



A popularização de esfigmomanômetros e glicosímetros no bairro da Guariroba, Ceilândia/DF¹

Natália Bezerra

Graduada em Antropologia (Universidade de Brasília)

Brasília, Brasil

natalia.almeida.unb@gmail.com

Soraya Fleischer

Doutora em Antropologia Social (Universidade de Brasília)

Professora da Universidade de Brasília.

Brasília, Brasil

soraya@unb.br

Resumo

Partindo de uma pesquisa etnográfica realizada com mulheres e homens que convivem com o diagnóstico de “hipertensos” e “diabéticos” pretende-se apresentar como os equipamentos tecnológicos de aferição da pressão arterial e da glicemia têm se popularizado intensamente em um bairro popular no Distrito Federal. Sugerimos que esse é um fenômeno social novo e pouco pesquisado, que reúne complexos significados sobre doenças crônicas, atenção básica de saúde e relação equipes-pacientes. O tipo de equipamento, os números, o leitor dos números, o espaço e o momento do dia em que tal medição ocorre e a comparação com medições anteriores são alguns dos aspectos considerados no uso e no entendimento dos esfigmomanômetros e glicosímetros. Conversas e entrevistas com as pessoas adoentadas, bem como com profissionais de saúde, nos permitem perceber como é improdutivo continuar reforçando a polaridade que antagoniza e afasta “leigos” de “especialistas” biomédicos. Esses pacientes de hipertensão arterial e diabetes mellitus se interessam e manejam com regularidade os equipamentos e os sentidos dos números, promovendo um intenso e interessante diálogo com a tecnologia e o conhecimento biomédicos.

Palavras-chave: equipamentos biomédicos, cronicidade, Ceilândia.

1. Uma comparação introdutória

Entre os Tikuna, moradores da região do alto Rio Solimões, a Festa da Worecu, ou Festa da Puberdade, segue a estrutura ritual em três etapas, que nos foi ensinada pelo antropólogo inglês Victor Turner: destacamento do grupo social, reclusão e reinserção social da pessoa. Segundo Regina Erthal (2001), é comum que se ritualize, em várias so-

1. Parte desta pesquisa foi realizada no âmbito do Programa de Iniciação Científica (Pró-IC) entre os anos de 2010 e 2011. Natália Bezerra contou com financiamento desse Programa, na forma de bolsa de estudos, para realizar sua parte na pesquisa (Bezerra, 2011). Outra parte vem sendo realizada por Soraya Fleischer, como uma iniciativa “guarda-chuva”, que abriga vários estudantes realizando pesquisas iniciais, bem como monografias de graduação e pós-graduação em Antropologia. Aproveitamos para agradecer ao par de pareceristas que atentamente leu e comentou nosso artigo, oferecendo boas sugestões.

iedades ao redor do mundo, a passagem de uma pessoa da condição de adolescente ao estatuto de adulto. São os chamados rituais de passagem, depois dos quais a pessoa iniciada passa a gozar de novos direitos e assume novos deveres. Segundo essa pesquisadora, a Festa da Moça Nova, como é mais conhecido esse ritual entre os Tikuna, é totalmente voltada para o corpo. A festa só ocorre depois que a menina Tikuna atinge a menarca. Inicia aí seu período de recolhimento. Durante esse período, a “moça nova” deve permanecer longe dos olhares de todos, aguardando o momento de reingressar no mundo social: o dia da sua festa. Seja qual for a idade, espera-se que a menina atinja a menarca para fazer sua iniciação. Entretanto, é necessário que esse aspecto biológico – o sangue menstrual – seja confirmado por um acontecimento cultural para se tornar legítimo.

Esse é apenas um exemplo, dentro de um grupo étnico específico, de como o “sangue” pode marcar as relações sociais e representar algo muito além do que apenas um fluido corporal. Tomamos esse exemplo etnográfico para mostrar como o sangue pode receber fortes significados e alçar funções sociais norteadoras. Segundo Duarte (1998), o sangue seria um “lubrificante” essencial da complexidade que chamamos de “corpo” e portaria intensos significados sociais.

Em nossa pesquisa, realizada entre mulheres e homens que convivem com o diagnóstico de “hipertensos” e “diabéticos”, observamos que o sangue – como substância corporal – também ganha significado importante. Nossa sociedade urbana e biomédicalizada tem valorizado o sangue humano como uma espécie de “porta-voz” do estado de saúde do indivíduo. Mas, para que esse “porta-voz” possa, de fato, comunicar informações, é preciso escrutiná-lo minuciosa e frequentemente. O sangue tem, assim, sido cada vez mais decifrado. Precisão, tecnologia e curiosidade têm motivado a criação de equipamentos sofisticados, sensíveis e microscópicos para inspecionar o corpo e, mais especificamente, o sangue humano. Conhecer tornou-se uma prerrogativa para sentirmos segurança, previsibilidade e amplitude terapêutica. O exame do sangue e dos demais fluidos corporais humanos parece que diminui o “risco” contido no desconhecimento, na generalidade, na superficialidade, na aleatoriedade. A crença é que, ao se conhecer o corpo, melhor se pode manejá-lo e, em última instância, dominar o seu futuro. Os trabalhos de antropólogos, como Rapp (2000), Martin (2006), Chazan (2007) e Luna (2007), têm nos mostrado que quanto mais se chegar ao interior do corpo – muitas vezes de forma impensavelmente invasiva e geralmente com

tecnologias tidas como “modernas” – mais segurança se terá de que o melhor tratamento será oferecido e depois realizado. Resta saber o que se pode conceber como “interior”, “segurança” e “tratamento”.

Mas, diferentemente dos Tikuna, em que o sangue é algo tido como positivo, no caso da hipertensão e da diabetes, o sangue guarda uma ameaça sobre o futuro. Esse sangue pode reunir enunciados potencialmente misteriosos e, sobretudo, categóricos sobre a saúde. Enquanto o sangue menstrual guarda um valor de **existência** para os Tikuna – está presente ou não; o sangue hipertenso e diabético guarda um valor de **grau** – pode estar “bom” ou não, pode estar “saudável” ou não, pode estar “alto” ou não. No caso de nossa pesquisa, ele guarda em si o potencial do **desvalor**, porque comunica um mal estado de saúde, um potencial descuido por parte do paciente.

