

Esther Jean Langdon
Márcia Grisotti
organização

POLÍTICAS PÚBLICAS

Reflexões antropológicas



POLÍTICAS PÚBLICAS:
reflexões antropológicas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor

Luis Carlos Cancellier de Olivo

Vice-Reitora

Alacoque Lorenzini Erdmann

EDITORA DA UFSC

Diretora Executiva

Gleisy R. B. Fachin

Conselho Editorial

Gleisy R. B. Fachin (Presidente)

Ana Lice Brancher

Andreia Guerini

Clélia Maria Lima de Mello e Campigotto

João Luiz Dornelles Bastos

Kátia Maheirie

Luiz Alberto Gómez

Marilda Aparecida de Oliveira Effting

COMITÊ EDITORIAL DA COLEÇÃO BRASIL PLURAL

Sônia Weidner Maluf (Coordenadora da Coleção)

Alicia Norma González de Castells

Márcia Grisotti

Márnio Teixeira-Pinto

Vânia Zikan Cardoso

COMITÊ GESTOR DO INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA BRASIL PLURAL

Esther Jean Langdon (UFSC – Coordenadora)

Sônia Weidner Maluf (UFSC – Coordenadora Executiva)

Deise Lucy Montardo (UFAM – Coordenadora no Amazonas)

Eliana Diehl (UFSC)

Márcia Regina Calderipe Farias Rufino (UFAM)

Sidney Antonio da Silva (UFAM)

Editora da UFSC

Campus Universitário – Trindade

Caixa Postal 476

88010-970 – Florianópolis-SC

Fones: (48) 3721-9408, 3721-9605 e 3721-9686

editora@editora.ufsc.br

www.editora.ufsc.br

Esther Jean Langdon

Márcia Grisotti

Organização

POLÍTICAS PÚBLICAS: reflexões antropológicas

© 2016 Dos autores

Coordenação editorial:

Paulo Roberto da Silva

Capa e editoração:

Paulo Roberto da Silva

Revisão:

Júlio César Ramos

Ficha Catalográfica

(Catalogação na publicação pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina)

P769 Políticas públicas : reflexões antropológicas / organização Esther Jean Langdon, Márcia Grisotti. – Florianópolis : Ed. da UFSC, 2016.

298 p. : il. - (Coleção Brasil Plural)

Inclui bibliografia.

1. Política pública – Aspectos antropológicos. 2. Antropologia – Visão política e social. I. Langdon, Esther Jean. II. Grisotti, Márcia.

CDU: 304.4

ISBN 978-85-328-0760-1



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais.

br.creativecommons.org

Sumário

Apresentação Reflexões antropológicas sobre as políticas públicas	7
Esther Jean Langdon	
Márcia Grisotti	
Sônia Weidner Maluf	
PARTE I REFLEXÕES TEÓRICAS E ANALÍTICAS DA REDE SAÚDE: PRÁTICAS LOCAIS, EXPERIÊNCIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	15
Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena.....	17
Esther Jean Langdon	
Entre teoria, estética e moral: repensando os lugares da Antropologia na agenda social da produção de justiça.....	43
Theophilos Rifiotis	
Interfaces entre ciências sociais e saúde e reflexões sobre políticas de saúde	63
Márcia Grisotti	
Estudos sobre medicamentos em uma perspectiva interdisciplinar....	83
Eliana E. Diehl	
Ética e política em pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados	105
Esther Jean Langdon	
Sônia Weidner Maluf	
Carmen Susana Tornquist	
PARTE II ESTUDOS DE CASOS	125
A tensão visibilizada: políticas públicas e pessoas com deficiência.....	127
Éverton Luís Pereira	
Pescadoras artesanais no litoral de Santa Catarina, Brasil: algumas reflexões sobre reconhecimento e (in)visibilidades	147
Rose Mary Gerber	

