

Etnografias e/ou produções de conhecimento: biomedicina, coproduções e desafios

Ednalva Maciel Neves
Antropologia/PPGA/UFPB

Diante do tema da mesa redonda “Antropologia e políticas do conhecimento: experiências a partir dos estudos sociais de ciência”, para corresponder centrei a reflexão na etnografia e no conhecimento como inerentes ao fazer antropológico. O texto se inspira em duas experiências de pesquisa etnográficas¹ cujo campo de investigação é a biomedicina. Ao sistematizá-las, vislumbrei o campo empírico enquanto domínio de produções de conhecimento desestabilizando categorias analíticas, práticas de pesquisa e produção de conhecimento. Tais *afetações* me levaram a reflexões epistemológicas acerca das coproduções entre cultura e ciência, do caráter multivocal, histórico e situado das produções de conhecimento (na medicina e na antropologia).

Apresento uma abordagem eclética quanto aos caminhos conceituais trilhados, visto que tomei a provocação do campo como central na reflexão que realizei. De modo que me sinto bastante inspirada em autores diferentes, dentre eles: Fleck (2005); Haraway (1995); Löwy (2010, 2011); Latour (2000, 2002); Law, Mol (2002); Stengers (2002), entre outros.

Do meu lugar de fala: etnografia localizada

O primeiro aspecto compreende a minha formação híbrida, estabelecendo quem se situa “por dentro” no caso da biomedicina (inclusive tendo a biomedicina como objeto de estudo), mas sistematicamente “de fora” ao assumir uma abordagem orientada pelo “saber relacional” das ciências interpretativas;

A antropologia me fez exercitar uma alteridade radical, provocando certa reflexividade sobre minha identidade profissional médica, suas práticas e discursos. Concordo com Bourdieu (1986) acerca da *ilusão biográfica*, que essa trajetória não é nem singular e nem representativa de outros pesquisadores que tomam seus lugares híbridos de interlocução.

A sensibilidade à alteridade despertou no curso de mestrado em Sociologia/UFPB, ao buscar entender as representações coletivas sobre a morte com famílias que tiveram parentes falecidos em casa. Um estranhamento focado no modelo médico hegemônico de morte hospitalar sob cuidados intensivos, ou paliativos na atualidade.

No entanto, foi a participação num Grupo de pesquisa em epidemiologia, numa instituição de ensino superior que problematizou a “maneira/modo” como o conceito de risco era mobilizado para traduzir o método utilizado e legitimar o conhecimento produzido. Através da investigação sobre risco que cheguei aos estudos sobre a ciência. Esses estudos possuem essa especificidade que é no sentido de fazer uma reflexão sobre a produção de conhecimento biomédico; enquanto um conhecimento localizado

¹ Estas pesquisas tiveram o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES, a quem formalizo meus agradecimentos. Aproveito para agradecer e parabenizar a Associação Brasileira de Antropologia pela iniciativa e apoio de propor essa Mesa Redonda, na 70ª Reunião da SBPC, sob coordenação da profa. Dra. Débora Allebrandt do PPGAS/UFAL.

(HARAWAY, 1995), em que saberes e regimes de verdade são traduzidos em prática, políticas e formas de intervenção/subjetividades.

São fenômenos cuja complexidade (LAW; MOL, 2002) remete para o estudo das práticas, tendo em vista as diferentes nuances que podem ser observadas, tal como: institucionalização; profissionalização.

Operadores do risco: epidemiologia

O curso de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/IFCH/UFRGS teve início em 2000, e o trabalho de campo que fundamenta essas reflexões foi realizado entre 2001 e 2003, no Brasil e na França, quando fiz observação de campo em núcleos de pesquisa e cursos de pós-graduação em epidemiologias clínica e social, observações em eventos científicos e entrevistas semiestruturadas com epidemiologistas de diferentes tendências.

A epidemiologia é um dos pilares científicos da medicina. Alcançou este patamar através da apropriação da análise probabilística como estratégia de produção de conhecimento da determinação social da doença - pactuando com um conhecimento “científico” fundado no modelo matemático conduzido como experimental na produção de conhecimento.

Apesar das diferentes vertentes, os grupos integravam uma “coletividade”. Termo que começou a ter sentido de “coletivo”, nos termos usados por Latour (2001), buscando diferenciar de “sociedade” ou mesmo de “grupo” (Douglas, 1998). O interesse pelo campo da epidemiologia estava centrado no tipo de associação e como risco (mediava ou traduzia) essa sociação.