No caso das pessoas que convivem com a Hipertensão Arterial Sistêmica (doravante “hipertensão” ou “problema de pressão”, como as pessoas geralmente diziam) e a Diabetes Mellitus (simplesmente “diabetes” ou “problema de açúcar no sangue”), os “aparelhos” que pesquisam esse sangue são o esfigmomanômetro e o glicosímetro, respectivamente. Ao longo dos anos 2010 e 2011, temos desenvolvido essa pesquisa etnográfica no bairro da Guariroba, localizado na cidade de Ceilândia, a mais populosa do Distrito Federal. Conversas e entrevistas com sexagenários e septuagenários hipertensos e diabéticos, em suas casas e nos bancos de espera em um dos centros de saúde locais, foram nossas principais estratégias de acesso ao universo dessas doenças entre camadas médias baixas e camadas populares dessa periferia urbana da capital. Ao todo, foram contatadas 28 mulheres e 13 homens, que convivem com essas duas doenças, e/ou familiares, vizinhos e conhecidos dessas pessoas e 12 profissionais de saúde.² Fomos motivadas a aguçar nossos ouvidos para esses objetos e os rituais diários de medição da pressão e da glicose sanguíneas porque, em quase todas as casas que conhecemos e sempre que estávamos nos corredores da instituição hospitalar, esses objetos eram mencionados com muita familiaridade. Embora menos comuns, os glicosímetros também estavam presentes nas casas, nas bolsas, nas gavetas do trabalho.

Neste artigo, o foco é a intensa popularização e domesticação dos esfigmomanômetros e glicosímetros por nós observados em vários cenários desse bairro. Quase todas as pessoas por nós contatadas tinham um aparelho de medir a pressão arterial e/ou a glicemia capilar ou, ao menos, tinham acesso muito facilitado a ele. As pessoas tinham seu próprio

2. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/GDF, conforme o protocolo n. 25.638. Aproveitamos para agradecer a gentileza das pessoas, fora e dentro do centro de saúde local, em nos conceder tempo e disposição para conversar e pensar sobre nossas perguntas. E vale lembrar que os nomes originais dessas pessoas foram trocados, para evitar qualquer tipo de constrangimento ao publicar seus depoimentos.

equipamento, usado várias vezes ao dia, e, quando não, recorriam rapidamente a um vizinho ou parente próximo que o possuía. Embora seja comum e compreensível, por essas pessoas, que gordura corporal, colesterol, calorias, hormônios, para ficar com alguns exemplos, sejam todas substâncias mensuráveis e muito comunicativas sobre o próprio estado de saúde, não contam com a tecnologia específica para revelar a natureza dessas substâncias nos limites da casa ou numa visita à vizinha. Muito mais próximos do termômetro e da balança, os equipamentos para medir a pressão e o açúcar sanguíneo parecem-nos também ingressar no rol de itens que têm deixado de ser esotéricos e distantes (Lopes, s.d.), restritos exclusivamente ao mundo biomédico, como por muito tempo estiveram. Aqui, uma relação muito mais exotérica e próxima ((Lopes, s.d.) parece estar sendo construída. Neste trabalho, portanto, nosso intuito é apresentar como essas pessoas nos comunicavam suas relações com esses “aparelhos”, como se referiam a eles e a reverberação desse quadro no cuidado com a hipertensão e a diabetes.

O artigo começa por lembrar o privilégio conferido à tecnologia biomédica no trato da saúde e depois esmiúça como os aparelhos – glicosímetros e esfigmomanômetros – são percebidos pelos seus usuários (biómedicos ou não), com quem conversamos. Tipos, limitações, cenários de cada aparelho serão descritos. A partir daí, é possível perceber como essas máquinas podem ser valorizadas, mas sempre com um forte potencial de ambiguidade e até de negatividade, em alguns casos.

2. O lugar privilegiado conferido à tecnologia

Partindo de uma perspectiva antropológica, a intenção é apresentar neste artigo como esses “aparelhos” são entendidos, como as concepções sociais e culturais sustentam a lógica de seus usos e como participam da vida dessas pessoas, sejam elas pacientes crônicos ou não. Para começar, os exames – caseiros ou não – geram ações e compreensões interessantes:

Os exames, as medidas, os números são tidos como representações muito concretas e confiáveis da existência confusa e invisível que cada pessoa leva dentro de si. Os exames, cada vez mais comuns e imprescindíveis na linha de montagem em busca de uma “saúde”, são compreendidos como um *blue print* legível e linear de um mundo caótico, tridimensional e diretamente intangível e invisível como a fisiologia, as entranhas, a circulação dos fluidos e das substâncias. Constituem, para a pessoa – tanto para aquela

que demanda o exame, quanto para quem o oferta – o espelho do “corpo” e, conseqüentemente, de certo estado de “saúde”. (Fleischer, 2010, p. 3-4)

Pensar nas informações que as tecnologias revelam, em especial sobre o corpo, abre espaço para um dos fenômenos mais marcantes da contemporaneidade, que é a convergência da cultura e da técnica. Haraway (2000) ensina que a relação entre a tecnologia e os seres humanos se intensificou a ponto de “virarmos” ciborgues, por causa de tal dependência das ditas máquinas. As transformações advindas desse processo referem-se, principalmente, aos desafios trazidos pelo binômio “ciência e tecnologia” ou “cultura e técnica”, tanto no que diz respeito à nossa percepção do mundo e de nós mesmos quanto às nossas relações sociais. Com as novas tecnologias, as fronteiras entre o orgânico e o inorgânico, entre cultura e natureza entraram, de certa forma, em colapso.

Essas ideias levam a pensar sobre como os equipamentos realmente entram nas vidas das pessoas, pois sua manipulação tem um caráter instrumental, oferecido pelos profissionais de saúde, mas também são cercados de uma manipulação, diríamos, um pouco artesanal, advinda da experiência particular da pessoa com seu “aparelho”. Os esfigmomanômetros e os glicosímetros estão nessa fronteira observada por Haraway (2000), entre o orgânico, nosso corpo, e o inorgânico, os “aparelhos”. Mas a intimidade com que se lida com esses “aparelhos” e o poder de enunciação que lhes é outorgado parecem nos indicar que eles se aproximam tanto do corpo humano que quase se cindem com ele. É como se, com a concretude do número que aparece no visor eletrônico ou no relógio medidor, o “aparelho” passasse a fazer parte desse corpo. É como se, mesmo sendo usado do lado de fora dos limites epidérmicos do corpo, este guardasse habilidades visionárias acerca do lado de dentro desses mesmos limites. E o fato de muitas pessoas carregarem seus “aparelhos” quando saem de casa para ir às compras ou ao trabalho e também quando viajam, sugere-nos que estes vão se tornando tão íntimos e, sobretudo, indispensáveis, que talvez seja o caso de considerarmos essas pessoas como “ciborgues hipertensos” ou “ciborgues diabéticos”, na linha sugerida por Haraway (2000).

