropologia e Museologia, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, email: rparryscott@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2274-9859>

Introdução

Em plena pandemia, com vontade de restaurar (com muitos desafios) algum respeito à regularidade acadêmica no meio de um planeta simultaneamente paralisado e mobilizado pela COVID-19 e suas consequências críticas, a IV Reunião de Antropologia da Saúde no Brasil (IV RAS) inovou com a mesma “inovação” vislumbrada pelo resto do mundo. Realizou uma reunião 100% virtual. Final de setembro de 2021. Intervalo de dois anos desde a terceira reunião em Natal. Chamou propostas de atividades acadêmicas variadas semelhantes às reuniões que a precederam, com envolvimento de antropólogos profissionais, docentes e estudantes. Também tinha uma forte recomendação de promover a participação de “gestores(as) público[as] e movimentos sociais” para o diálogo (conferir: <https://sites.ufpe.br/ivras/wp-content/uploads/sites/98/2021/05/1%C2%AA-Circular-IVRAS.pdf>). O tema anunciado da reunião foi “eventos críticos e cotidianos da saúde”.

Era um tempo de compartilhar sentimentos individualizados e coletivos de vulnerabilidade, experimentados universalmente. Este texto dialoga com um aspecto da experiência de compartilhamento na reunião que durou três dias. Busca algumas nuances do que o viver e cuidar da vulnerabilidade própria e alheia apresentou nesse contexto crítico. Parte do princípio argumentado por Biehl na própria IV RAS (veja nesta edição de *Anthropológicas*) de que a prática antropológica oferece rupturas e avanços com conceitos e compromissos, e a estende para a área da saúde coletiva. Busca concretizar algumas contribuições de um fragmento da produção ampla e diversificada discutida durante o evento. Esforços etnográficos de centenas de pessoas de diversos locais trouxeram criatividade nas abordagens, mostrando fortes inclinações para engajamento e compartilhamento entre as pessoas sofrendo problemas de saúde e as pessoas que ofereciam serviços ou procuravam aprender sobre as experiências através de pesquisas.

Seria uma tarefa hercúla e pretensiosa demais cartografar tantos rupturas e avanços conceituais associados a temáticas tão variadas.

Por isso, escolhemos um norte das ideias de vulnerabilidade e de cuidado, por serem conceitos que, explicita ou implicitamente, atravessam o conjunto de diálogos no contexto histórico da IV RAS. Cuidar de algo que apresenta vulnerabilidade, cuidando de si, cuidando de outros e/ou sendo cuidando pelos outros mobiliza conexões que operam significados que marcam identidades próprias e bioidentidades, produzem hierarquias e horizontalidades e realçam diferenças e convergências nas relações sociais entre grupos que lidam com cuidados, tanto de si mesmos, quanto dos outros. Como o tempo de pandemia exigia que todos se cuidassem para nem adoecer nem propagar a COVID-19, à qual todos seriam vulneráveis, era um tempo crítico de tornar visível a importância do cuidado. Cuidar da pandemia aguçou a consciência de haver uma abundância de vulnerabilidades que já vinham sofrendo descuido e abandono e chamar atenção a isso. Levantar a voz de alerta sobre o descuido é um passo fundamental do próprio cuidar. Ele inclui enfrentar a vulnerabilidade, identificando o que se possa fazer. Sendo assim, prestar atenção ao “descuidar” não resulta numa simples listagem de denúncias de descaso e de vulnerabilidade generalizada. Implica, sim, em entender como se complexifica a ideia de cuidar de vulnerabilidades vistas na hora crítica da pandemia. Redunda num estímulo para práticas que possam tocar em alguma faceta do cuidar, fazendo com que se passe do velho “bom para pensar” para o “bom para agir”, sem descartar diálogos entre saberes.

Este exercício de examinar um conjunto de ideias e propostas sobre como lidar com vulnerabilidade, como cuidar dela ou deixar ela descuidada, tem mais pretensão de documentação do que de originalidade. Pode-se enumerar uma multiplicidade de ações e eventos específicos na qual o cuidar e o aprender da experiência pandêmica produziram muitas reflexões e propostas, tanto novas e gritantes quanto antigas, intensificadas ou abafadas, com implicações para ação. Valoriza o contexto nacional (evidentemente inseparável do global) no qual toda a discussão ocorreu. Quase nenhum fórum de discussão realizado nesse período escapou da vontade de documentar as preocupações e

questionamentos apresentados pelos seus integrantes (Machado e Freitas, 2021, Grossi 2020, ABRASCO 2022).

Vulnerabilidades Duplamente Intensificadas

Nos estudos sobre saúde a elaboração da noção de vulnerabilidade tem servido como uma das muitas alavancas para a saúde coletiva reconhecer o valor de extrapolar as limitações das interpretações estritamente biologizantes da compreensão da vivência social de doenças. A qualidade de vida, a integralidade de práticas terapêuticas, a importância da mobilização e as diversas ontologias da experiência humana ganham relevância para entender os sentimentos vividos, desejados ou rejeitados, do sofrimento e de superação das pessoas. Tais vivências e vontades são um retrato das condições sociais e culturais nos contextos de cuidar da saúde e da vida. A vulnerabilidade é caracterizada por uma susceptibilidade diferenciada e desigual ao adoecimento físico e aos sentimentos de sofrimento e relações sociais aos quais remete, e essa susceptibilidade exige cuidados que tenham sensibilidade à multiplicidade de fatores envolvidos no adoecimento: estruturais com redimensionamentos conjunturais (Merkl e Hansen 2014, Quesada et; al 2011). Quando Ayres associou cuidados em saúde a abordagens ontológicas, genealógicas e críticas (Ayres 2004a, 2004b) estava apontando para diferentes maneiras pelas quais o cuidar na prática se insere no dever de sujeitos humanos ao enfrentar as vulnerabilidades. É comum tratar a vulnerabilidade estrutural como restritiva e desestimuladora de agência. Porém na operação de conexões entre cuidados de si/de outros/pelos outros na IV RAS há uma constante negociação de identidades e de acesso a recursos que evidenciam ativismos, abertos e latentes, que, em vez de que sucumbir às vulnerabilidades, ou sugerir medidas paliativas a elas, as combatem continuamente de múltiplas maneiras.

Em 2021, os *lockdowns* da pandemia de COVID-19 - declarados pelos países que aderiram às orientações de respostas internacionais da Organização Mundial de Saúde desde 03 de março de 2020 - realçaram a universalidade da vulnerabilidade caracterizada no perigo da

transmissão “pelo ar” que criara uma governança generalizada. Grassou a exibição generalizada de informações visuais e narradas dos microrganismos em ação e uma demanda para ações de cuidado que implicavam numa transformação radical da vida cotidiana de todas as pessoas. Os adoecimentos e os sofrimentos não se limitavam às pessoas que contraíram o vírus, nem às pessoas que cuidavam delas, pois houve muita variabilidade nas manifestações de sofrimento diante das condições impostas pelas próprias ações de controle da pandemia, independentemente da sua relação direta com os cuidados dos infectados.

No Brasil, os responsáveis sanitários e políticos do governo Bolsonaro mostraram uma coerência interna da sua prática já estabelecida anteriormente ao surgimento da pandemia: negar vulnerabilidades sociais e históricas de populações específicas e retirar apoio a práticas de políticas que visavam a diminuir tais vulnerabilidades. Da mesma maneira em que questionavam a suscetibilidade social prévia dessas populações a doenças e a submissão delas a condições de vida precárias, aproveitaram o apenas incipiente conhecimento científico específico sobre a etiologia e tratamento da COVID pandêmica para reforçar seu questionamento da própria ciência como um todo. Isso resultou em veiculação de informações pela mídia a favor de tratamentos totalmente desprovidos de evidências e que ampliavam a insegurança da população toda.

