Ñanduty
ISSN:2317-8590

RESENHA. BRAZ, Camilo; HENNING, Carlos Eduardo (Orgs.). (2017). **Gênero, sexualidade e saúde**: Diálogos latino-americanos. Goiânia: Editora da Imprensa Universitária. 178p.

Daniella Chagas Mesquita (PPGAS/UFMS) – daniellacmesquitaf@hotmail.com

O livro "Gênero, sexualidade e saúde: Diálogos latino-americanos" faz parte da Coleção Diferenças, que objetiva contribuir na divulgação da produção antropológica contemporânea. Já de início Braz e Henning afirmam que um dos fatores responsáveis pelo crescimento da Antropologia da Saúde estaria no lançamento do "olhar antropológico sobre práticas que escapam à biomedicina ocidental" (BRAZ; HENNING, 2017, p.8). Assim, cada capítulo trabalha, através de temas e vivências específicas, com linhas de fuga[1] ao saber-poder biomédico, levando-nos a reflexões sobre gênero, sexualidade e saúde, que poderão contribuir e subsidiar políticas públicas de saúde (MINAYO, 1998 *apud* BRAZ; HENNING, 2017).

O segundo capítulo, escrito por Fleischer e Carneiro, reúne os principais dilemas enfrentados pelas mães de crianças com Síndrome congênita do vírus Zika, considerando a alta como recurso etnográfico e heurístico. A importância desta discussão assenta-se no pouco investimento em pesquisas e atenção para com aqueles que dedicam-se ao cuidado do outro, e na grande responsabilização e culpabilização que vivenciaram estas mulheres pela microcefalia de seus filhos.

Para terem acesso aos serviços, as mães viam-se em um itinerário terapêutico que só era possível porque circulavam intensamente por diversos órgãos e instituições, caminhos estes facilitados pela criação de uma rede de mulheres na mesma situação. Nos encontros com o outro, preconceitos eram vivenciados: os bebês eram chamados de ET, monstro, bicho e filho do mosquito, ademais, "perguntas eram constantemente disparadas sobre o corpo, a saúde e o potencial de contaminação dessas crianças. Olhares suspeitos e de abjeção, cadeiras deixadas vazias ao lado, proibições para subir nos ônibus" (BRAZ; HENNING, 2017, p. 24).

Em seus itinerários, as mulheres demostravam o tipo de mãe que desejavam ser reconhecidas publicamente: a comprometida com a deficiência do filho. Assim, além de

[1] Vetores de desterritorialização ou desorganização, que fazem fugir algo, sendo fugir sinônimo de traçar linhas e fazer fugir (e não fugir para fora de) (ZOURABICHVILI, 2004).

cuidadora, as mães eram convidadas a assumir em casa o papel de terapeuta amadora. Ademais, as salas de apoio das clínicas constituíam-se como espaços de convivência, com forte sociabilidade e apoio mútuo.

Contudo, conforme as autoras, mesmo com o grande comprometimento que dedicavam aos seus filhos, em 2017 as crianças passaram a receber "alta" das terapias, mas esta não tinha caráter positivo indicando que prescindiam das sessões terapêuticas, era um eufemismo de uma mentira, "alta sem melhora", que para as mães se apresentava como descaso, abandono, exclusão e atestado de inviabilidade para a criança. Os argumentos para a "alta" (choro da criança, falta injustificada e não evolução) responsabilizavam as mães e crianças, no entanto o real motivo destas era o declínio financeiro e diminuição de vagas adotadas como estratégia biopolítica de deixar morrer. Vale ressaltar que, através de linhas de fuga, algumas mães realizavam a auto-alta, criticando a ideia da estimulação precoce como principal ou único recurso oferecido aos filhos pelas instituições e pela biomedicina, buscando referências, cenários e cuidados diferentes daqueles ofertados.

No terceiro capítulo, de Oliveira e Martins, a loucura e a medicalização foram analisadas como dispositivos de normalização da vida e contraposta a noção de "loucura" enquanto experiência e experimentação. Segundo os autores, o intuito seria o de "desnaturalizar saberes e práticas que circunscrevem, classificam e compreendem a loucura enquanto experiência individual e essencializada, que há tanto acabam por invisibilizar as estratégias de resistência dos diferentes sujeitos" (ANDRADE; MALUF, 2016 *apud* BRAZ; HENNING, 2017, p. 53).