Quanto à hierarquia e importância desses aparelhos no mundo biomédico, podemos fazer uma analogia com os dados da pesquisa de Lilian Chazan e Maria Citeli (2009, p. 17), sobre o uso da ultrassonografia em clínicas obstétricas em São Paulo:

A utilização do ultrassom no campo observado revela uma hierarquia no topo da qual encontra-se a aparelhagem, seguida pelo operador capaz de obter imagens a partir de sua utilização; em seguida, os alunos

para quem algo deve ser ensinado [...]; e, em último lugar, uma gestante com seu feto que serão traduzidos em imagens, gráficos e números. [...] Como a outra face da mesma moeda, a aparelhagem se torna central: os aparelhos devem ser manuseados com cuidado, e por vezes a atenção dispensada a eles é maior do que a proporcionada às gestantes. No amálgama formado por fetos, gestantes, médicos, alunos, aparelhos, números e imagens, o imbricamento corpo-máquina torna-se evidente, com uma hierarquização nítida na qual o elemento humano não ocupa necessariamente o topo. O cuidado com a sonda faz pensar mesmo que a parte mais 'sensível' do conjunto é a tecnologia. [Grifo nosso]

Chazan e Citeli (2009) ressaltam que o aparelho de ultrassom é a parte mais "sensível" do exame obstétrico para a equipe médica, diminuindo assim a importância da mãe e do feto. Em nossa pesquisa, parece que, para as equipes profissionais, os pacientes hipertensos ou diabéticos não figuram como a parte mais "sensível" dos exames, e sim aquela que tem de ser investigada – e, em seguida, educada. Os equipamentos, sim, esses carecem de cuidado, tanto para as equipes quanto para os pacientes. Esse cuidado é notado ao serem usados corretamente para evitar que percam sua calibragem, ao serem guardados com capricho dentro dos invólucros de veludo que já vêm da fábrica, ao não serem deixados no carro, por medo de serem roubados etc.

Os autores dizem ainda, sobre os números e imagens apresentados pelos exames, que, em primeiro lugar, tem-se o equipamento "sensível". Em segundo lugar, no qual há o conhecimento e a prática do operador da máquina, está o saber biomédico que o profissional de saúde porta, sendo que este prepondera em várias situações, passando a primeiro lugar. Por último, no patamar menos considerado da pirâmide, análogo à gestante e ao feto, no nosso caso vem o adoecido crônico, com seus sintomas e suas concepções. Os aparelhos revelam-se concentradores de um saber científico e tecnológico, por isso, sua alta posição hierárquica. Nossos dados revelam, contudo, que, embora o saber dito científico seja valorizado – tanto é que os "aparelhos" ganham centralidade e confiança entre nossos entrevistados –, a experiência prática dessas pessoas, tanto no sentir a hipertensão ou a diabetes quanto no operar os "aparelhos", pode suplantar a opinião dos profissionais de saúde como leitores privilegiados desses equipamentos. Assim, o terceiro lugar – a vivência do adoecido – seria alçado ao segundo patamar e, em alguns momentos, ao primeiro. Tanto as máquinas quanto seus operadores ditos oficiais recebem, por parte de nossos entrevistados, desconfiança. Mais adiante, mostraremos com mais vagar como se configura essa desconfiança.

O antropólogo Bruno Latour (1994) buscou entender como na prática os humanos e não-humanos se associam, por meio do estudo das *redes*. Em sua famosa frase, ele diz: "Vivemos em sociedades que têm por laço social os objetos fabricados em laboratório" (p. 27), e percebemos que os "aparelhos" de pressão e de glicose aproximam pessoas, são dados como presentes em datas comemorativas e fazem parte de vários tipos de relações interpessoais. Ainda há mais; sobre a estreita relação entre humanos e máquinas, ele afirma:

Se os humanos fazem as coisas, também as coisas (os objetos, os não-humanos, ou melhor, os "quase-sujeitos", "quase-objetos") fazem os humanos. [...] Há tanto uma história social das coisas quanto uma história "coisificada" dos humanos. [...] Há tanto a história do envolvimento dos humanos na construção dos fatos científicos quanto o envolvimento das ciências na feitura da história humana. (Latour, 2001, p. 32)

Assim, ao acompanhar o pensamento de Latour, tal como o homem inventa e aprimora suas técnicas e objetos, tem-se que as tecnologias podem moldar e influenciar a ação humana. Se esses "aparelhos" foram pensados para esclarecer sobre o que de "misterioso" carregamos em nós, para atestar a saúde ou comprovar o implícito, por outro lado tornaram-se um possível molde do agir humano, pois vetam ou liberam ações, a partir dos dados, imagens, números ou valores revelados por eles. Acompanharemos bem esse fato mais adiante. Por ora, basta termos a ideia de que não são simples "aparelhos". Nas casas por nós frequentadas, seu uso é condicionado e interfere, a nosso ver, no agir. O que os "aparelhos" têm a nos ensinar é que seu uso, assim como grande parte da tecnologia que nos cerca, foi reapropriado de sua esfera original – a biomédica – e está intimamente ligado à nossa cultura e aos valores que para ela inventamos. Vejamos, então, como as pessoas que conhecemos na Guariroba se referem aos aparelhos biomédicos em questão, o glicosímetro e o esfigmomanômetro.

3. Convivendo com os "aparelhos"

Desde 2008, temos convivido com pessoas que vivem e trabalham no bairro da Guariroba, vivem e cuidam de doenças crônicas. Algumas com as quais conversamos estão perto dos 50 anos, mas a maioria é sexa ou septuagenária. São migrantes dos estados do Nordeste e de Minas Gerais e Goiás, que nas décadas de 1950, 1960 e 1970 foram tentar a sorte na capital que era erguida à época. Fizeram família e fincaram raízes no Planalto Central, especialmente em casas no

bairro de Guariroba, subsidiadas por programas habitacionais assistencialistas. Assim, construíram esse bairro nas últimas quatro décadas. Hoje, estão quase todos aposentados de ocupações braçais, na construção civil e no trabalho doméstico. Assim, podem ser considerados como integrantes de uma classe que já foi mais popular e que, digamos, ascendeu ligeiramente com a dupla entrada de renda no núcleo doméstico – no início, quando somente o casal trabalhava, e depois, com aportes eventualmente trazidos pelos filhos e netos com quem por vezes coabitam. As reformas nas casas originais, o consumo de automóveis, planos de saúde e viagens para a terra natal são exemplos dessa ascensão social.