Foi nesse ambiente crítico, de vulnerabilidades duplamente intensificadas pelo cotidiano totalmente modificado pela pandemia e pelo desmonte já em processo de políticas dirigidas ao cuidado das populações vulneráveis, que se realizou a IV RAS. O cuidar se apresentava quase sempre como um descuidar em referência às políticas. Mas não se limitava a isso. As pessoas, nos seus locais de viver, entendiam que estavam cuidando de si mesmas, de outras pessoas, ou de algum grupo. Exibiam suas práticas e noções a seguir com muita positividade. Ao invés de que simplesmente anuladas pelas práticas de descuido, essas pessoas foram estimuladas a dar respostas. Eles cuidavam, sim, e

procuravam brechas para afirmar os acertos das suas práticas nos contextos onde se inseriam. Os antropólogos acompanhavam e valorizavam essas práticas com uma multiplicidade de meios de ver, ouvir, registrar, escrever e agir, dando a sua contribuição para práticas que pudessem ajudar na efetividade dos cuidados. Entre eles havia muita(o)s ativistas científica(o)s e solidariamente afetada(o)s. Em geral, longe das políticas ou intensivamente emaranhada nelas, o cuidar para diminuir vulnerabilidades fazia parte de práticas compartilhadas entre os sujeitos nos seus espaços de vida cotidiana independentemente das novas condições críticas. Pode-se dizer o mesmo sobre a vida de muitos dos pesquisadores que os acompanhavam.

Os espaços de apresentação: cuidados e vulnerabilidade em cena na IV RAS

Fartos de confinamento, mas já socializados para saber conviver com o mundo de comunicação híbrida com amplo uso da internet, aparecerem *online* mais de mil participantes na reunião, contando inscritos e não-inscritos, todos mobilizados pela oportunidade de trocar ideias sobre o que seria relevante para a antropologia da saúde. Houve uma oferta variada de tipos de apresentação e diálogo. Além de três palestras por renomados autores e estudiosos (João Biehl, Annemarie Mol e Ailton Krenak), houve uma mostra audiovisual disponível para assistir de acordo com o tempo disponível dos inscritos e contando com discussões com hora marcada com os seus idealizadores e produtores. Três encontros curtos foram realizados como fóruns reunidos imediatamente prévios ao evento, dedicados à Saúde da População Negra, à Saúde Indígena e às demandas dos afetados pelo Zika Virus (Scott no prelo 2024). Esses fóruns estimularam interação e deliberação em redes interativas com participação de negros, indígenas, deficientes, antropólogos, profissionais de saúde e, em geral, de cuidadores de si e dos outros na discussão de questões relevantes para eles. Houve uma concorrência para premiar as melhores teses na área de antropologia da saúde. Outras sessões especiais e um lançamento de livros completaram a produção de diálogos. A produção de textos escritos mais volumosa da

reunião foi publicada nos livros de resumo das 26 mesas redondas (MRs) (confira:https://drive.google.com/file/d/1i8bA9yni371aHPR_ins3jzy_4wPFqVg/view) e dos 30 grupos de trabalho (GTs) (confira:https://drive.google.com/file/d/1j_TuTX_67zzQy7QVN79D_HrZeFzPF-xCy/view). É nessas mesas e nesses grupos de trabalho que foca esta reflexão sobre vulnerabilidade e cuidados. Os anais de trabalhos completos ainda estão em preparação final.

Na sistematização das informações os títulos e descrições gerais das MRs e dos GTs, eles foram examinados de acordo com dois eixos, com os títulos e resumos de apresentações individuais em ambos servindo para incrementar exemplos pontuais de casos e de abordagens que incentivaram os debates e diálogos dos envolvidos. Essa sistematização usou:

1. uma matriz organizacional que identificou referências a cuidados relacionados a afetividades, políticas ativistas coletivas, atendimento e saberes (Scott 2021, 2023 e 2024 no prelo). A finalidade foi exploratória para dar conteúdo a estes quatro aspectos, bem como descobrir as principais conexões e desconexões, inevitáveis, nas práticas de cuidar.
2. uma matriz descritiva de aspectos de vulnerabilidades, sem prévia categorização, realçando as descrições, corporificações individualizadas e coletivizadas, e as recomendações e diálogos sobre práticas e trocas hierarquizantes e horizontalizantes propostas que preconizaram soluções para cuidados que tomassem em conta a vontade de diminuir vulnerabilidades.

Neste texto, dados quantitativos são usados parcimoniosamente para realçar predominâncias e faltas de alguns temas. Muito mais importante do que isso é descobrir as recombinações e ênfases criativas e corriqueiras pelas quais os coordenadores de mesas e grupos propõem descobrir caminhos para diálogos que, de alguma maneira, lidam com cuidados e vulnerabilidades no contexto histórico, pandêmico e acadêmico da reunião em tela. Tanto as especificidades que diferenciam

domínios de cuidados que se entrecruzam ao longo da elaboração de fluxos de práticas de cuidar quanto o muito importante uso de conexões entre afetos e afinidades, ações políticas coletivas, atendimentos e políticas públicas e saberes diferenciados no contexto pandêmico de vulnerabilidades duplamente intensificadas estão presentes nesta sistematização de descrições.

A presença crítica da COVID, Vulnerabilidades e Conexões de Cuidados

No total de 26 MRs e 30 GTs há uma divisão clara de ênfase temporal nos títulos das sessões. Enquanto a metade das MRs tentam capturar o contexto crítico do tempo da pandemia através da inclusão explícita dela no título que informa temáticas abordadas, os títulos dos GTs se prendem muito mais aos temas mais cotidianos recorrentes na antropologia da saúde, com o tema da pandemia explicitado em apenas 20% deles. Mesmo assim, os resumos coletivos dos GTs fornecem um espaço para ampliar o escopo das questões, e é neles que se percebe a onipresença de assuntos relacionados com a intensificação de vulnerabilidades e ampliação dos cuidados durante a pandemia, quase sempre recebendo menção explícita em vários resumos que apresentam as expectativas de conteúdo nos trabalhos a apresentar.

Outra observação sobre o contexto da reunião, certamente um reflexo do próprio estado da arte da antropologia no mundo contemporâneo interconectado, é a expressiva resposta positiva ao apelo pelos organizadores, estimulando a inclusão de “gestores e movimentos sociais” nos diálogos. Novamente houve mais realce dentro das MRs para esta inclusão, e uma inclusão menos intensa na maioria dos GTs. Embora não tenha havido uma chamada explícita para a participação de “antropólogos nativos de grupos sociais estudados”, houve muitos “*natives going anthropologists*” mostrando uma inversão do fenômeno, antes muito discutido e ainda importante, de “*anthropologists going native*”. Esta presença deu um incremento de legitimidade testemunhal e interpretativa de demandas de atenção a cuidados e à vulnerabilidade

Houve uma prática frequente de se referir ao conjunto de grupos sujeitos à desigualdade com um sexteto (raça, classe, etnia, gênero, sexualidade e geração

ⁱ - Geralmente reduzido a um quinteto, quarteto ou trio) empregando as categorias de grupos vulneráveis de uso corrente em trabalhos de abordagens interseccionais. São uma espécie de *shorthand*, ou síntese, da diversidade e da diferença interconectadas. No desdobramento do uso de interseccionalidade surgiram grupos que agenciam ativamente o pertencimento às categorias gerais, e outros, mesmo quando as citam, as agenciam pouco. A pluralidade de grupos e sujeitos específicos, retratados com variações muito significativas traçadas em torno da sua particularidade e da sua generalidade, nos resumos dos GTs inclui as seguintes categorias de pessoa/gruposⁱⁱ: soropositivos de HIV/AIDS, deficientes, crianças, idosos, doentes crônicos, doentes mentais, parteiras, religiosos afro-brasileiros, negros, cientistas, pesquisadores, comunidades tradicionais, indígenas, mulheres, usuários de psicoativos, mães, feministas, artistas, usuários do SUS, LGBTs, testemunhas de experiência de doenças, quilombolas, profissionais de saúde, antropólogos, adoecidos (afora COVID), alcoolistas, trabalhadores domésticos e profissionais indígenas de saúde. Os resumos das MRs, ao referirem a pessoas de grupos e sujeitos, citaram, com nuances de ênfase em significados diversos de acordo com as perspectivas adotadas: indígenas, antropólogos, trabalhadoras domésticas, religiosos afro-brasileiros, gestores públicos, usuários de medicamentos, feministas, parturientes, soropositivos de HIV/AIDS, ciganos, negros, artistas, universitários, usuários de cannábis, lésbicas, afetados por Zika, cientistas, africanos e deficientes.