Vó Nadir e as políticas públicas de saúde: por uma clínica plural.....	161
Alberto Groisman	
Entre reformas e revoluções: tensionamentos no campo da política de saúde e saúde mental no Brasil.....	179
Ana Paula Müller de Andrade	
Suicídio é suicídio e ponto final? Será?	195
Maximiliano Loiola Ponte de Souza Jesem Douglas Yamall Orellana	
Discriminação, impasses sociais em Mato Grosso do Sul e o bem-viver Kaiowá e guarani	211
Nádia Heusi Silveira	
Povos indígenas e políticas públicas no Brasil: os Xavánte e o Programa Nacional de Alimentação Escolar	229
Renata da Cruz Gonçalves Maurício Soares Leite	
O “ <i>perro del hortelano</i> ” e os impactos de uma metáfora política em territórios indígenas	255
Evelyn Schuler Zea	
Migrantes indesejados? A imigração haitiana e os desafios à política migratória brasileira.....	269
Gláucia de Oliveira Assis Sidney Antônio da Silva	
O INCT Brasil Plural e o PPGAS da UFAM.....	289
Deise Lucy Oliveira Montardo	
Sobre os autores	297

Apresentação

Reflexões antropológicas sobre as políticas públicas

Esther Jean Langdon
Márcia Grisotti
Sônia Weidner Maluf

Este livro é o resultado do Colóquio “Reflexões sobre Pesquisa Antropológica e Políticas Públicas no Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) Brasil Plural (IBP), que foi realizado entre 18 e 20 de novembro de 2013, na Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. O Colóquio visava fazer um balanço das pesquisas, realizadas pelo IBP, que tenham contribuído para subsidiar as políticas públicas, debater as controvérsias e estimular novas ideias. Por isso, propusemos que as exposições priorizassem o debate das seguintes questões: *Em que sentido as pesquisas, dos pesquisadores individualmente e em redes, contribuem para as diversas políticas públicas?* É possível articular os trabalhos com as políticas públicas? De que maneira seus projetos conseguiram algum impacto social ou político?

O Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural (IBP) foi criado a partir da iniciativa de pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade Federal do Amazonas em 2009 com o intuito de construção de um projeto de ciência contemporânea e plural. O Instituto conta atualmente com mais de 200 pesquisadores associados, que se articulam em sete redes,¹ e que, por sua vez, reúnem 37 subprojetos.

¹ 1) Arte, *performance* e sociabilidades; 2) Migrações no Brasil contemporâneo: fluxos, processos sociais e gênero; 3) Museus, coleções e patrimônio; 4) Navegando em imagens:

O IBP é um dos 11 INCTs no campo das Ciências Humanas e Sociais Aplicadas e um dos três na área de Antropologia.² Desde a sua fundação, tem recebido apoio do CNPq, FAPESC, FAPEAM e CAPES. É coordenado pelas professoras Esther Jean Langdon e Sônia Weidner Maluf (UFSC), com o apoio do comitê gestor composto dos professores Deise Lucy Montardo (também coordenadora do IBP Amazonas), Márcia Calderipe (UFAM), Sidney da Silva (UFAM) e Eliana E. Diehl (UFSC).

Em comparação com a grande maioria dos INCTs, o IBP tem uma particularidade que é a de estimular a consolidação de redes de pesquisas que atuem em temáticas centrais da antropologia brasileira contemporânea e articular, de forma transversal e por meio de uma metodologia inovadora, diferentes temáticas que através da contribuição da pesquisa e do conhecimento antropológicos possam subsidiar a construção de uma ciência plural e um Brasil plural, democrático e inclusivo de suas diversas populações, respeitando suas diferenças e pluralidades.

Entre as diretrizes gerais do IBP, duas assinalamos como prioritárias, que resumem nossa missão: 1) construir uma *ciência plural*, tanto no seu modo de operar quanto no reconhecimento de outros modos de conhecimento e de ação no mundo e na perspectiva dialógica e simetrizante da pesquisa junto às diferentes populações; 2) construir e consolidar um programa de pesquisas que busque não somente mapear, cartografar, descrever ou retratar, a partir de uma perspectiva antropológica, diferentes realidades brasileiras em toda sua complexidade, mas também que procure contribuir para a constituição de políticas sociais que garantam o direito à diferença e que respeitem a diversidade e a pluralidade da sociedade e da cultura no Brasil. Essas diretrizes desdobram-se nos três objetivos do Instituto: desenvolver um programa articulado e de qualidade de pesquisa comparada entre o Norte e o Sul do Brasil; fomentar a formação de recursos humanos; promover a transferência de conhecimento para a sociedade brasileira.