A maior parte dessas pessoas que conhecemos na Guariroba sempre verifica sua pressão arterial e/ou índice de glicemia no centro de saúde. Mesmo que contem com os “aparelhos” em casa, não deixam de reconhecer as instituições oficiais de saúde como redutos legítimos de opinião. São diferentes casos que as levam ao centro de saúde local para fazer suas aferições, por exemplo: quando há uma consulta; quando estão próximas ao centro de saúde e têm tempo livre para fazer a aferição; se estão passando mal ou com algum sintoma desconhecido; quando precisam repor seus estoques de medicamentos ou pleitear encaminhamentos para tratamentos de maior complexidade em hospitais de atenção secundária ou terciária; e em último e frequente caso, para (re)afirmar as aferições que fizeram em casa.

Na sala de acolhimento ou triagem são usados dois tipos de aparelhos: no glicosímetro, sempre “digitais”, utilizam-se fitas, nas quais é depositada uma gota de sangue da pessoa para que a aferição possa acontecer, e o esfigmomanômetro, geralmente em sua versão manual, que é chamado de “reloginho”, “pera” ou “bombinha” por nossos interlocutores. O esfigmomanômetro manual parece ganhar maior credibilidade das pessoas, pois são os “aparelhos” aparentemente eleitos para serem usados no centro de saúde e por serem manipulados por profissionais da área, logo, geram maior confiança. Alguns depoimentos adiante nos ajudarão a perceber isso melhor. Quanto aos esfigmomanômetros digitais, estes são chamados de “aparelho de pulso” ou “aparelho digital” (ou simplesmente, “o de pulso” e “o digital”).

Há outros locais de aferição, como a própria residência, a casa de algum familiar ou vizinho, a farmácia comercial, a enfermaria do local de trabalho ou tendas de cuidado da saúde montadas em espaços públicos. As “aferições caseiras”, categoria analítica que sugerimos usar (para evitar “aferições biomé-

tricas”, que demarcariam uma desnecessária hierarquia de saberes), geralmente são feitas pelos próprios pacientes, quando estes possuem os “aparelhos” em questão. Quando não, contam com a ajuda de algum vizinho ou de um membro da família, o qual geralmente tem alguma relação com a área da saúde ou de primeiros socorros, ou que vivencia com maior proximidade situações de hipertensão ou diabetes em seu cotidiano, sendo doentes crônicos ou cuidadores de doentes crônicos. Encontramos filhos que fazem curso técnico de enfermagem ou parentes que trabalham no Corpo de Bombeiros ou no SAMU. Muitos contam com colegas de trabalho que também se preocupam com a pressão ou a glicose e estão sempre acompanhados dos “aparelhos” e disponíveis para compartilhá-los. Como geralmente cobram pela aferição, as farmácias comerciais são lugares acionados em casos de urgência, quando é impossível ir ao centro de saúde. Quando o local de trabalho é o centro de saúde ou o hospital, utilizados pelo que chamamos de “funcionários-pacientes”, as aferições acontecem nos momentos de folga ou no horário de almoço. Citado por apenas uma interlocutora, as tendas de cuidado da saúde, montadas próximas às pistas de *cooper*, presentes na Ceilândia, ou em rodoviárias e praças movimentadas, oferecem serviços como pesagem, aferição de pressão e glicose.

Os “aparelhos digitais” foram encontrados na maior parte das casas, sendo que a maioria foi comprada em farmácias ou recebida como presentes de familiares. Já os aparelhos de glicemia, em sua maioria, são fornecidos pelo centro de saúde aos pacientes, sobretudo àqueles já usuários de insulina.³ Estes também podem ser apenas “emprestados” temporariamente, como uma profissional de saúde nos informou. Em termos de preferência, no caso dos “aparelhos” de pressão, os dois tipos – manual e digital – aparecem empatados; entretanto, o aparelho digital tem tornando-se muito popular, por ser mais barato e mais fácil de usar, permitindo, sobretudo, a autome-dição, como já é o caso do termômetro e da balança caseira. O “aparelho de bombinha” geralmente precisa de outra pessoa para operá-lo e anunciar o par de números referentes à pressão sanguínea. Aquelas pessoas que preferem o “aparelho manual” acreditam que ele seja mais confiável, pois podem ver a calibragem do equipamento no “reloginho”. Isto é possível, foi-nos dito, verificando o funcionamento do ponteiro que existe no “aparelho manual”: observa-se se ele está corretamente posicionado no “zero”, antes de começar a aferição. Caso esteja, o aparelho é considerado calibrado, apto para o uso. Ter acesso a esses

3. Esses aparelhos são “doados” por representantes das indústrias aos centros de saúde. Induzem a que o governo distrital compre as fitas de medição, pois sem elas os equipamentos não funcionam. Como seria de se esperar, as fitas também são produtos da mesma indústria e têm o preço muito mais elevado do que o equipamento. A doação, portanto, é capciosa e alvo de críticas recentes, que têm sido dirigidas à relação antiética entre indústria médica e farmacêutica e o SUS (cf. Collucci 2012; 2011a; 2011b, para exemplos recentes).

bastidores do equipamento parece transmitir a confiança de que o funcionamento ocorrerá a contento. Conhecer a máquina é importante para utilizá-la. O “digital” não transparece sua “mágica”, digamos, de operação, tornando-se um pouco mais distante e incompreensível.

Assim, “manual” e “digital” são escolhidos por razões diferentes. O primeiro tem seu mecanismo um pouco mais devassável, mas operá-lo é um pouco mais difícil e depende, geralmente, de uma segunda pessoa. O segundo “aparelho” é mais acessível, em termos de preço, rapidez e de uso individual, mas recebe um pouco mais de desconfiança por parte das pessoas. D. Elenice, uma paciente hipertensa de cerca de 60 anos, quando abordada na fila de espera enquanto aguardava sua consulta contou-nos ter os dois tipos de “aparelhos” em casa: “O de pera e o do pulso. Prefiro o digital [de pulso], pois acho mais fácil medir do que o de pera [manual], que não pega a minha veia rapidamente” (Diário de campo de Natália, 19/04/2011). Quanto à equipe de saúde, se pudesse ter à disposição os dois tipos de “aparelho”, preferiria também o “digital”, por facilitar o trabalho na sala de acolhimento. Numa ocasião em que três ou quatro técnicas do centro de saúde encontravam-se reunidas, o seguinte diálogo se passou, provocado pela pesquisadora:

Natália: Por que vocês não usam o aparelho digital?

Cinthia (auxiliar de enfermagem): Vários postos têm aparelho digital, é muito melhor. Aquele lá é muito melhor.

Natália: Melhor em que sentido? É mais confiável?

Cinthia: É, ele é científico!

Natália: Engraçado... O pessoal lá fora tem o aparelho digital, mas preferem ver aqui, por que será?