A mediação do risco exerce uma função relevante no processo formador no estabelecimento de um vínculo e adesão dos neófitos aos cursos (pós-graduação, iniciação científica), enquanto *estilo de pensamento*. No entanto, o grau de vinculação era variável (entre os que se identificam e os que não se identificavam), articulando interesse instrumental sobre o arsenal metodológico e uma dimensão afetiva de pertencimento. Tal coletividade de pensamento, segundo Fleck (2005), expressa dois aspectos: a fluidez do vínculo entre os integrantes e o valor heurístico e constitutivo de risco para consolidação da epidemiologia como ciência.

Risco desponta como uma ideia cujo valor indica uma forma de governança sobre integrantes do grupo, reforçada pela produção de conhecimento, se torna reconhecida e legítima, estendendo tecnologias de governança ao cotidiano, as práticas e a vida das pessoas. De fato, risco é uma categoria que integra um sistema de valores – segurança, confiança, etc., oriundo de uma ciência básica, a matemática, estabelece vínculos entre fatores na produção de um efeito; de modo que permite exercitar os valores do campo científico, fornecendo a objetividade/neutralidade fornecida pela produção da “verdade estatística”.

As dinâmicas do campo levaram a entender o processo contínuo de intercâmbio entre os domínios da ciência e a cultura. Risco é um mediador, construído e modelador de estilos de pensamentos, comportamentos e práticas científicas (daí sua potencialidade). Risco carrega uma série de ideias que é temporal e localmente definida, elas são dinâmicas, mas estabelecem perspectivas em torno de: segurança, confiança, insegurança, arriscado, perigoso – não são categorias definíveis por antecipação, elas se definem em seus contextos de uso; por isso, o mesmo ator que pesquisa sobre tabagismo/ faz uso do tabaco. Interessa o valor é mobilizado em cada contexto.

Experiência etnográfica: genética por todo lugar

A segunda experiência que trago parte do risco a partir das relações entre certezas e incertezas do conhecimento genético, exercido através do Aconselhamento genético e o povoamento de comportamentos preventivos. Tem-se a genômica como *topoi* das representações do humano sintetizada pelo DNA (sequências e localizações/mutações/deleções – inato e imutável - materialidade), orientada pelo desenvolvimento contemporâneo da biologia molecular. Processo de Molecularização na representação da natureza humana (mantendo a distinção entre natureza e cultura – inato e construído) (ROSE, 2013).

Para entender esse contexto, a pesquisa foi realizada num hospital de alta complexidade, por três meses. A entrada no campo exigiu uma negociação intensa, considerando a resistência a ser descrito, por um lado e, por outro, certa desconfiança da dupla formação da pesquisadora. Observação de campo acompanhou a organização, a distribuição de *expertise* (divisão da produção de conhecimento), os rituais de discussão de casos foram ocasiões de acompanhar os debates e socialização das decisões, assim como em eventos científicos da área, de frequência anual e ocorrendo em localidades em que o desenvolvimento da genética é diferenciado.

A natureza do grupo é mais densa, com dinâmica de adesão menos permeável, embora com dificuldades de reprodução, como visto na seleção de médicos para residência que não preencheu todas as vagas. Os geneticistas clínicos anunciam que têm uma vocação científica, no sentido de investigativa de modo a se dedicar também à “bancada” ou ao laboratório. Eles enfatizam que não é só o exercício da clínica médica, que existe “veia científica” na trajetória dos geneticistas.

A investigação clínica tem o “heredograma” como recurso, enquanto um diagrama de descrição da história familiar - ascendência, descendência e incidência –, integrando o processo de investigação de acometimento genético da família. Os heredogramas são utilizados para a interlocução entre humanos geneticistas e famílias/pacientes. Eles são a porta de entrada para acesso ao Humano objetificado na materialidade do DNA, entendido como um ator que mobiliza redes envolvendo diferentes atores: pacientes/famílias e associações, profissionais e projetos de pesquisa, interlocução com outros grupos/pesquisadores, indústria farmacêutica – exames e terapias, governos e judiciário, gestão política de ciência/tecnologia. O DNA é condensado em biobancos, criando sentimentos e expectativas de cura pela pesquisa, de esclarecimentos de diagnóstico e produção de conhecimento e de redes de interlocução com outros geneticistas.