O tema do Colóquio realizado em 2013 visou contribuir primariamente para a segunda diretriz, com um segundo Colóquio examinando a construção de uma ciência plural a ser programada no futuro.

patrimônio ambiental e antropologia visual; 5) (Políticas e redes) x (Heterogêneas e comparadas); 6) Rede de saberes: arte, educação, línguas, território e etnicidades indígenas; 7) Saúde: práticas locais, experiências e políticas públicas.

² Disponível em: <http://www.cnpq.br/programas/inct/_apresentacao/index.html>. Acesso em: 16 mar. 2012.

De um ponto de vista histórico é possível localizar, no Brasil, o reconhecimento e a promulgação de direitos sociais importantes nas áreas de Saúde, Educação, Patrimônio, entre outras, por exemplo, através da Constituição de 1988; porém, a implementação, acompanhamento e avaliação de alguns desses direitos ainda dependem das conjunturas e interesses políticos setoriais. Paralelamente aos direitos já conquistados, outras demandas sociais emergiram.

Nesse contexto, a Antropologia e as outras Ciências Sociais, por meio de suas peculiares ferramentas teóricas e metodológicas, têm problematizado as novas configurações e demandas envolvidas nas políticas públicas, focalizando o caráter relacional e as múltiplas vozes que integram o cenário social, reconhecendo os saberes e práticas plurais, a autonomia dos atores e os fatores globais que estão presentes nas situações locais.

Esse tipo de proposta encontra suporte nos debates atuais sobre as estratégias científicas de resolução de problemas complexos que focalizam o caráter interdependente das práticas dos agentes e das instituições, pois os planos e políticas de desenvolvimento falham muitas vezes por não considerarem as expectativas, experiências e percepções daqueles que serão usuários dessas políticas.

Os esforços dados pelo investimento nos *impactos sociais* da pesquisa feita no âmbito do IBP estão voltados, de um lado, às políticas públicas e sociais; de outro, às populações e comunidades estudadas, articulando ambas as dimensões.

Em relação às políticas públicas, cabe salientar os diferentes aspectos do impacto da pesquisa antropológica: um primeiro é aquele de subsidiar a elaboração de políticas públicas e sociais, seja diretamente pela presença e atuação de profissionais (antropólogos, sociólogos, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras e outros pesquisadores associados ao IBP) nos órgãos públicos (por meio de laudos antropológicos, relatórios de impacto social etc.), seja pela produção de dados e resultados de pesquisa que possam ser transferidos mais diretamente; um segundo aspecto é o de construir uma reflexão sobre as políticas públicas, da macropolítica dos planos e plataformas de ação à micropolítica das práticas cotidianas dos profissionais e agentes que atuam em nome do Estado e da política pública, contribuindo para uma avaliação desta; o terceiro é o de confrontar a política pública com as experiências sociais dos sujeitos que são alvos dessas políticas, buscando uma contribuição crítica e construtiva da ação governamental e da atuação do Estado nas mais diversas esferas, como a saúde, a educação, as políticas de patrimônio cultural, entre outras.

Em relação às comunidades estudadas, é necessário pensar as diferentes dimensões do que seria “transferência de conhecimento”. A primeira delas é a de fornecer instrumentos para uma apropriação por parte dessas populações do conhecimento produzido pela pesquisa científica no sentido de reforçar sua autodeterminação e seus modos de empoderamento. A segunda dimensão seria de contrapor à noção de “transferência” de conhecimento uma perspectiva dialógica e/ou simétrica, ou da práxis de uma ciência plural, no sentido da produção de um conhecimento compartilhado. Pensar os diferentes vetores e direções do fluxo da ciência e dos diferentes saberes é uma das contribuições da antropologia e de nossas iniciativas interdisciplinares (e vocação de nosso Instituto) para o campo científico brasileiro. Quando nos propusemos a construir um projeto e um programa de INCT nesse campo, essa foi uma das questões que motivaram nosso investimento, que hoje se traduz de forma mais clara pelo corpo denso e extenso de pesquisas comparativas realizadas no âmbito do IBP nos últimos três anos, em diversos locais e com diferentes populações.