Foram utilizadas duas imagens-cena: um relato de experiência junto à uma comunidade indígena (que tinha na medicalização aspecto importante das intervenções dos agentes públicos dentro da comunidade) e o documentário "Loucossão" (construção de uma narrativa com usuários de um hospital psiquiátrico de Manaus que tiveram suas vidas marcadas pela institucionalização). A partir disso, indagam os autores: "Nesse quadro, não seria a "loucura" e o sujeito "louco" produtos de um dispositivo de saber-poder que, por meio da noção de "normalidade", cria uma tipificação que engendra e sustenta mecanismos de controle e exclusão? Ou seja, não seriam efeitos de poder?" (FOUCAULT, 2001 *apud* BRAZ; HENNING, 2017, p. 61).

Deste modo, loucura opor-se-ia à "lou-cura". Na primeira prevalece o modelo patologizante. Em contrapartida, a "lou-cura" é apresentada como uma experimentação da vida que aponta para novas formas de cuidado de si e de cura. Em cena, a constatação de que impõe-se um desafio: o de forjar "a construção de outras imagens-dispositivos [...] em que a experiência da loucura, até então compreendida enquanto lugar do interdito, da abjeção, do perigo, ceda lugar à uma est-ética da existência – e assim, quem sabe, se torne efetivamente lou-CURA" (BRAZ; HENNING, 2017, p. 70).

Já no terceiro capítulo, Novaes põe em perspectiva comparativa o campo psi e o campo antropológico. Nele, a autora contrapõe os significados e recortes que ambas as áreas atribuem ao sofrimento. Segundo ela, na Psicologia este está ligado ao psíquico/mental e é individual, já na percepção da Antropologia Social, o sofrimento é social, resultado da violência social programada pelas ordens sociais, sendo contrária a fragmentação e desmembramento das causas do sofrimento.

Frente a isto, a utilização de narrativas possibilita o acesso ao contexto social mais amplo e às relações sociais, que contextualizam as experiências singulares de sofrimento. A fim de ouvir estas narrativas, a autora vai a campo em um CAPS II, participando do grupo de convivência, no qual não poderia assumir o papel de observadora, mas sim de participante. Lá conhece Maria Aparecida, que demanda um diagnóstico fechado, pois para ela é através deste que teria acesso à possibilidade de cura e ao INSS, ao mesmo tempo em que afirma a impossibilidade de ter seu sofrimento devidamente narrado pelo outro: "eu sei de minhas lutas".

Quando narrativas de sofrimento são capturadas por categorias psicopatológicas e clínicas, as experiências complexas de sofrimento social são diluídas em questões de ordem médico-psicológicas, ocultando as relações existentes entre experiências de sofrimento e processos histórico-sociais amplos. Por outro lado, tem-se na possibilidade de narrativização do sofrimento uma forma de resistência aos contextos, violências e opressões sociais, e assim, o olhar e escuta antropológica do sofrimento pode contribuir com políticas públicas, problematizando como este é produzido, reconhecido e apropriado, e suas implicações.

No capítulo cinco, Neiva propõe a despatologização e visibilidade política da assexualidade, realizando uma observação participante em Brasília, Goiânia, São Paulo e no Fórum Comunidade Assexual. No texto, assexualidade é pensada não como falta

de sexualidade ou como escolha, mas como uma orientação sexual, que desestrutura a ideia ocidental de que o sexo é praticado em decorrência de uma energia libidinal natural. Assim,

> a assexualidade não está exatamente de fora desse regime [de verdade], do dispositivo histórico da sexualidade, uma vez que ela é também produtora de conhecimento sobre o que é sexual, de conhecimento de si, do conhecimento da verdade do sujeito (que é a sexualidade, para as sociedades ocidentais) e, a partir da assexualidade, é possível saber o que não é sexual (BRAZ; HENNING, 2017, p. 107).