Identidades e Relacionalidades nas Passagens de Cuidados “de si” para Cuidados “dos outros”

Quem cuida de si lança mão a legitimação das necessidades de cuidados acionando solidariedade e unidade do seu grupo de referência como atributos morais e identitários. Quando buscam cuidado pelos outros, sobretudo na área de saúde, geram uma expectativa de sentir solidariedade e unidade nas atividades desempenhados pelos cuidadores “alheios”. A unidade e solidariedade como valores que suscitam ideias de relacionalidade doméstica e reciprocidade generalizada intersectam e traspassam fronteiras identitárias de outros coletivos com os quais quem precisa cuidar de si se identifica, fazendo com que o “si” relacional vai além de família e parentes, abrangendo coletivos mais amplos. O insucesso de conseguir cuidado pelos outros é um dos elementos das faltas e descasos que caracterizam vulnerabilidade. Ser vulnerável intensifica a importância de operar uma conexão relacional que cria solidariedade entre o coletivo identitário do sujeito que busca cuidado e os que cuidam dos outros. Evidenciar que o grupo é um coletivo que “cuida dos seus” com ações e sentimentos apreciados pelo próprio grupo que possui uma maneira de ser própria, catalisa o poder de negociar a qualidade da relacionalidadeⁱⁱⁱ desejada por eles de parte dos que “cuidam dos outros”. Porém, esses cuidadores são “de fora” em função das especializações com as quais propõem contribuir nesse “cuidado” são estimulados a agir com uma relacionalidade que a própria especialidade favorece. Compartilhar uma relacionalidade prezada com quem busca o cuidado é um elemento adicional de conexão no fluxo de cuidados que remete a questões diferentes para quem precisa cuidar de si, e quem vive de cuidar dos outros.

A negociação passa por uma tensão moralizante que exige uma busca de uma compreensão mútua de expressões corporais e relacionais de identidade entre cuidadores de si e dos outros. A sexualidade, a cor, a raça, a etnicidade, a classe social, o equilíbrio mental e outras características e atributos relacionais entram em jogo na avaliação do que é necessário considerar para oferecer qualidade no acesso aos cuidados.

Vai além da técnica. Grupos e sujeitos, ao expressarem suas demandas, escolhem justamente as palavras empregadas para demonstrar conceitos e sensibilidade no combate às vulnerabilidades da maneira que são vividas por eles nas suas casas e também nos seus grupos identitários. Isto se percebe nos resumos dos GTs e das MRs.

Por um lado, quando a identidade coletiva de referência de quem busca cuidados envolve uma demanda repetida, de caráter biomédico, conhecidamente prevalente no grupo, essa demanda é incorporada por eles como parte da sua própria identidade coletiva. Provoca um acréscimo no ativismo que os afetados esperam que esteja apreciado nos cuidados que eles almejam ser realizados pelos outros.

Por outro lado, quando os grupos objetos de reflexão e estudo dos GTs e das MRs são exatamente os que cuidam dos outros como vocação, como profissionais de saúde, cientistas, laboratoristas, gestores e auxiliares, etc. os quais se pautam fortemente em referências à técnica^{iv}, costuma haver uma omissão de outras identidades desses mesmos cuidadores nas suas práticas de cuidados, a não ser a ética profissional normatizada. Na prática profissional de cuidar de outros busca-se evitar a polemica que se monta sobre se essas outras identidades resultam em contaminar ou enriquecer a capacidade de cuidar.

Em duas situações, a importância dos sujeitos a serem cuidados pertencerem a um coletivo ou se representarem com uma identidade de grupo pode ser reduzida ou mesmo suspensa na passagem da capacidade e esforço de cuidar de si para a capacidade mais especializada de ser cuidado pelos outros:

1. Uma é quando o elemento preponderante na demanda para cuidados vem de um diagnóstico biomédico, sendo particularmente forte quando não há um perfil claro de distribuição social do problema diagnosticado. Quando o elemento que provoca a demanda de cuidados possui um diagnóstico mais biomédico, isso leva à formação de grupos de apoio e ações terapêuticas muito diretamente

dirigidas a acessar a serviços cuja qualidade técnica possa agir a respeito, com uma meta de aliviar sofrimento, mas sem que brote a partir de outro componente de outras identidades coletivas dos afetados. A força da importância do cuidado oferecido pelos que diagnosticam o problema resulta numa construção nova de coletivos sociais específicos a partir da própria “bioidentidade” sugerida pelo diagnóstico. Isto se amplia ainda mais quando a resposta biomédica exige a aplicação de uma tecnologia avançada ou complexa e age sobre corpos muito dependentes.

2. Outra situação na qual a relacionalidade previamente praticada e valorizada dentro do grupo vulnerabilizado é reduzida é quando o próprio diagnóstico ainda possui muitos elementos desconhecidos. Os profissionais que trabalham na construção do conhecimento são suscitados ao uso intensivo de busca dos elementos das suas próprias especialidades de conhecimento passíveis de contribuir para a identificação plena para enquadrar o problema diagnosticado. Esta busca técnica frequentemente resulta em um distanciamento da relacionalidade vivida pelos afetados. Sem haver um perfil social minimamente coerente, a identidade social dos “diagnosticados” terá um forte componente de relacionalidade mais claramente construída em torno dos conteúdos do próprio diagnóstico biomédico ainda em processo de formação e das exigências corporais do afetado.

O descrito sobre identidades propostas pelos coletivos que exigem cuidados para seus perfis um dos primeiros passos no processo de negociar como o cuidar de si pode passar para incluir cuidado pelos outros. As faces e contra-faces do ativismo emergem justamente nesse interstício do passar de cuidados de si para cuidados pelos outros. Neste espaço de negociação, os resumos dos GTs e das MRs na IV RAS

elaboram caracterizações múltiplas dos encontros e desencontros de identidades, pois nem todos os itinerários são “terapêuticos” em relação aos mesmos fenômenos. Quando Bonet (2014) usa “itinerários”, em oposição ao mais restritivo e sistematizado noção de “itinerários”, aponta para essa multiplicidade de inserções sociais que as pessoas que adoecem possam ter. Novamente é possível retornar à ‘interseccionalidade’ como algo que conecta mais de que divide e que admite a óbvia inexistência de uma unicidade identitária. Adesões múltiplas e diversidade estão em jogo, acumulando manifestações também diversas de vulnerabilidade e a busca de uma movimentação cuja flexibilidade pode implicar em formas menos restritivas de cuidar das pessoas.