Com este livro, pretendemos ilustrar as contribuições das pesquisas do IBP na análise das políticas públicas no contexto da inclusão social, diversidade cultural e pluralismo, bem como no do diálogo entre antropólogos na América Latina que vêm desenvolvendo modelos para contribuir com a interdisciplinaridade necessária à intervenção em várias políticas sociais.

Cabe ressaltar que o eixo teórico-metodológico de antropologia como o campo principal das investigações do Instituto não elimina o diálogo e inclusão dos pesquisadores e saberes de outras disciplinas. O trabalho interdisciplinar e de formação de redes que inclua pesquisadores de outras áreas, relevantes às problemáticas do IBP, são estratégias importantes para atingir nossa missão. Reconhecemos que, apesar de essas estratégias serem consensualmente reforçadas pelas agências de fomento à pesquisa científica, a interdisciplinaridade e o trabalho em rede não são empreitada fácil de ser colocada em prática, devido ao processo de formação disciplinar e especializado aos quais os pesquisadores têm, historicamente, sido submetidos.

A perspectiva interdisciplinar e a formação de redes de pesquisas envolvem muito mais do que a junção de áreas acadêmicas e pessoas interessadas; envolvem compromissos assumidos coletivamente a partir de uma linguagem comum que possa ser sustentada a longo prazo, mesmo com as diferenças de abordagens teórico-metodológicas e de pontos de vistas pessoais dos pesquisadores. Como será evidenciado em

vários capítulos deste livro, as redes do IBP representam trajetórias de investigações com colegas de outras áreas fora e dentro das Ciências Sociais. Vários dos participantes no Colóquio com formação em campos tais como nutrição, farmacologia, psiquiatria, saúde coletiva e outros, procuraram experiências de pós-graduação em Antropologia para aperfeiçoar sua capacidade de compreender as complexidades sociais e as falhas das políticas públicas.

O trabalho em rede, a inovação científica e a produção de uma ciência de excelência e plural, os impactos sociais da produção científica e a sua visibilidade são os eixos norteadores das atividades do IBP e todos esses aspectos se fizeram presentes no Colóquio. Os debates foram propiciados pelas quatro mesas-redondas, nas quais os pesquisadores apresentaram as pesquisas por meio de dois vídeos sobre as experiências das redes de pesquisa e pelas palestras de pesquisadores estrangeiros, da Colômbia e da Itália. As instituições-membros do IBP (UFSC, UFAM, FIOCRUZ/AM e UDESC) estavam representadas e cinco das suas sete redes participaram com apresentações de 17 pesquisadores e uma plateia de aproximadamente 30 ou mais pessoas. Pesquisas realizadas no âmbito de rede “Saúde: práticas locais, experiências e políticas públicas” predominavam.

Esta coletânea apresenta uma seleção das 17 apresentações do Colóquio “Reflexões sobre Pesquisa Antropológica e Políticas Públicas no INCT Brasil Plural” (IBP) e está organizada em duas partes.

A primeira parte trata de reflexões teóricas e analíticas dos subprojetos no âmbito da rede Saúde: práticas locais, experiências e políticas públicas. A professora do Departamento de Antropologia Social da UFSC, Esther Jean Langdon, debate o campo da antropologia da saúde no Brasil, com foco nas contribuições que seu grupo de pesquisa tem propiciado no âmbito do desenvolvimento da saúde indígena bem como aborda a contribuição do IBP para expansão da rede Saúde.

O professor do Departamento de Antropologia Social da UFSC, Theophilos Rifiotis, apresenta reflexões teóricas e éticas que se fazem presentes nas pesquisas desenvolvidas no Laboratório de Estudos das Violências (LEVIS) da UFSC. Esse grupo compartilha com a rede Saúde a diretriz de contribuir com as políticas públicas. No âmbito do LEVIS, as pesquisas têm problematizado os lugares que a Antropologia vem assumindo nos debates públicos no campo da produção de justiça, violência e direitos humanos, colocando em perspectiva a abordagem dos direitos do sujeito, a judicialização e a construção do sujeito-vítima.