Nádia (auxiliar de enfermagem, que também estava presente na sala, responde rapidamente): Porque eles não têm mais nada que fazer. Vêm aqui perturbar.

Cinthia, em alerta à colega: Que é isso? Fala isso não para a menina [Natália]. [Dirigindo-se à Natália] É assim, eles não têm instrução para usar o aparelho, colocam o aparelho quando estão tomando café, conversando, rindo... assim não adianta. Eles não sabem usar, aí dá tudo errado.

Natália: E se vocês tivessem que escolher?

Todas, em uníssono: Claro que seria o digital!

(Diário de campo de Natália, 24/05/2011)

Percebemos que, para a equipe de saúde, utilizar o aparelho digital representaria um avanço em seu trabalho, garantindo maior agilidade nas aferições que, diga-se, são numerosas em qualquer momento do funcionamento. Mas raros são os centros de saúde que possuem o esfigmomanômetro digital, segundo nos contaram as enfermeiras. É interessante que “tempo” seja um motivo para a maioria preferir um

modelo ao outro, e não “confiabilidade” na tecnologia, como Cinthia expressou com a ideia de “científico”. O tempo, ao que parece, não é alegado para poder se atender mais pacientes, mas, suspeitamos, para terminar mais rapidamente a fila de espera por aferições. Esse quadro não está em dissintonia com os pacientes que, claro, também desejam mais agilidade no atendimento. Mas não deixa de ser interessante que os pacientes confiem mais no “aparelho de bombinha”, pelo fato de este ser usado no centro de saúde, enquanto a equipe do local prefere, em teoria, o “aparelho digital”.

Cabe lembrar o depoimento de D. Elenice, visto anteriormente, que também valoriza a rapidez com que o “aparelho pega sua veia”, mas, a nosso ver, “pegar a veia”, isto é, de fato encontrar a fonte fundamental da informação, ganha proeminência diante da velocidade com que isso é feito. Parece que pacientes como D. Elenice valorizam a “precisão” da tecnologia, e, por isso, comparar os tipos de “aparelhos” e quem os utiliza faz todo o sentido. Parece que os pacientes estão mais envolvidos, em contraponto à equipe, em ter números fidedignos. Talvez os pacientes – “leigos”, como costumávamos ouvir no centro de saúde, e “distantes” do mundo biomédico, como alguns estudos ainda insistem em retratar – acreditem mais nos números e suas correspondências com a situação da pressão ou da glicose do que as profissionais que desejam rapidamente esvaziar os bancos de espera e cessar as insistentes batidas na porta da sala de acolhimento.

Além disso, para essas profissionais de saúde, os pacientes parecem não utilizar corretamente os “aparelhos” que acionam em casa, ou, até mesmo, julgam que muitos não os possuem e por isso recorrem ao serviço hospitalar. Entretanto, o que encontramos entre os pacientes foi outro quadro. Primeiro, muitos, de fato, têm os equipamentos no âmbito doméstico. Segundo, muitos procuram o serviço para justamente conferir os resultados revelados pelos “aparelhos” em casa. Terceiro, ainda que esses objetos que têm em casa sejam do tipo “digital” ou “científico”, como disse a auxiliar de enfermagem, despertam desconfiança por parte dos usuários. Pode ser que as pessoas achem difícil manejar os “aparelhos” que têm em casa e, por isso, buscam os profissionais de saúde.

Mas, para além da técnica, os números discordantes com o bem-estar (ou mal-estar) é que clamam por uma segunda opinião. Claro que essa discordância pode surgir porque não se domina a técnica de uso do “aparelho”, mas pode também significar que um número alto tenha aparecido de forma sistemática (nas várias aferições realizadas ao longo do dia), mesmo que os medicamentos e as prescrições dietéticas tenham sido seguidos. Acreditamos que se recorre ao centro de saúde muito mais por preocupação com esse núme-

ro inesperado do que por reconhecer uma inaptidão no manejo do “aparelho”, como alegaram as auxiliares acima. Parece que a relação com o centro de saúde, ao contrário do que gostariam de supor as equipes, não é prioritária como o primeiro e mais importante lugar onde se realiza a aferição. Recorrer ao centro de saúde para **confirmar** os números que apareceram em casa é dotar esse espaço institucional de um caráter suplementar, isto é, torná-lo somente mais uma – entre várias – fonte de informações sobre a hipertensão e a diabetes. A enunciação oficial feita pelo centro de saúde é legítima e valorizada, mas é também um pouco mais acessória e questionável do que antes, quando detinha, digamos, o “monopólio dos números”, pois era o único lugar onde se podia realizar aferições. Vejamos a seguir como a tecnologia tem-se mostrado paradoxal entre nossos interlocutores. Assim como o atendimento oferecido nos centros de atenção básica, a tecnologia tampouco tem valor absoluto.

3.1 A ambiguidade da tecnologia

Os dados nos indicam que existe uma desconfiança em relação aos equipamentos biomédicos, em especial, o “aparelho digital”. Embora portem o que se percebe como “tecnologia” e sejam produtos gerados pelo dito “conhecimento científico”, isso não é suficiente para receberem uma imediata, automática e total credibilidade por parte de seus usuários, tanto as equipes profissionais quanto o público dessas equipes, como podemos ver nos depoimentos abaixo. D. Maria é dona de casa, tem cerca de 40 anos e é hipertensa:

Maria: É, eu também tenho o aparelho digital em casa. Mas eu gosto mais do aparelho de bombinha.

Soraya: Têm diferença os aparelhos?

Maria: Acho que o que põe no braço dá mais certo. Não confio muito no outro [digital], não. Se ele der duas vezes o mesmo resultado, aí confio! (Diário de campo de Soraya, 19/04/2011)

D. Jurema, de 53 anos, nos contou:

Natália: A senhora tem o aparelho em casa?

Jurema: Tenho sim. Mas o médico disse que aquele aparelho e nada é a mesma coisa. Ele disse que o certo é medir em casa e se der alta é para correr aqui no posto. Dois médicos já me falaram isso. Eu gosto mais do aparelho aqui do posto, o de bombinha. (Diário de campo de Natália, 24/05/2011)

Já o senhor Alberto, 65 anos, completa:

Natália: Qual aparelho o senhor gosta mais, o digital ou o de bombinha?

Alberto: O de pulso [digital] não é muito confiável, não é a mesma coisa, prefiro vir ao posto se eu sentir alguma coisa. Como aquilo é uma máquina, pode estar funcionando normal ou não. (Diário de campo de Natália, 10/05/2011)

D. Silvana é uma senhora de 68 anos, viúva, dona de casa e religiosa:

Natália: E nessas tecnologias, a senhora confia?