Quando se examinam os resumos de GTs e das MRs do IV RAS, quais são os elementos de relacionalidades problematizadas nas reflexões que acompanham passagens de cuidados de si para cuidados pelos outros? Associações e outros coletivos que representam grupos os quais compartilham algum elemento de conexão mútua associado às diferenças interseccionadas já referidas, acionam questões de território histórico, de trabalho, de tempo, de relacionalidade próxima, e de saberes (entre outras) relacionadas à construção da sua identidade. Como demandas representativas identitárias estes elementos são mobilizados para exigir cuidado na área de saúde, influenciando a robustez e complexidade das demandas. Ativismo combina relacionalidades favorecidas pelos grupos reivindicadores com elementos que se centram em cuidados para diminuir manifestações corporais e relacionais de vulnerabilidade^{vi} pelos seus integrantes. São conexões e colaborações importantes no fluxo de cuidados. A partir dos resumos da reunião é possível esboçar uma descrição desses pontos de conexão, às vezes diretamente através de grupos organizados explicitamente para representá-los, e às vezes sem realçar a representatividade, aos grupos específicos para ofertar algum tipo de cuidado^{vii}. Seja por comumente aparecerem de maneira cotidiana, seja por terem sofridos sérias restrições nos tempos críticos pandêmicos e políticas da vulnerabilidade duplamente intensificada, esses pontos de conexão entre cuidados de si e cuidados pelos outros apresentam muita diversidade e recombinações.

- Conexão territorial histórica: Indígenas, quilombolas, comunidades tradicionais e originárias, ciganos e comunidades rurais e urbanas se referem às suas experiências específicas e historicamente diferenciadas de ocupação do território na formação das suas identidades como elementos mobilizadores do que se deve cuidar para reduzir suas vulnerabilidades. Organizam coletividades que expressam uma heterogeneidade de demandas e reivindicações de direitos a partir dessa territorialidade para cuidar das suas necessidades percebidas, entre as quais o cuidar de saúde costuma ter bastante importância, mas não ser a única. Na sua conexão com as redes de cuidados na área de saúde, nas mais de três décadas de construção do SUS, essas coletividades vêm ao encontro da Atenção Básica de Saúde a qual também invoca territorialização como fundamental, citando a prática da Estratégia de Saúde da Família. Além de formar um setor especializado de saúde indígena e outros setores com conhecimentos territoriais e identitários específicos, o reconhecer essa territorialidade administrativa coloca desafios para afinar ideias do grupo sobre como o território está ocupado com a maneira que o território é repartido pela oferta disciplinadora de serviços em saúde. Parte da solução tem sido pela nomeação/contratação de trabalhadores de saúde específicos^{viii} os quais conhecem o território local e sua história, quase sempre integrantes dos próprios grupos que buscam cuidados. Esta prática não resolve questões de como traçar fronteiras de ocupação. Pelo contrário, redivide por razões de governança de serviços o que se trata como “território”, polemizando a extensão geográfica da vulnerabilidade imposta nos processos históricos de expansão, colonialidade e marginalização^{ix}. As coletividades aqui são de povos indígenas (T.I. –

Territórios Indígenas”), quilombos ou outras associações e coletividades com os nomes de locais ou figuras notáveis que ligam a história da ocupação a certas pessoas, grupos e eventos históricos, efetivamente passando o cuidado de si, sujeito individual, para o cuidado inclusivo de outros, que formam um “si” coletivo.

- Conexão de trabalho: O trabalho impõe uma repetitividade cotidiana de ações que exigem saberes especializados e de movimentos corporais específicos em ambientes sanitários muito diferenciados. A distribuição desigual da propriedade e dos resultados do trabalho na base de práticas capitalistas, com realce para a imposição de questões desfavoráveis decorrentes de políticas neoliberais globalizadas, opera um diferenciador de classe e profissão que problematiza, além da própria existência ou não de remuneração que pode gerar relações “análogas à escravidão”, bem como níveis de salários e valores de trocas identificando processos de perda de saúde associadas às condições de trabalho. As coletividades que mais agem na busca de cuidados neste caso são cooperativas e, sobretudo, sindicatos, ora problematizando a produção da mercadoria, ora a qualidade de vida do trabalhador. A depender do coletivo que encaminha uma demanda de cuidados pelos outros, e o seu interesse maior no produto ou na qualidade de vida dos produtores, há diferenças muito significativas de práticas propostas. Merece destaque a condição de trabalho doméstico cuja precária formalidade de relação entre empregador e empregado coloca uma visibilidade maior na formação de redes de cuidado informais. Essas pessoas empregadas para “cuidar de outros” precisam recorrer na sua própria casa, vizinhança e redes de apoio locais para cuidar de si e dos seus. Escancara-se a conexão

entre como cuidar de outros ameaça resultar em descuidar dos seus próprios.

- Conexão de tempo: A pandemia, ao parar o tempo e exigir o confinamento, exerceu um efeito de contraste. Favoreceu uma revisão do significado da vivência de diferentes tempos: mostrou quanto a imposição de epidemias e pandemias e a intervenção sanitária afetam a qualidade de vida. Mostrou a transitoriedade do estabelecimento de prioridades. Tirou o acesso ao atendimento fundamental para a melhora da sua vida para muitas clientelas de serviços de saúde. Trouxe uma lente para rever outras horas críticas de emergências de saúde. A revisão do HIV como uma pandemia moralizadora produtora de estigma também trouxe mais abertura para a discussão de sexualidade. Ainda na continuidade mostra também ter sido produtora de investimentos terapêuticos e farmacêuticos capazes de providenciar uma qualidade de vida cotidiana melhorada para soropositivos. Um destaque em outra direção foi das respostas à ebola e a outras crises sanitárias recorrentes na África que não conseguiram resultar numa valorização de conhecimento produzido pelos africanos diante dessas condições. Contraditoriamente, conseguiu valorizar ações humanitárias cuja prática de caridade reforçou poderes globais mais abrangentes. A recente epidemia de Zika, à qual se teceu uma resposta nacional positiva no Brasil no conhecimento (mais do que na identificação de profilaxia e prevenção), na pandemia sofreu um atraso no atendimento às necessidades das famílias afetadas. Ao impossibilitar a mobilidade e acelerar a modificação de prioridades prejudicou o tratamento das deficiências e gerou debate sobre o futuro de serviços de atendimento.
- Conexão de relacionalidade próxima: Essa conexão mobiliza conceitos associados à união entre pessoas mais próximas que

comunicam que as relações que caracterizam o cuidado de si são de importância extraordinária e devem ser não somente valorizadas, mas até emuladas e postas em prática também pelos que cuidam dos outros. Isto se contrapõe à crítica estigmatizadora que desmerece os que precisam de apoio dos outros para se cuidarem por terem se exposto a riscos. O parentesco, e a esfera doméstica onde ela é evocada mais pesadamente, possuem contradições que resultam frequentemente numa apresentação de relações idealizadas de horizontalizadas de gênero e de geração, que são operacionalmente muito imbuídas de hierarquias de poder (Scott 2011). Entre adolescentes, idosos, deficientes e mesmo parceiros, uma luta para “autonomia” entra em cena no processo de cuidar devido à combinação de dedicação aos próximos enaltecida pelos cuidadores proximamente relacionados, e da imposição de dependência e obediência que os mesmos exigem em troca. É um espaço de próximos, imbuído de implicações sobre poder.

A incompreensão de relações homoafetivas bem como as expressões de violência praticada em casa, contra mulheres, idosos e crianças são muito execradas. As contradições reprimidas fazem com que a maternagem e a dedicação ao cuidado de deficientes e idosos sejam enaltecidas. Adicionalmente, estende-se para a comunidade como um espaço horizontalizado com práticas de parteiras, erveiros, benzedeadas e outros da comunidade, os quais convivem cotidianamente e compartilham um saber local. Todos são apresentados no seu lado de afetividade solidária, muito positiva.

Não encontrando algum reflexo desta afetividade em redes de cuidado dos outros mais distanciados, gera uma desconfiança sobre a tecnificação. A técnica, desejada em si pelos resultados que pode trazer, incita dúvidas porque quando exercida por especialistas mais distanciados da

comunidade, o seu poder diferenciador e hierarquizante se destaca. Cuidar dos outros próximos é como se compartilhasse o mesmo corpo, como observou Mol (2002, 2008). É a capacidade de exigir o que há anos atrás Sahlins (1967) chamou de “reciprocidade generalizada” na qual não se mede o retorno do sacrifício. É um uso da proximidade relacional parental para simbolizar a horizontalidade contida em todo cuidado. São os parentes indígenas, os irmãos da religião e da negritude, as mães e pais de coração, os humanitários movidos pela sensação de irmandade, os profissionais que parecem “um de nós”, os terapeutas integrais, os mediadores que sabem comunicar afeto. Todos marcam uma expressão identitária de cuidadores de si como algo que enaltece o valor da prática, inclusive dos que cuidam de outros.