A professora do Departamento de Sociologia e Ciência Política da UFSC, Márcia Grisotti, apresenta uma discussão sobre as bases teóricas e

conceituais das duas linhas de investigação desenvolvidas no âmbito do IBP pelo grupo de pesquisa em Ecologia Humana e Sociologia da Saúde (ECOS): 1) as políticas públicas de saúde em relação às doenças infecciosas emergentes; 2) saúde e alimentação no contexto do discurso da promoção da saúde, bem como uma descrição dos subprojetos de pesquisa (mestrandos e doutorandos) vinculados à primeira linha de investigação.

Através de uma diálogo interdisciplinar, a professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC, Eliane Diehl, aborda as perspectivas teóricas e metodológicas sobre o uso dos medicamentos partindo das contribuições dos campos disciplinares da antropologia, saúde pública/saúde coletiva e ciências farmacêuticas, mostrando as possíveis inter-relações entre a Antropologia e as Ciências da Saúde. As descrições de seu grupo de pesquisa enfocam o campo da chamada “*antropologia dos medicamentos*” e sua contribuição para refletir sobre o conceito de atenção à saúde.

Encerramos esta parte do livro com o artigo sobre ética em pesquisa elaborado por três pesquisadoras de IBP, Esther Jean Langdon, Sônia W. Maluf, e Carmen Susana Tornquist. Apesar de o artigo constar previamente em outra publicação (*Ética nas pesquisas em ciências sociais e humanas na saúde*, organizada por Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luisa Sandoval Schmidt, Fabio Zicker, São Paulo, Editora Hucitec, 2008), julgamos que a reflexão sobre ética em pesquisas qualitativas complementa as discussões gerais sobre as pesquisas em políticas públicas realizadas no IBP.

A segunda parte do livro está composta por estudos de casos.

Éverton Luís Pereira examina os direitos de pessoas com deficiência numa pequena comunidade rural do sertão do Piauí caracterizada por um alto número de pessoas surdas. A pesquisa produzida nessa comunidade dialoga com diferentes políticas públicas que versam sobre surdez e deficiência e traz releituras locais de políticas nacionais e internacionais.

Rose Mary Gerber apresenta sua pesquisa com pescadoras embarcadas na pesca artesanal em Santa Catarina, sul do Brasil, com reflexões sobre reconhecimento e (in)visibilidades como profissionais da pesca quando se deparam com instituições públicas que, por desconhecerem sua existência, negam seus direitos trabalhistas.

Alberto Groisman, professor do Departamento de Antropologia Social, traz uma reflexão sobre o tema da saúde mental envolvendo os participantes das religiões ayahuasqueiras e profissionais de saúde, destacando a necessidade de uma clínica plural.

Continuando com o tema da saúde mental, a pós-doutoranda Ana Paula Müller de Andrade realiza uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira do ponto de vista dos usuários dos serviços de saúde mental enfocando nas experiências desses sujeitos em suas rotinas ordinárias e extraordinárias.

Em outra pesquisa em saúde mental realizada pelos pesquisadores da FIOCRUZ (AM), o médico-psiquiatra e pesquisador Maximiliano Loiola Ponte de Souza e o sanitarista e mestre pela ENSP/FIOCRUZ Jesem Douglas Yamall Orellana relatam os achados relacionados ao projeto suicídio indígena no estado do Amazonas: uma abordagem interdisciplinar, articulando perspectivas epidemiológicas e antropológicas.

A doutora Nádia Heusi Silveira, com formação em Nutrição e mestrado e doutorado em Antropologia, explora as relações entre os povos kaiowá-guarani e a sociedade envolvente em Mato Grosso do Sul, destacando a situação de mal-estar vivida por esses grupos como resultado de um projeto desenvolvimentista iniciado na primeira metade século XX pelo governo federal.