Os geneticistas articulam entre práticas clínicas e científicas, de modo que o “fazer científico” embasado numa clínica de “beira de leito” (FOUCAULT, 1989). A genética médica amplia a abordagem do adoecido à família – da doença à pré doença (amparado pela estratégia do Aconselhamento Genético). Por sua vez, a genética médica adquiriu um status de *expertise* diante de outras especialidades médicas, cuja atuação consiste em fornecer consultorias para esclarecimentos de diagnósticos. Situação pouco confortável, pois alegam “não têm leitos”, embora estejam “em todo lugar”.

Os casos clínicos relatados são dramáticos, pela natureza incurável das doenças, porém com tratamento, como nos Erros Inatos do Metabolismo. A jocosidade é um recurso de enfrentamento da dramaticidade dos adoecimentos. Neste enfrentamento, as alianças e ativismo junto às associações e redes de pesquisadores que possibilitem acessar exames e tratamentos. Já a controvérsia recente estava vinculada à epigenética.

É perceptível a relevância do risco em políticas preditivas, a partir da crescente visibilidade do risco genético, pela chamada medicina personalizada fundada na

molecularização das práticas de saúde e dos comportamentos, como as mastectomias preventivas. Tem-se o reforço do *bio* (intervenções sobre corpos, tecnologias médicas preventivas), dada pela articulação entre práticas sociais e científicas, compreendidas nos termos da coprodução (JASANOFF, 2004) com a ordem social. A “moral” também integra as relações entre natureza e comportamentos, na responsabilização e culpabilização sobre o risco genético. Entendo ainda, de forma preliminar, acentua as relações simbólicas entre sangue e responsabilidade, sangue e DNA.

Ciências, políticas e práticas cotidianas

Minha reflexão é permeada pela compreensão do risco como categoria ocidental que aciona pela via a ciência, a elaboração de conhecimento científico e tecnológico, esperança para os sofrimentos físicos/sociais, ao mesmo tempo que exerce o poder, controle e repressão articulados aos valores de mercado(bio) e individualismo (responsabilização e culpabilização – sofrimento e solidão).

Neste sentido, a biomedicina desponta como um instrumento institucional com uma capilaridade sem par na concretização desses valores – seja no nível da vigilância do biopoder, seja no nível das biopolíticas (RABINOW; ROSE, 2006) – ou no mínimo “para arremeter comportamentos na direção de uma norma abrangente e imperativa” (FONSECA; JARDIM, 2017, p. 08), não sem resistências, evidentemente.

O risco despontou como categoria de mediação entre valor moral, político e simbólico de produção de classificações sociais, relações e redes. A epidemia pelo HIV/Aids é exemplar dos usos do risco: fatores de risco, grupos de risco, comportamentos de risco e na produção de estigmas, preconceitos, exclusão e sofrimentos.

No campo da genética, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (2014) povoou a “cidadania biológica”, por outro, continua a distorção histórica em relação à Doença Falciforme: alta prevalência, baixa tecnologia para diagnóstico e cuidado em saúde (*sickel cell anemia*). Outros elementos passam a ser pensados tais como: biolegitimidade e cidadania (FASSIN, 2006), biomercados e risco genético.

Referências:

- BOURDIEU, Pierre. L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 62-63: 69-72, juin/1986.
- DOUGLAS, Mary. *Como as instituições pensam*. São Paulo: Ed. da USP, 1998.
- FASSIN, Didier. *Quand les corps se souviennent*. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud. Paris : La Découverte, 2006.
- FAVRET-SAADA, Jeanne. “Ser afetado”. Trad. Paula Siqueira; revisão Tânia Stolze Lima. *Cadernos de Campo*, n. 13: 155-161, 2005.
- FLECK, Ludwik. *Genèse et développement d'un fait scientifique*. Paris: Éditions Flammarion, 2005.
- FONSECA, Claudia; JARDIM, Denise F. *Promessas e incertezas da ciência: perspectivas antropológicas sobre saúde, cuidado e controle*. Porto Alegre: Sulina, 2017.
- JASANOFF, Sheila. *States of knowledge*. The co-production of science and social order. New York: Routledge, 2004.
- LATOURETTE, Bruno. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: EDUSC, 2001.
- _____. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editorial UNESP, 2000.
- LAW, John; MOL, Annemarie (eds.). *Complexities. Social studies of knowledge practices*. EUA: Duke University Press, 2002.

LÖWY, Ilana. Detectando más-formações, detectando riscos: dilemas do diagnóstico pré-natal In: *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 17, n.35, p. 103-125, jan./jun 2011

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de Biopoder hoje. *Política & trabalho – Revista de Ciências Sociais*, 24: 27-57, abril/2006.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida*. Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: ed. 34, 2002.