- Conexão de saberes: Os saberes são múltiplos. Exigem fé ou convicção. O cuidado é um ato de doar (veja Mauss 1950) que exige uma retribuição pelo seu recebedor em redes de interações estabelecidas com algum grau de compreensão mútua. Gera adesões, bem como conflitos entre diferentes ontologias sobre o que constitui o próprio cuidado. A passagem de uma rede de cuidados de si para uma rede de cuidados pelos outros tenciona ontologias que propõem interconexões que desequilibram parâmetros e questionamentos de conhecimentos estabelecidos dentro das diferentes redes. A compreensão de ontologias diferentes, de encontros e desencontros de saberes, gera uma vertente do pensamento crítico que escancara as porteiras a rever a própria ideia do que é o “cuidar”. As discussões sobre saúde mental, sobre uso de psicoativos, ayahuasca, cannábis, consumo, praticas alimentares, e sobre grupos religiosos, apenas para citar algumas esferas presentes na reunião, remetem a argumentos sobre ontologia e conhecimentos com relação aos efeitos (in)salutares de práticas cotidianas e de

práticas terapêuticas. Especialmente quando o cuidado dos outros é malsucedido, redundando numa reafirmação de diferenças entre ontologias historicamente vulnerabilizadas e outras, hegemônicas. O cuidado se ressignifica como governança e é escrutinado como um dos próprios veículos da perpetuação da vulnerabilização e que exige reconfiguração.

A visível deterioração do ambiente provocados por intervenções extrativas, e não de convivência sustentável, provoca discussões sobre a própria humanidade, animalidade e percepção da transitoriedade do ser individual, e do ser humano. Coletivos de grupos interseccionados acumulam repetidas repressões que aguçam a definição dos alvos das suas críticas e denunciam violências e fobias institucionalizadas. Estes questionamentos aparecem em muitos embates com acusações mútuas suscitadas para discussão entre ciência e *fake news*, entre religião e técnica, entre grupos originários indígenas e negros e colonizadores. As acusações apontam a incapacidade de cuidar que os outros exibem com seus saberes, inclusive com trocas que superam o nível de palavras, promovendo exposições corporais, artísticas e técnicas, desenhadas a legitimar as suas maneiras de produzir verdades. Litigação é um dos caminhos abertos para dar respostas aos saberes que não conseguem se conciliar entre si. Se a judicialização dessas diferenças de saberes vai levar à redução das desigualdades e o acesso aos serviços em nome de direitos humanos e de cidadania, à diminuição de custos na fina lógica neoliberal de acesso a tratamentos a fármacos, ao reconhecimento de pluralidades e reforço de práticas de saberes locais, ou a qualquer combinação destes resultados, merece ser alvo de investigação etnográfica caso a caso.

Cuidando de si, cuidando de outros, enfrentando ou aumentando vulnerabilidades?

Na literatura que aborda vulnerabilidade estrutural e saúde, extensamente revisada em Quesada et al. (2011) e mobilizada para repensar a formação médica por Merkl e Hansen (2014), a compreensão do sofrimento físico e emocional de grupos e indivíduos específicos segue padrões associadas à exploração econômica e às discriminações culturais, raciais e de sexualidade e gênero que infligem neles discursos de violência simbólica e de não merecimento (Quesada et al. 2011). Não há porquê reexaminar aqui a multiplicidade de categorizações de vulnerabilidade pelo fato de haver sempre uma tensão e um acionamento interseccionado, independentemente das categorias, no ato de definir como buscar cuidados. A descrição de como as conexões na passagem de cuidados de si para cuidados pelos outros ocorre em alguns casos pode elucidar entraves e desentraves na mobilização e acionamento das práticas intersectadas que influenciam na vivência de vulnerabilidades.

No feminismo negro, incentivado como uma abordagem elucidativa sobre discriminação por Crenshaw (2002), a autora relata uma experiência de ter achado que tinham recusado que ela entrasse na residência de uma agremiação acadêmica pela porta da frente foi por ela ser negra, mas recebeu o esclarecimento que foi porque era mulher que tinha que entrar pela porta de atrás. Os dois colegas homens negros poderiam entrar pela frente. O ato discriminatório dos integrantes da residência conseguiu ativar sentimentos de repulsa tanto contra racismo quanto contra sexismo e patriarcalismo como formas de opressão/discriminação/vulnerabilização. Não foi a negação de racismo esperado que ela sentiu, e sim, a sobreposição do preconceito de gênero sobre o de racismo, intensificando ambos. Mesmo quando algum fator seja explícito na discriminação, não é uma anulação de outros fatores não explicitados. As elaborações posteriores de feministas sobre interseccionalidades, descritas por Collins (2018[1990])^x, chama atenção à experiência vivida, ao diálogo, a éticas e emoções de cuidado e à

responsabilização individual como elementos que motivam um ativismo interseccionado contra a opressão.

Examinar as maneiras pelas quais as vulnerabilidades apareciam na formação de pautas de diálogos e de apresentação de trabalhos na IV RAS leva a algumas observações sobre a sua veiculação e conectividade e as respostas que emergem a partir do contexto da reunião. Estas vulnerabilidades e respostas, como bem reconhecem as abordagens interseccionais, frequentemente são todas discerníveis em um único caso visto, ou numa realidade bem etnografada. Seus conteúdos se entrelaçam. Incentivam e desincentivam ação de maneiras diversas.

As vulnerabilidades estruturais materiais e sociais fazem a sua presença sentida como ponto de partida em quase todos os grupos através de referências gerais a desigualdades mensuráveis. Nos contextos focados e/ou etnografados há compartilhamento de experiências e narrativas de convivência entre pessoas e grupos que sofrem de faltas, exclusões, esquecimentos e estigmatizações associados à construção de uma vivência sentida de subalternidade e descaso na aplicação de políticas de cidadania e de inclusão. Quando a vulnerabilidade atinge um nível incapacitante plenamente impeditivo de ação, ela exige intervenção de terceiros. Esta intervenção pode ser de companheiros solidários na “luta” com experiências análogas ou com outras pessoas e instituições especializadas afinadas com o grupo, quando o cuidar de si se estende para abranger os outros próximos.

Também a intervenção pode ser de outros especializados que assumem um tom de caridade ou de ação humanitária que, mesmo quando amenizam os sofrimentos, impõem dependência na agência dos que procuram cuidados. Porém, mais vezes do que do contrário, a vulnerabilidade estrutural que degrada e reforça exploração e provoca autoreferências negativas nos mais vulneráveis, também germina um reforço à criação de referências territoriais, de termos de união de próximos, parentes e “horizontalizados” entre eles que positivam as suas experiências comuns. Respostas dessa qualidade contribuem na construção de um desafio de procurar favorecer uma mudança tão

estrutural quanto são as práticas que criaram a vulnerabilidade que precisa ser combatida em vez do que reafirmada. A adesão a identidades que favorecem interpretações provenientes das experiências vividas e sentidas pelas pessoas afetadas, muito basilares à antropologia e uma noção de cultura capaz de contribuir na mobilização e negociação (Carneiro da Cunha 2009) compartilha este foco com o realce da experiência vivida descrita por Collins (2019). Estatísticas e dados, desde os específicos de vigilância em saúde, até os gerais censitários que compõem índices de desenvolvimento humano e outras medidas de verificação contábil de qualidade de vida, amontoam-se na confirmação de adoecimentos, patologias, acessos limitados a renda e a bens e a qualidade de moradia e acesso a serviços. Todos esses se desdobram num incentivo de alguma iniciativa de se movimentar, de agir, enfim, de cuidar de si e/ou dos outros para aliviar essa condição. Estes dados mais quantitativos aparecem nos argumentos dos trabalhos apresentados no IV RAS, mas quase sempre na função de respaldo, e não de cerne, dos argumentos desenvolvidos nos diálogos nas mesas e grupos. A profusão de abordagens que nomeia a causalidade de políticas neoliberais nocivas aos sujeitos e evidência à intencionalidade de agir na transformação destes contextos trazidos para discussão, evidenciam a onipresença de vulnerabilidade estrutural, da necessidade de cuidar de si e de buscar o cuidado pelos outros.