Renata da Cruz Gonçalves, mestre em Nutrição, e Maurício Soares Leite, professor do Departamento de Nutrição da UFSC, avaliam a adequação do Programa Nacional de Alimentação Escolar numa comunidade do povo xavante.

Evelyn Schuler Zea, professora do Departamento de Antropologia Social da UFSC, analisa os discursos públicos do presidente do Peru sobre as populações indígenas e a relação desses discursos com a percepção dos direitos dos indígenas na Amazônia.

Com base na Resolução Normativa Específica do Conselho Nacional de Imigração, que institui o “visto humanitário”, o qual regula a entrada de haitianos no país, Gláucia de Oliveira Assis e Sidney Antônio da Silva discutem questões significativas sobre a política migratória brasileira.

O último artigo do Colóquio trata das atividades desenvolvidas na sede da UFAM, coordenadas pela professora de Antropologia Deise Lucy Montardo. O Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFAM iniciou em 2008, contando com professores formados no PPGAS/UFSC. Essa associação entre UFSC/UFAM forneceu as bases para a criação do Instituto Brasil Plural em 2009. O IBP fez uma contribuição altamente importante para a consolidação desse Programa, apoiando o financiamento de pesquisadores estrangeiros, pesquisas dos alunos e professores, organização de eventos e auxílio na participação de indígenas em eventos nacionais e internacionais.

PARTE I

REFLEXÕES TEÓRICAS E ANALÍTICAS
DA REDE SAÚDE: PRÁTICAS
LOCAIS, EXPERIÊNCIAS E
POLÍTICAS PÚBLICAS

Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena¹

Esther Jean Langdon

Quais são os diálogos possíveis entre a antropologia e a saúde coletiva? Qual é a relevância das pesquisas antropológicas no desenvolvimento e execução das políticas públicas? As antropologias médicas, ou antropologias da doença e da saúde, têm se desenvolvido e consolidado como subespecialidades desde a década de 1960. Porém, o diálogo entre a medicina e a antropologia (e as ciências sociais em geral) não tem sido fácil e nem sempre bem-sucedido, como apontam análises recentes (HERZLICH, 2005; LOYOLA, 2008). A rede de pesquisa do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT), Instituto Brasil Plural (IBP) “Saúde: Práticas Locais, Experiências e Políticas Públicas”, composta de pesquisadores com formação em Antropologia e em outras disciplinas, como Nutrição, Farmácia, Sociologia, Psiquiatria, Medicina e Enfermagem, vem contribuindo para a construção do campo da antropologia da saúde. Uma das preocupações em comum é a articulação entre os resultados de pesquisa sobre práticas de atenção à saúde e políticas públicas em saúde. Essa proposta de uma rede de pesquisa em saúde no Instituto originou-se das colaborações anteriores de seus pesquisadores seniores, iniciadas mais que 20 anos atrás,

¹ Agradeço a meus colegas de pesquisa, particularmente a Nádya Heusi Silveira e Isabel Santana de Rose, por sua colaboração na construção do projeto “Práticas de autoatenção, redes, itinerários e políticas públicas”, que serve como base deste artigo.

visando a explorar os processos de saúde e doença de uma perspectiva antropológica, com o fim de contribuir para a discussão teórico-analítica e para as políticas em saúde.

Tomo esta oportunidade para esboçar o contexto histórico do campo de antropologia da saúde no Brasil com o intuito de ressaltar a contribuição dos pesquisadores dos núcleos de pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em Manaus, para a compreensão das condições de saúde, dos serviços e da política direcionada aos povos indígenas. Um destes, o Núcleo de Estudos sobre Saúde e Saberes Indígenas (NESSI/UFSC), tem suas origens há três décadas e, desde então, suas atividades se orientam para o desenvolvimento do campo de saúde indígena e das políticas públicas. Desde o final da década de 1990 colaboramos com pesquisadores da FIOCRUZ da Amazônia, compartilhando uma abordagem antropológica, mas em diálogo com as ciências de saúde. O enfoque desse grupo, composto por membros do NESSI e da FIOCRUZ, não é exclusivamente limitado à questão indígena, incluindo também outras populações. Cabe destacar que temos uma articulação estreita com a problemática teórico-analítica da rede geral do IBP que examina a relação entre saúde, sociedade e as políticas públicas. Além de expor como esse grupo de pesquisadores, com enfoque na questão indígena, alinha-se aos objetivos do IBP e ao tema desse Colóquio, pretendo mostrar suas contribuições para o desenvolvimento da antropologia da saúde no Brasil, as quais são ignoradas nas revisões sobre a antropologia da saúde brasileira (DINIZ, 1997; LEIBING, 2007; QUEIROZ; CANESQUI, 1986a, 1986b; SARTI, 2010).²