Silvana: Nem sei, minha filha. Eu confio é em Deus. Olha, às vezes vou ao posto, dou uma olhada e confiro se deu como em casa. Tava tudo ok aquele dia.

Natália: Algumas pessoas me disseram: “Ah, eu confiro duas vezes para ver se dá o mesmo número”. A senhora não faz a mesma coisa?

Silvana: Ah, mas não pode olhar duas vezes seguidas. Dizem que tem que dar um tempinho. (Diário de campo de Natália, 12/05/2011)

Percebemos que essas pessoas têm a tendência de testar os resultados revelados pelos “aparelhos”, seja uma vez em casa e outra vez no centro de saúde, seja medindo duas vezes seguidas em casa. Sejam duas opiniões diferentes, uma oficial e outra caseira; sejam dois momentos diferentes, mas que se passam num único espaço (casa ou centro de saúde), a crença nos números é relativa. Por mais que se acredite que um número (ou um par de números, no caso da hipertensão) possa ser o reflexo do corpo invisível, parece que esse número é tido como **uma versão**, uma possibilidade enunciativa. Reconhece-se que esse número está sujeito a muitas variáveis: por exemplo, o tipo de aparelho, quem o utilizou, em que espaço foi utilizado, em que momento do dia foi aferida a pressão (como lembrou a auxiliar de enfermagem, a pessoa pode estar comendo, rindo, conversando ou, como acabou de dizer acima D. Silvana, não é recomendável que se meça duas vezes consecutivas). Pacientes e equipes parecem perceber que os números são melindrosos, embora continuem a dotar-lhes de estatuto de verdade. Mas estamos tratando de uma **verdade fugidia** – um fluido corporal e sua relação com um número –, que atua sobre uma **realidade complexa** – o corpo de uma pessoa acometida por uma doença crônica.

Essa relação pode ser pouco estável e nem sempre direta, imediata ou automática. Essa relação entre o fluido que é medido e o corpo diagnosticado vai sendo construída ao longo da convivência com a doença em questão, em seus momentos críticos e também em seus momentos de compostura e mansidão. Assim, tal relação precisa que se mantenha uma gestão contínua da saúde, do corpo e também dos equipamentos e seus leitores. Essa gestão reforça a dimensão de **contínua atenção** a uma doença crônica, mesmo que as

medições possam transmitir uma suposta ideia de estabilidade, por exemplo. D. Jurema lembrou, em seu depoimento, que “o médico disse que o certo é medir em casa e se der alta é para correr aqui no posto”. Assim, ela nos mostrou que seu médico reconhece que os “aparelhos” estão amplamente presentes nas casas dos pacientes. E, mais, servem para ajudar a localizar momentos críticos, em que a pressão está alterada, apontando para a necessidade de uma opinião especializada (“se der alta é para correr aqui no posto”). O senhor Alberto lembra-nos que as “máquinas” são falíveis e “podem estar funcionando normal ou não”. D. Maria só acredita no “digital” quando há coincidência de resultados. Esses são só alguns exemplos de como as pessoas vêm testando as tecnologias que estão ao seu redor, especialmente aquelas que ajudam a lidar com o seu adoecimento. Esses trechos indicam-nos que a biomedicina muitas vezes não é tão hegemônica nem homogênea como se pressupõe e que nem a tecnologia é apropriada de forma tão naturalizada nem tão influenciada pela biomedicina quanto o senso comum suporia.

Os equipamentos em estudo são um sistema de tecnologia que demanda o acoplamento do corpo a um sistema artificial, provocando, em tempo real, uma ação compartilhada, na qual algo acontece pelas conexões humano/máquina. As pessoas participam com um de seus fluidos – o sangue – e a máquina revela qualidades e valores associados a esses fluidos. Esse compartilhamento revela uma energia transformadora, um ritual vivo e interativo, que não está pronto de antemão, nem é rígido e prescrito numa cartilha de saúde. É construído pelos atores sociais, sejam adoecidos ou não, a cada vez que se colocam esses “aparelhos” em uso. Os resultados numéricos e, mais importantes, as comparações, testes e confirmações realizadas nos diferentes espaços (farmácias, casas, instituições de saúde etc.) despertam para novos questionamentos que colocam em dúvida a, até então, inabalável eficácia tecnológica das máquinas e dos serviços de saúde.

3.2 A negação da tecnologia

Os “aparelhos” são vistos como úteis por desvelarem uma doença que vinha sendo vivida assintomaticamente e/ou por ajudarem no caso de diagnósticos já instalados, por exemplo, no controle dos índices geralmente variáveis de hipertensão e diabetes já diagnosticadas. Nas consultas de rotina, ambos os “aparelhos” são usados frequentemente e ajudam a detectar casos de cronicidade que precisam de cuida-

do. E das suspeitas levantadas no consultório clínico, passam-se às confirmações oferecidas pelos exames nos laboratórios.

Embora tenhamos registrado esse fenômeno da democratização do acesso aos “aparelhos”, é preciso registrar uma nuance importante também notada em campo, que ajuda a não deixar a relação com esses equipamentos absoluta e homogênea. Se, na seção anterior, vimos uma adesão recorrente, embora com eventual ambiguidade ou desconfiança, aqui comentaremos sobre uma relação bastante negativa vivida com tais “aparelhos” por algumas pessoas, chegando a recusarem o seu uso. Contaram-nos elas que portar os “aparelhos” em público, sobretudo o glicosímetro, pode ajudar a reforçar estigmas relacionados à diabetes, além do uso de insulina e o manejo de agulhas. Ter o objeto à vista, portanto, pode revelar certa condição de dependência, de fragilidade ou de alguém que necessita de “cuidados extras”, como também notou Barsaglini (2007) em sua pesquisa com mulheres diabéticas no interior de São Paulo. Outro dado inesperado é a identificação de um perigo associado aos “aparelhos”: o “vício”. Essa categoria, entendida pelos nativos como “vontade de fazer aferições várias vezes ao dia”, figura-se como o maior risco em seu uso. Sônia, uma mulher de cerca de 40 anos, conhecida por nós no centro de saúde, contou-nos:

Gente, aquilo ali vicia. Toda hora você quer olhar, tudo você vai olhar. Meu marido tomava café da manhã e ia olhar, ele almoçava e olhava, jantava e olhava. Tudo que era lugar eu tinha que levar o negócio. Se eu saía com ele, eu levava o aparelho. Se eu viajava, eu levava o aparelho. (Diário de campo de Natália, 31/05/2011)