Os resumos da reunião “interdisciplinar” do IV RAS não podiam deixar de expressar o que é vivido “em campo”. Pensando práticas e abordagens vividas na experiência profissional devidamente “técnica” da área disciplinar etnográfica e de saúde coletiva, é chave compreender o espaço relacional observado para retratar o diálogo com os vulneráveis. Pode ser nos seus próprios territórios e espaços de moradia, em espaços que exigem a sua presença em instituições que apartam (mesmo tentando recriar parcialmente) as pessoas do seu território ou em espaços intermediários dedicados à decisão sobre o que fazer para cuidar. Este espaço de encontro costuma ter conteúdo que se tenciona em torno da ação imbuída ao campo sanitário de aplicar medidas protocolares em situações concretas, e observar o seu sucesso ou

insucesso em diminuir vulnerabilidades, respeitando as particularidades de tais situações. Antropólogos e antropólogas e profissionais no campo da saúde coletiva constantemente redefinem o seu grau de cumplicidade com as populações com quem interagem, sendo sujeitos ao escrutínio da sua vinculação com as identidades construídas pelos próprios vulneráveis. Explicitar atenção a discussão sobre o exercício do ofício de antropólogos e profissionais de saúde, bem como sobre a (in)efetividade de sistemas de saúde ocorreu mais nos GTs (próximo a 30 % dos grupos) do que nas MRs (próximo a 10%).

A normatização da governança sanitária dialoga com a particularização da população. Traçando a história do estudo da saúde em antropologia, um arcabouço de conhecimentos e saberes em acumulação na prática antropológica levaram a parcerias, coloniais e anti-coloniais, nas quais os antropólogos se fizeram de tradutores de concepções “culturais” de comunidades de “outros” quando não estavam sendo bem compreendidos por administradores da expansão e da ocidentalização. Assim, antropólogos, sanitaristas e administradores públicos se envolveram, nem sempre confortavelmente, em obras de saneamento, promoção de saúde, tutela e governança supostamente protetoras dessas populações, buscando estruturar políticas com, e/ou para, eles, especificamente dirigidas a buscar alívio às desigualdades de exploração e da vulnerabilidade. De acordo com a conjuntura e a relação criada entre eles, provocou o questionamento de protocolos mais ou menos rígidos e a busca de reelaboração para favorecer a efetividade de ações de cuidado com uma conexão ente grupos identitários e profissionais do cuidado dos outros. O arcabouço de conhecimentos e saberes buscados pelos antropólogos se tornou cada vez mais compartilhado com os sanitaristas (muitas vezes encarnado na mesma pessoa!). A batalha dos profissionais de saúde coletiva na criação do Sistema Universal de Saúde (SUS) evidenciou que a grande maioria se situava no lado político de universalização e democratização de direitos à saúde e acesso a serviços. A brecha que abriu na universalização foi a da diversidade de demandas de acordo com as identidades, quase sempre vulnerabilizadas, das populações alvas dessas ações de cuidado. Exigia, e

continua exigindo, políticas específicas e compreensão de diferenças, sem que impliquem sempre em um questionamento aprofundado do conhecimento biomédico hegemônico. Conjuntamente, questionam a imposição de uma lógica neoliberal de redistribuição, e busca-se elaborar novos protocolos na tentativa de diminuir vulnerabilidade sem deixar de respeitar identidades. Nas reuniões de Antropologia de Saúde e de Ciências Humanas da ABRASCO há mais convergência do que divergência temática entre eles. Tal convergência favorece uma abertura para outras ontologias, outras epistemologias e espaços de vida. Esta ênfase em experiências de vida em grupos identitários foi enfatizada em mais do que a metade dos GTs e na terça parte das MRs.

Na estruturação da vulnerabilidade visível nas discussões dos grupos de trabalhos e mesas redondas na IV RAS, ocorre uma tensão entre a normatização e protocolização das atividades específicas relacionadas com saúde, e a particularização identitária dos grupos humanos e sociais focados no trabalho etnográfico. Questiona-se a adequação dos protocolos que não conseguem particularizar. Exigir esta especificidade é tentar desmontar as barreiras formadas nos protocolos que não têm a flexibilidade de tomar em conta a diversidade nas suas manifestações particulares. Esses mesmos grupos humanos e sociais (étnicos, raciais, de classe, de sexualidade, de gênero, etc.), muitas vezes com os antropólogos ou que trabalham com eles, ou que são mesmo integrantes deles, beneficiados por políticas anti-discriminatórias, juntam-se em trabalhos coletivos reivindicatórios. Não raramente conseguem gerar novas maneiras de protocolar particularidades em pautas mais coletivas e com performances diferenciadas. Na busca de se cuidarem, também há uma busca de valorização de sua maneira particular de ser, com o agenciamento de abordagens decoloniais, de denúncias de racismo, de excessos de heteronormatividade e de patriarcalismo.

É comum uma busca para operar uma inversão de histórias de opressão, não raramente sentida na aplicação de categorias biomédicas que os estigmatizam. Há uma clara intenção comum de agir na

transformação destes contextos trazidos para discussão. Ora são propostas para compreensão e uso prático de ontologias e epistemologias alternativas, ora são invocadas ontologias e epistemologias hegemônicas nas quais se possa operar uma inversão simbólica. Esta inversão simbólica se constitui como uma ressignificação do negativo, antes parte da estigmatização de um grupo, de uma maneira na qual se torna uma arma muito positiva para repensar e reconstruir realidades na modificação de relações de poder (Adams 1975, Mbembe 2014, Krenak 2020, Grossfoguel 2011).

Quando a vulnerabilidade vivida remete mais à individualização biomédica do sujeito diagnosticado, o ativismo da identidade social coletiva é colocado em xeque, pelo menos temporariamente. A busca de cuidados dos outros é configurada pela própria bioidentificação e o ativismo concentra em assegurar acesso à tecnologia médica e farmacológica. A vulnerabilidade realça mais a desigualdade de acesso a recursos econômicos e sociais e às desigualdades sentidas nos corpos marcados pela biomedicina. São patologias que evocam declarações pouco cautelosas sobre a “democracia” de adoecer daquilo que foi diagnosticado. As pessoas frequentemente são incomodadas com diagnósticos de difícil compreensão e insatisfeitas com a expressão tecnicamente aquinhoadada da sua condição, que não se traduz facilmente em uma maneira de poder ser entendida e com diálogo difícil com os seus cuidadores. O conhecimento é governado por cuidadores de outros. Pode incentivar ou desincentivar o acionamento de outras identidades sociais, sejam elas novas para as pessoas e afinadas com a patologia em si (cardiopatas, soropositivos, hemofílicos, doentes renais, leucêmicos, cancerosos, anêmicos falciformes, diabéticos, hipertensos, desnutridos, etc.), encontrando mais apoio em associações e casas de apoio dedicados a facilitar o acesso a tratamento de doenças específicas, do que a casas de apoio a residentes de um município ou de um território étnico. A “bioidentidade” primária nessa vulnerabilidade se estende para marcar outras identidades, pré-diagnósticas, às vezes pelo fato de haver observação comprovada da sua prevalência entre outras coletividades com as quais os diagnosticados se identificam.