Mas, mesmo não encontrando-se fora deste regime de verdade, está fora da norma heteronormativa, ao mesmo tempo em que é lida a partir desta, e assim o saber médico a designa patológica, criando categorias como Transtorno do Interesse/Excitação Sexual e Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo, que sugerem existir um nível "normal" de fantasias e desejos humanos (RUSSO, 2004 *apud* BRAZ; HENNING, 2017), não importando se a pessoa vive bem sem relações sexuais.

Diante disso, a internet aparece como *lócus* para a despatologização e visibilidade política da assexualidade, de modo que a Rede de Visibilidade e Educação sobre Assexualidade tem atuado juntamente com membros da Associação Americana de Psiquiatria para a alteração dessa categorização diagnóstica (OLIVEIRA, 2014 *apud* BRAZ; HENNING, 2017), sendo que através da visibilidade é possível reduzir a carga pejorativa e preconceituosa existente.

> Para sujeitos assexuais, a falta não faz falta, mas interfere no modo como são vistos cultural e socialmente. Por isso, almejam que a assexualidade saia do rol dos diagnósticos estatísticos da medicina. Posto que é o modo como são vistos que traz sofrimento e não a falta de libido e/ou tesão sexual (BRAZ; HENNING, 2017, p. 117)

Por último, os capítulos seis, escrito por Neer, e sete, de Sempol *et al*, discutem os serviços de saúde ofertados às pessoas trans na Argentina e no Uruguai (respectivamente), a partir de marcos histórico-políticos e de etnologias. Na Argentina, a Lei de Identidade de Gênero é central nesta discussão, antes desta, quem desejasse receber tratamentos de construção corporal trans[2] deveria apresentar autorização

[2] Vale ressaltar que Neer utiliza este termo no lugar de "redesignação sexual", assim, com esta troca, abandona-se a ideia de uma nova designação ou adequação aos padrões impostos ao gênero, pensando-se

judicial, que passaram a ser concedidas após uma brecha judicial em 1994, quando acompanhadas de relatórios de perícia psicológica e psiquiátrica que certificassem a não correspondência genitalidade-identidade, baseados em diagnósticos psicopatológicos.

Aprovada a Lei de Identidade de Gênero na Argentina, o requisito único para o acesso às cirurgias e tratamentos hormonais torna-se o consentimento da pessoa, todavia, mesmo não exigido judicialmente, entrevistas psicológicas continuaram a ser utilizadas para gerenciar riscos de arrependimento e suicídio pós-tratamento, enquanto a atenção psicoterapêutica demonstra-se como acompanhamento de caráter eletivo, e tem como desafio a reformulação de seu papel e práticas. Assim, com a aprovação da Lei, a importância da atenção psicológica aloca-se no desenvolvimento de uma atenção integral à saúde das pessoas trans.

Já no cenário uruguaio, em 2015 foi realizada a primeira cirurgia de construção corporal trans, e em 2016, o principal prestador público de saúde passou a garantir gratuitamente tratamentos de hormonização a todos os usuários trans. Sempol *et al* realizam uma etnografia em um serviço de saúde para compreender porquê os homens trans apresentam maior continuidade e aderência ao tratamento do que as mulheres trans.

Para os autores, os homens trans apresentam maior passabilidade, passando despercebidos na sociedade e sem dificuldades para trabalhar, estudar e se relacionar, enquanto as mulheres trans vivenciam maior visibilidade e discriminação, gerando essa diferença de adesão, visto que os homens trans experenciam maior reconhecimento e visibilidade identitária nos serviços de saúde. Logo, faz-se necessário pensar em mudanças nos serviços de saúde para maior inclusão das pessoas trans, aproximando as políticas sanitárias das sociais dentro de uma perspectiva integral.

Diante disso é que considero a importância e a atualidade da obra. Afinal, ao contribuir com a narrativização e visibilidade de experiências, narrativas e práticas de/em saúde que subvertem o saber-poder biomédico hegemônico, nos possibilita compreender e articular o gênero, a sexualidade e a saúde de outros modos questionando assim os saberes-poderes disciplinares e biopolíticos que os enredam.

---

na construção de um corpo novo, que **trans**cende o que outrora foi imposto, com a potência de linhas de fuga.

Ñanduty
ISSN:2317-8590

REFERÊNCIAS

ZOURABICHVILI, François. (2004). *O vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.