Nos casos mais extremos, algumas pessoas desistiram de ter “aparelhos” em casa. Paola, uma mulher jovem de 30 anos que sofria com “picos de hipertensão”, mas que não se considerava hipertensa, contou-nos: “Eu até tinha o aparelho, mas ele estragou e eu não quis mais comprar outro. Eu não quis porque eu sei vou ficar olhando a cada minuto, ficando mais e mais ansiosa” (Diário de campo de Soraya, 7/06/2011). Uma senhora mineira, Roseli, de 63 anos, relatou: “A minha colega disse para eu pegar lá no posto um aparelho para ver a glicose. Mas eu nem quero, porque vai que a gente fica muito ansiosa para ver a glicose e ela sobe, daí eu nem prefiro [risos]” (Diário de campo de Natália, 16/10/2010).⁴

Nesses casos, o que era apenas desconfiança ocasional se transforma em rejeição definitiva ao “apare-

4. Esse quadro remete à “síndrome do jaleco branco”, concepção que também nos apareceu em campo. Para algumas pessoas, o fato de ir ao centro de saúde ou simplesmente entrar em contato com equipes de saúde gera uma “ansiedade”, um “nervoso” que acaba por alterar seus índices de pressão ou glicose. Essa relevante categoria nativa merece mais atenção analítica e será desenvolvida alhures.

lho”. A tecnologia é desnaturalizada por essas pessoas como uma das etapas no cuidado da saúde.

4. Considerações finais

Estamos falando aqui de disputas. O que está em disputa é a interpretação de um número (ou um par deles). O que um número alto quer dizer, considerando que a pessoa está seguindo as prescrições médicas ou que aferiu a pressão em casa, com um “aparelho de relógio”? E no caso de um “aparelho digital” que não está calibrado ou de uma enfermeira que está desatenta e correndo para atender a imensa fila de pacientes? As pessoas contatadas alertaram-nos sobre como os números não existem como realidades isoladas e capazes de falarem por si mesmos. Estão sempre **em contexto** e todas elas são muito versadas em reconhecer os elementos que compõem os possíveis contextos. A disputa configura-se, geralmente, sobre um número alto. Pacientes tentam perceber se falharam no autocuidado de sua hipertensão ou diabetes. Mas também reconhecem que outros elementos – externos ao corpo, à casa, à vizinhança, às preocupações, aos “nervos” – podem ter contribuído para essa elevação. Embora as equipes também reconheçam que o tipo de aparelho, por exemplo, pode gerar mais ou menos exatidão, continuam com o costume de responsabilizar o paciente por um sangue pressionado ou adocicado demais.

Estamos falando aqui de autoridade. Quem, onde e o que pode emitir discursos legítimos sobre as doenças crônicas. A cronicidade, por enquanto tida como doença vitalícia, precisa de atenção e gestão continuadas. Opiniões prenhes de autoridade terapêutica – vindas dos “aparelhos”, das equipes profissionais, da matriarca da família – serão sempre esperadas para lidar com as oscilações do corpo hipertenso e diabético. Essas pessoas não percebem seus próprios corpos como estáticos, ancorados na concretude do diagnóstico. Os corpos são dinâmicos, bem como os fluidos corporais, como o sangue. Essas pessoas que conhecemos percebem que o sangue é afetado pela comida, pelo temperamento, pelos acontecimentos em casa, no trabalho, no hospital. Assim, esse sangue precisa ser vigiado, por conta de sua esperada saliência. Esse sangue ganha autonomia e precisa de regramento, via aferições, medicamentos, repouso, aconselhamento, reconciliação familiar, por exemplo.

Nessa rotina de medir o sangue, acreditamos que nossos entrevistados recorrem ao centro de saúde muito mais por preocupação com um número inesperado do que por inaptidão no manejo do “aparelho”, como alegaram as auxiliares acima. Com isso, nossos dados nos sugerem que, sim, há continuado cuida-

do com a saúde por parte dos adoecidos crônicos. E, ademais, seguem o que é aconselhado pelas equipes: se em casa a pessoa se deparar com um número alto, é preciso recorrer ao hospital, sobretudo no caso da hipertensão, já que essa variação ascendente pode ser rapidamente fatal.

Quanto à confiabilidade nos resultados mostrados por tais máquinas, as pessoas entrevistadas apresentaram-se divididas entre os tipos de “aparelhos”, os leitores e os espaços em que essas leituras acontecem. Quando as aferições são feitas dentro do centro de saúde ou por um vizinho enfermeiro, considera-se com atenção a autoridade biomédica. E, de certa forma, essas aferições ganham um pouco mais de legitimidade diante das aferições caseiras, independentemente do tipo de aparelho que se use, “manual” ou “digital”. Entretanto, de forma mais interessante, a nosso ver, esses números não possuem uma verdade absoluta, sendo ressignificados de acordo com a situação vivida pelo paciente naquele momento de sua vida ou do seu dia, pois ele elabora as suas próprias explicações para os seus “números”, ao se apoiar numa multiplicidade de elementos disponíveis em seu contexto sociocultural, nas singularidades de sua trajetória pessoal e na sua experiência com a doença crônica em questão.

Pesquisas recentes têm sugerido que estudar as concepções ditas “leigas” não quer dizer, necessariamente, que devemos pintar um cenário maniqueísta: biomédico *versus* não biomédico. Killingsworth et al. (2010, p. 109) nos dizem:

Antropólogos têm crescentemente questionado a validade de fazer distinções completas entre a medicina ocidental e seus outros tradicionais/leigos/locais [...], com muito mais antropologia médica recente preocupada com processos de incorporação, diálogo e tradução do que com a confrontação de diferenças. [tradução nossa]

Nossos dados mostram como as tecnologias inicialmente biomédicas são apropriadas e ressemantizadas pelas pessoas que não estão sempre nos espaços hospitalares e nem neles trabalham. Essa apropriação se dá, justamente, porque se valoriza e confia, pelo menos teórica e/ou inicialmente, no conhecimento da biomedicina. Aqui, mostramos como há dissensos nos trânsitos pelos discursos, espaços, práticas e objetos biomédicos, mas, sobretudo, como há tentativas de **diálogos** com esse mundo, pelo menos por parte dos “usuários”.