O apoio do Instituto Brasil Plural, desde 2008, vem permitindo a expansão da rede de pesquisadores em saúde indígena para outras instituições do Brasil e também para outros países da América Latina. Essa expansão significa não só a ampliação da rede de pesquisadores, mas também a ampliação de diálogos sobre os paradigmas adequados para compreender as complexidades dos processos epidemiológicos, das práticas de saúde, como ainda dos processos de doença e da atenção à saúde na América Latina. Através de visitas e convênios com apoio do IBP,³ estabelecemos contatos com pesquisadores da Colômbia e

² Ou ignoram a existência desses esforços ou relegaram tais pesquisas ao estudo da etnomedicina.

³ Alguns exemplos dos muitos eventos no âmbito internacional com apoio de IBP: “Políticas comparadas em saúde indígena na América Latina”, na IX Reunião de

do México, como também com pesquisadores do Chile, da Argentina e da Venezuela. Buscamos a inovação em conceitos analíticos, que sejam adequados para o contexto latino-americano, tais como “etnoepidemiologia” (PORTELA GUARIN, 2008; GHIGGI JÚNIOR, 2013), “epidemiologia sociocultural” (HARO, 2010) e “práticas de autoatenção” (MENÉNDEZ, 2003; OSÓRIO, 2010-2011). Visamos construir um diálogo sobre a antropologia da saúde na América Latina e suas contribuições para as políticas públicas, numa perspectiva comparativa (CARDOSO; LANGDON, no prelo). A metodologia está ancorada em pesquisa qualitativa (MENÉNDEZ, 2012) e no potencial de seus resultados para a atenção à saúde e para o desenvolvimento de políticas públicas em contextos de diversidade de saberes e culturas.

A rede vem privilegiando os paradigmas antropológicos para a compreensão de modelos de atenção à saúde bem como a perspectiva dos atores nos contextos locais. Não temos, até agora, examinado as teorias que enfocam a saúde sob uma visão macro ou global, nem as que analisam a relação entre fatores epidemiológicos e práticas culturais de uma perspectiva biológica. Ambas as linhas de investigação são relevantes e trazem importantes contribuições, porém não fazem parte da abordagem de nossas pesquisas. Procuramos entender como as pessoas se organizam e orientam sua atenção aos problemas de saúde percebidos e, não necessariamente, às doenças definidas pela biomedicina. Os estudos que propomos também visam examinar práticas de atenção à saúde em contextos de “intermedicalidade”, nos quais a articulação e apropriação de saberes plurais são marcadas por negociações e relações de poder.

Fundamental na perspectiva antropológica é o deslocamento do olhar sobre o corpo, delimitado nas ciências médicas, para olhar a construção social e relacional do corpo e para as diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados na produção de saberes sobre processos de saúde/doença. O enfoque no caráter relacional, na interação e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais envolvidas no processo

Antropología do Mercosul (2011); Simpósio Especial “Políticas comparadas em saúde indígena na América Latina”, na 28ª Reunião Brasileira de Antropologia (2012); “*El sufrimiento y el bienestar: pacientes, sufrientes, terapeutas y la búsqueda de la felicidad en las culturas Psi de Argentina, Brasil y Colombia*”, na X Reunião de Antropologia do Mercosul (2013); “*Una mirada antropológica sobre la investigación cualitativa y políticas públicas de salud: por una reflexión acerca de los usos de las metodologías cualitativas*”, no VI Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud (2014).

de saúde/doença como emergentes e dinâmicas. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas ligados à saúde/doença.