Essa individualização é buscada pelas pessoas que, independentemente de assumir outras identidades, possuem um diagnóstico que as insere em uma dependência tecnológica de práticas de cura e da terapia específicas para tal diagnóstico. Isto gera uma identidade coletiva, descrita em estudos inspirados nas realidades de cidadanias biológicas (Rabinow 1996, Rose 2012). São grupos ativos constituídos através do forte poder criativo da própria biomedicina e dos usuários dela. A inclusão no grupo simultaneamente promove uma intensa biomedicalização dos conhecimentos e práticas dos seus integrantes, e um anseio marcado por encontrar outras respostas fora da biomedicina.

A vulnerabilidade sempre é fortemente delimitada pela possibilidade de intervenção no corpo da pessoa enquanto sujeito com uma “corporeidade” profundamente dependente da rede de oferta de serviços biomédicos e aos atendimentos terapêuticos impostos por ela. O seu horizonte de alternativas, mesmo quando queira buscar terapias especiais que são marcadas por sensibilidades não usuais na biomedicina, faz com que ser cuidado pelo sistema de saúde exija uma subordinação, desejosa de autonomização, mas emaranhada nas malhas das ofertas disponíveis, que podem intensificar a dependência ou resultar exatamente na busca incessante da sua negação^{xi}. Judicialização é um caminho de ação para diminuir a dependência de altos custos com demandas exorbitantes. A pressão da contabilização neoliberal da oferta de serviços imprime socialmente uma noção de “merecimento” individualizado contido no diagnóstico e julgado pelo judiciário. A judicialização do acesso se torna uma prática de regulamentação da cidadania e de prestação democrática de serviços. Para o diagnosticado, a identidade é no sofrimento e no gozo do alívio do problema diagnosticado e pela capacidade de cuidar dele, e não em uma vivência de identidade social que em si é prazerosa e poderia ser ampliada com uma política adequada para a vulnerabilidade que afeta a pessoa que faz parte dela. O sujeito diagnosticado sofre de disciplinamentos diretos e indiretos que limitam muito o seu espaço de viver – delimitado por um corpo com diferenças construídas a partir de seja qual for a fonte.

Quando se segue o segundo caminho, de se conectar com terapias alternativas propostas por diferentes “cuidadores de outros” introduz ontologias de outras maneiras de estar no mundo nas quais terapias alternativas abrem novos espaços e remetem a outros diagnósticos.

Nas discussões dos GTs e das MRs na programação do IV RAS houve mais dedicação à complexa interação de sistemas de cura e propostas de cuidados de si e de cuidados pelos outros de que a tentativas de separação e diferenciação entre eles. As pragmáticas da conectividade e as múltiplas vulnerabilidades povoam um ambiente de uma conjuntura idealizada que designamos de republicana e democrática. Elas compõem pautas de ação para as quais possa haver implicação em políticas multifacetadas de cuidado, pelo menos minimamente ou parcialmente favoráveis e expressão da subjetividade de grupos e pessoas afetados pelas vulnerabilidades. Essa idealização é temperada pela onipresença de desconfianças explícitas de diversos agentes sobre os princípios que movimentam a busca de cuidados. As desconfianças se evidenciam na observação e exposição das incapacidades históricas de elaborar políticas que sustentam uma prática de desfazer, diminuir ou inverter as próprias fontes das vulnerabilidades. A expectativa da perpetuação das desigualdades se perpetua.

O contraste dessa realidade conjuntural foi o contexto da reunião. De um lado, uma pandemia que assolava a população e escancarava as perdas de sistemas de acesso a saúde que, embora apresentassem sérias limitações, pelo menos ofereciam alguma expectativa de estarem aprendendo a saber o que fazer para cuidar de sujeitos e grupos particulares e de todos. De outro, um governo cujas escolhas ridicularizavam as necessidades de serviços de saúde da população, enquanto demonstravam abertamente desinformação e desinteresse nos serviços e técnicas que grupos vulneráveis pudessem precisar. Assim, pensando essas vulnerabilidades, duplamente intensificadas, a reunião poderia ser entendida como uma manifestação que ocorreu em um quadro temporal de um desastre, que, por todo mal que ele acumulasse, também teve uma oportunidade de realçar a

necessidade de cuidar e de procurar diminuir vulnerabilidades e respeitar diversidades.

Agora, quase um ano e meio depois da IV RAS, o governo eleito com uma política oposta à política do governo anterior, ainda plantou a semente de uma nova abordagem de políticas de cuidado, instalando uma Secretaria Nacional de Cuidados e Família no Ministério de Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome no início de 2023. O seu foco não cai diretamente em cuidados de saúde, pois tem um objetivo de “garantir a satisfação das necessidades e o direito aos cuidados de todas as pessoas, a partir da organização e estímulo do Estado, em especial às crianças, às pessoas com deficiência e pessoas idosas com dependência e às trabalhadoras e trabalhadores do cuidado” (2023), assegurando um trabalho decente para cuidadores(as) que são remunerados(as) e tirando os(as) não remunerado(as) da invisibilidade, redistribuindo o trabalho e diminuindo cargas de trabalho e liberação de tempo^{xii}. Se essa semente vai render fruto, dará um passo na direção da compreensão da enorme complexidade de cuidados e, acrescentando a área de saúde, precisará saber como diferenciar entre cuidados e governança e tomar em conta os efeitos hierarquizantes muito fortes de tecnologia e conhecimento médico. Instalado com foco nas mulheres e no trabalho, contribui na diminuição de vulnerabilidades e pode se pautar em algo mais horizontal e igualitário, sempre consciente que os cuidados também instalam desigualdades.

O contexto duplamente aliviado de vulnerabilidades não é uma pauta de vulnerabilidades resolvidas ou em resolução, sendo, de fato, simplesmente outra pauta de desafios. Passar dos cuidados de si para ser cuidado pelos outros não deixará de ser um fluxo na contracorrente de uma autonomia utopicamente inalcançável e de uma saudável busca de identidades e diversidades. Os tempos são outros, as experiências e os diálogos são sempre interconectados e tensos quando cuida de si, quando cuida dos outros, e quando é cuidado pelos outros. As formas de expressar a solidariedade e a união não deixarão de ser fatores que diferenciam os grupos, e as profundas diferenças em maneiras de estar

no mundo exigem uma multiplicidade de saberes que dialogam e conseguem se compreender entre elas num mundo sustentável interconectado, atravessado por considerações de território, de trabalho, de tempo, de relacionalidade próxima e de saberes.

NOTAS

²A ordem de apresentação desses nomes reflete a sua recorrência nos resumos, de mais frequente para menos frequente.

³Embora tente respeitar as formas de referência cuidadosamente elaboradas pelos autores, a lista nem sempre reflete literalmente as nuances políticas e de identidade que os autores dos resumos produziram. Estão apresentadas na mesma ordem aleatória do aparecimento e com supressão de repetições. Algumas categorias foram suprimidas por refletir uma identidade empregada por terceiros, mas não tão claramente assumida pelos integrantes dos grupos, tais como: marginais, matáveis, diagnosticados.

⁴Com sua ênfase no parentesco e questionamento aberto da natureza restritiva das categorias preferidas pelos estudiosos, Carsten (2012) prefere o termo mais flexível de “relacionalidade”.

⁵As discussões sobre técnica de Latour (1994) investigam implicações na relação entre a técnica e sujeitos. Também se poderia elaborar uma extensa discussão a partir do realce de Boltanski (1979) a relações de classe e suas aplicabilidades na discussão de cuidados.

⁶Rabinow (1996) e Rose (2012) discutem biosociabilidade e cidadanias biologizadas com muito detalhe.

⁷São muitos autores que trabalham com corporificação ou *embodiment*, todos passando por inspirações a partir de Mauss (2003, [1935]) e Goffmann.(1968).