No fim, o que identificamos como importante é que, embora a disputa dê a impressão de um campo polarizado de relações (equipe *versus* pacientes ou vice-versa), as pessoas estão realmente envolvidas no autocuidado de sua saúde e preocupam-se em: a) ter

acesso a diferentes “aparelhos” e leitores; b) fazer, comparar e interpretar várias aferições ao longo do dia; c) recorrer com frequência ao centro de saúde (farmácias, SAMU e adjacências). Todos os aspectos indicativos desse autocuidado. Além disso, a polarização não se sustenta por muito tempo, porque é impossível localizar, de um lado, os pacientes em um mundo não biomédico, leigo, tradicional, irracional e, de outro, as equipes como expoentes do científico, biomédico, moderno, racional etc. A democratização de esfigmomanômetros e glicosímetros aponta-nos para uma circulação muito intensa do conhecimento biomédico entre pessoas não profissionais do sistema de saúde. Por parte das pessoas com quem convivemos, há evidente interesse em conhecer, manejar e interpretar as tecnologias e os respectivos enunciados biomédicos. As disputas permanecem, contudo, por conta das diferenças de apropriação desse mundo biomédico. Nem sempre as equipes concordam com

os usos dos “aparelhos” e dos números que aparecem quando são feitos pelos pacientes. Mas esperar uma mera reprodução do mundo biomédico por parte das pessoas é retirar-lhes toda a **agência** em termos de autocuidado, criatividade explicativa e autoatenção para as sensações corporais e experiência. Se quisermos que a hipertensão e a diabetes sejam tratadas de verdade pelas pessoas que com elas mais diretamente convivem, é fundamental que se veja essas pessoas como autônomas também para medir seus índices sistólicos e glicêmicos. A popularização dos aparelhos é um fenômeno social digno de estudo e atenção antropológicos porque reúne complexos significados sobre doenças crônicas, atenção básica de saúde e relação equipes-famílias-pacientes. Entender desse diálogo com as tecnologias biomédicas no caso da cronicidade e das camadas médias baixas e populares é um desafio que ainda aguarda mais pesquisa e reflexão.

Referências

- BARSAGLINI, Reni Aparecida. Com açúcar no sangue até o fim: um estudo de caso sobre o viver com diabetes. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Olhares sócio-antropológicos sobre adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec, 2007. p.53-85.
- BEZERRA, Natalia. *Bombinha, relóginho ou pera*: O uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia, DF. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Bacharelado em Antropologia). Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília. Brasília, 2011.
- FLEISCHER, Soraya. A cronicidade e o controle: notas etnográficas sobre pessoas com hipertensão e diabetes num bairro da Ceilândia Sul, DF. REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA E POLÍTICAS DE SAÚDE. Universidade de São Carlos, SP, 2010. [Comunicação oral]
- CHAZAN, Lilian Krakowski. “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- CHAZAN, L.K.; CITELI, M.T. Muito cuidado com essa sonda, ela é a parte mais sensível desse aparelho! A tecnologia como ator social na construção de corpos fetais e grávidos. 8ª REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, Buenos Aires, Argentina, 2009. [comunicação oral]
- COLLUCCI, Cláudia. Hospitais-escolas proíbem amstras grátis. *Folha de S. Paulo*, 03/03/2012.
- COLLUCCI, Cláudia. Conselho faz alerta contra premiações para médicos. *Folha de S. Paulo*, 09/06/2011a.
- COLLUCCI, Cláudia. Para atender os laboratórios, os médicos atrasam o atendimento. *Folha de S. Paulo*, 02/04/2011b.
- DUARTE, L. F. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro/ Brasília: Zahar/CNPq, 1986.
- ERTHAL, Regina M. de Carvalho. O suicídio Tikuna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2), 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n2/4175.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2011.
- HARAWAY, D. Manifesto Ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, T. T. (Org.). *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 39-129.
- KILLINGSWORTH, Ben et al. A care-full diagnosis: Three Vietnamese Australian women and their accounts of becoming ‘mentally ill’. *Medical Anthropology Quarterly* 24(10), 2010, p. 108-123.
- LATOUR, Bruno. *A esperança de Pandora – ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru, SP: Edusc, 2001.
- LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. São Paulo: Ed. 34, 1994.
- LOPES, Noémia Mendes. Medicamentos e percepções sociais do risco. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação. Universidade do Minho, Portugal, s. d.
- LUNA, Naara. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- RAPP, Rayna R. *Testing women, testing the fetus: the social impact of amniocentesis in America*. New York: London: Routledge, 2000.

The popularization of esfigmomanometers and glicosimeters in the neighborhood of Guariroba-Ceilândia, Federal District, Brazil

Abstract

From the perspective of an ethnographic research conducted with women and men who live with the diagnosis as “hypertensive” and “diabetic”, we intend to present how the technological equipment that “read” blood pressure and glycemia have intensely been popularized in a low-class neighborhood in the Federal District of Brazil. We suggest that this is a new social phenomenon that has received little attention and that gathers complex meanings about chronic illnesses, primary healthcare and the relationship health staff-patients. Kinds of equipment, numbers, those who interpret numbers, space and moment where measures occur, comparison with former measures are some of the aspects that are considered in the use and understanding of esfigmomanometers and glicosimeters. Informal conversation and formal interviews with the ill as well as with staffs help us notice to what extent it is unproductive to continue reinforcing a polarity which antagonizes and separates “lay” and biomedical “specialists”. These patients of arterial hypertension and diabetes mellitus are interested and regularly manage these equipment and the meanings of numbers, as well as promote an intense and interesting dialogue between technology and biomedical knowledge.

Key-words: biomedical equipment, chronicity, Ceilândia.

La popularización de los esfigmomanómetros y glucómetros en el barrio Guariroba-Ceilândia, Distrito Federal, Brasil

Resumen

Partiendo de una investigación etnográfica realizada entre mujeres y hombres que conviven con el diagnóstico de “hipertensos” y “diabéticos”, se pretende mostrar cómo los equipos tecnológicos para la medición de la presión arterial y de la glicemia se han popularizado intensamente en un barrio popular del Distrito Federal, Brasil. Sugerimos que este es un nuevo fenómeno social, poco investigado, y que reúne complejos significados sobre enfermedades crónicas, atención básica de salud y relación entre equipos de profesionales y pacientes. El tipo de aparato, los valores, aquellos que leen los valores, el espacio y el momento del día en que se hace la medición y la comparación con las mediciones anteriores son algunos de los aspectos considerados en el uso y en la comprensión de los esfigmomanómetros y glucómetros. Conversaciones y entrevistas con personas afectadas y con profesionales de la salud nos hacen percibir que es improductivo continuar reforzando la polaridad que antagoniza y aleja “legos” de “especialistas” biomédicos. Los pacientes con hipertensión arterial y con diabetes mellitus se interesan y manejan con frecuencia los equipos y los sentidos de los valores, promoviendo un interesante diálogo con la tecnología y el conocimiento biomédicos.

Palabras clave: equipos biomédicos, cronicidad, Ceilândia.

Data de recebimento do artigo: 13/11/2012

Data de aprovação do artigo: 18/02/ 2013