⁸Outro ponto de partida poderia ser as categorias que informam os campos de ofertas de serviços de saúde. Exigiria uma descrição minuciosa das muitas categorias nas quais o próprio setor de saúde se categoriza, fugindo do escopo deste trabalho, o qual procura entender sujeitos e grupos vulneráveis nas suas buscas de cuidados.

⁹Costumeiramente designado como alguma derivação identitária de “agentes comunitários de saúde”.

¹⁰ Das (2015) elabora uma compreensão dessa conexão como uma interação construtiva nas margens entre cidadão e Estado.

¹¹ Collins e outras autoras são apresentados de uma forma didática em Akitorene (2019) e Leal (2021).

¹² Essa inserção em ontologias de diagnóstico e sujeição ao disciplinamento de sistemas de cura ocorre paralelamente em sistemas não regidos pela biomedicina, mas a hegemonia desta quase sempre exige negociação, direta ou indireta, com o diagnóstico biomédico. Laplantine (2011) dedica muita atenção aos princípios de diferentes sistemas de cura.

¹³ Disponível em [https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Marcha_dos_Prefeitos/arquivos/SNCF_Cartilha_Conheca_Sec.Nacional%20Cuidados%20e%20Familia%20\(5\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Marcha_dos_Prefeitos/arquivos/SNCF_Cartilha_Conheca_Sec.Nacional%20Cuidados%20e%20Familia%20(5).pdf), Acessado em 10 de dezembro de 2023.

REFERÊNCIAS CITADAS

- ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). 2002. Dossiê ABRASCO: Pandemia de COVID-19 / Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Rio de Janeiro: Abrasco.
- ADAMS, Richard. 1975. *Energy and Structure: A Theory of Social Power*. Austin: University of Texas.
- AKOTIRENE, Carla. (2019) *Interseccionalidade*. São Paulo, SP: Sueli Carneiro; Pólen.
- AYRES, João Ricardo, 2004a. “Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde”. In *Interface Comunicação, Saúde e Educação*. Vol.8, nº14, 73-92.
- AYRES, João Ricardo. 2004b. “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”. *Saúde e Sociedade*, vol.13, nº13, 16-29.
- BOLTANSKI, Luc. 1979. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro, Graal,
- BONET, Otávio. 2014. “Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado. a propósito de Tim Ingold. *Sociologia & Antropologia*. V.04 n.02: 327–350, outubro.
- BONET, Otávio TAVARES, Fátima. 2006. “Redes em redes: dimensões

- intersticiais no sistema de cuidados à saúde”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Gestão em redes. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc.
- CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. 2009. ‘Cultura’ e Cultura: conhecimentos tradicionais e direitos intelectuais”. IN: Carneiro M. *Cultura com Aspas*. São Paulo: Cosac Naify.
- CARSTEN, Janet. 2004. *After Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press. 2004
- CRENSHAW, Kimberlé. 2002. *A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero. Cruzamento: Raça e gênero*. Brasília, UNIFEM.
- DAS, Veena. 2015. *Affliction: health, disease, poverty*. New York: Fordham University Press.
- GOFFMAN, Erving. 1968. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin Books.
- GROSGOUEL, Ramón, 2011. Decolonizing post-colonial studies and paradigms of political-economy: transmodernity, decolonial thinking and global coloniality. *Transmodernity: Journal of Peripheral Cultural Production of the Luso-Hispanic World*, v. I, n. 1, p. 1-38,
- GROSSI, Miriam.; TONIOL, Rodrigo. (orgs) *Cientistas sociais e o coronavírus*. ANPOCS, 2020. em <http://anpocs.org/index.php/ciencias-sociais/destaques/2458-livro-cientistas-sociais-e-o-coronavirus-ebook-dezembro-2020> Acessado 03/01/2023
- KRENAK, Ailton. 2020. *O amanhã não está à venda*. São Paulo: Companhia das Letras.
- LAPLANTINE, François. 2011, São Paulo; WMF Martins Fontes; 4 ed
- LATOUR, Bruno. 1994. *On Technical Mediation: Philosophy, Sociology and Genealogy*. *Common Knowledge*, v.3, nº 2: 29 64,
- LEAL, Halina. 2021. A interseccionalidade como base do feminismo negro. *Cadernos de Ética e Filosofia Política*, 39(2), 21-32. <https://doi.org/10.11606/issn.1517-0128.v39i2p21-32>
- MACHADO, Maria Letícia; FREITAS, Rebeca. 2021; *O primeiro ano da pandemia em 43 eventos, Nexo Políticas públicas*. <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/O-primeiro-ano-de-pandemia-no-Brasil-em-43-eventos> (atualizado em 27 de dezembro de 2023) Acesso, - 29/12/2023.
- MARTINS, Paulo Henrique, CAMPOS, Roberta Bivar. 2006, *Polifonia*

- do DOM. Recife: Editora: a Universitária Ufpe,
- MAUSS, Marcel. 2003. As Técnicas do Corpo. In: Mauss, M Sociologia e Antropologia. São Paulo, Casaac Naify.
- MAUSS, Marcel. 1950[1925]. Essai sur le Don. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1950.
- MBEMBE, Achille. 2014. Out of the Dark Night: Essays on Decolonization. Luanda/Mangualde: Edições Mulemba/Edições Pedagogo.
- METZL, Jonathan. M.; HANSEN, Helena. 2014. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 103, p. 126-133.
- MOL, Annmarie 2002. The body multiple: ontology in medical practice. London: Duke University Press, 2002.
- MOL, Annemarie (ed.). 2008. *The Logic of Care*. Health and the Problem of Patient Choice. New York: Routledge, 2008.
- QUESADA James, HART Laurie, BOURGOIS Philippe 2011. Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology*. 2011;30(4):339-362.
- RABINOW, Paul. 1996. Essays on the anthropology of reason. Princeton, Princeton University Press.
- ROSE, Nikolas. 2012. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo, Paulus.
- SAHLINS, Marshall. 1965. On the Sociology of Primitive Exchange. In: BANTON M. (ed.) *The Relevance of Models for Social Anthropology*. London: Tavistock,
- SCOTT, Parry. 2024 - no prelo. Fim de emergências de saúde inacabadas e as redes de cuidados com a síndrome congênita do Zika vírus. *Physis: revista de saúde coletiva*. UERJ. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434SP110pt>
- SCOTT, Parry 2023. Redes, mediadoras e domínios de cuidados na epidemia da síndrome congênita do Zika. *Revista de Antropologia*. V.66 e187773 São Paulo: USP. DOI<http://dx.doi.org/10.11606/1678-9857.ra.2022.187773>
- SCOTT, Parry. 2011. Famílias brasileiras: poderes, desigualdades e solidariedades. Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- SCOTT, Parry; LIRA, Luciana.; MATOS, Silvana. 2-23 Práticas sociais no epicentro da epidemia do Zika 2020c, Recife: EDUFPE ebooks.

Vulnerabilities and connections between care "of the self", care "of others" and care "by others" at the IV Meeting of anthropology of health (IV RAS)

Abstract: Examining approaches evidenced in the titles and abstracts of working groups and roundtables during the IV Meeting on Anthropology of Health (2021), this article discusses connections between self-care, care for others and care by others in the quest to reduce vulnerabilities. It problematizes the critical context of the COVID 19 epidemic and the neglect of public policies in which the virtual meeting took place. It focuses on connections in the passage from care for oneself to care for others related to territory, work, time, close relationality and knowledge. It differentiates the search for care through one's own collective identity groups that aim to reduce suffering and vulnerabilities, and the search through bio identity groups that mobilize biomedical techniques that guide care for others. It shows tensions and convergences concerning standardization and diversity in the perspectives of collective health and anthropology and highlights the perpetuation of inequalities and the stimulation of agency in the search for care.

Keywords: Care, Vulnerability, Fourth Meeting of Anthropology of Health, connections, diversity.

Recebido: julho de 2023

Aprovado: dezembro 2023