A perspectiva da saúde como construção sociocultural, e não biológica, permite uma análise crítica de três aspectos do processo de saúde/doença que são relevantes para as políticas e os serviços em saúde: práticas terapêuticas, especialistas em cura e a emergência de novas formas de atenção; dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos; e relações entre a atenção biomédica e as práticas locais. Procuramos, assim, identificar as formas de atenção à saúde de diferentes grupos indígenas e não indígenas a partir de pesquisa qualitativa em distintos contextos etnográficos, contribuir para a compreensão da saúde/doença como um processo amplo e contextual e fornecer subsídios para a constituição de políticas públicas de saúde no Brasil.

História do campo no Brasil e na América Latina

No intuito de apresentar nossas atividades de pesquisa realizadas nos últimos cinco anos com o apoio do IBP, parto do diálogo entre antropólogos, principalmente da América Latina, que vêm desenvolvendo modelos para contribuir com a interdisciplinaridade necessária às políticas e ações em saúde. Esses antropólogos argumentam que os processos de saúde e doença precisam ser entendidos através das noções de práticas de autoatenção, intermedicalidade, autonomia, coletividade, agência e práxis em oposição à perspectiva biomédica caracterizada como universalista, biologista, individualista e a-histórica. Assim, não desenvolvo aqui outras discussões relevantes sobre os processos de saúde e doença originadas nos Estados Unidos e na França que encontram reflexo no diálogo antropológico no Brasil (BECKER et al., 2009; CSORDAS, 2008; RODRIGUES, 1975; DUARTE, 2003; ALVES, 1993, 2006; LANGDON, 2014b; LANGDON; FOLLÉR, 2012; LANGDON; FOLLÉR; MALUF, 2012; LANGDON; WIIK, 2010; NATIONS, 2010). Esses debates são importantes, mas já foram apresentados em outros momentos. Julgo mais importante, neste texto, direcionar a discussão para a relação “sul-sul” que caracteriza a rede de pesquisa que estamos desenvolvendo com o apoio do IBP.

Saúde como política

Durante a década de 1980 e, principalmente, nos anos 1990, inicia-se nos Estados Unidos a “antropologia médica crítica” (BAER; SINGER; JOHNSEN, 1986), visando analisar os processos de saúde como consequências da globalização e de estruturas político-econômicas (BRIGGS, 2005; FARMER, 2005; PARKER; CAMARGO JÚNIOR, 2000). É importante ressaltar que a visão crítica faz parte da perspectiva “latina” décadas antes de a antropologia médica eurocêntrica incluir os conceitos de poder e inequidade em seus modelos analíticos (BONFIL, 1966; SEPPILLI; OTEGUI, 2005). O desenvolvimento das ciências sociais na América Latina está relacionado aos contextos políticos e históricos particulares dessa região e com a posição do continente nos processos de expansão do industrialismo, do capitalismo e dos poderes mundiais. As ciências sociais latino-americanas emergiram e se consolidaram no século XX preocupadas e engajadas com as realidades sociais e econômicas de seus países.

Esses teóricos mencionados acima reconhecem que as condições de saúde e as práticas dos atores são resultantes dos processos hegemônicos e das forças de poder, não de práticas culturais estáticas ou da falta de conhecimento. Essa perspectiva, inspirada pelos pensadores como os da Escola de Frankfurt, Foucault, Gramsci e os mais atuais como Bibeau (1997), Seppilli (1996), Fassin (2004) e Menéndez (1992) é a base do enfoque metodológico para pesquisa e interpretação das políticas em saúde. Seus interesses foram desenvolvidos junto à consolidação da saúde coletiva, à redemocratização e à reforma sanitária na América Latina e distanciam-se do papel de antropólogos trabalhando em antropologia aplicada, definidos como profissionais tradutores da cultura, sem questionar a hegemonia do modelo biomédico.

O período da transição para a democracia, no final dos anos 1970 até a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, em 1988, marca uma fase importante para os estudos antropológicos sobre saúde. Um dos projetos preliminares, mais relevantes para o desenvolvimento da antropologia da saúde, abordou o tema dos hábitos alimentares e da ideologia em diversos segmentos da população brasileira (WOORTMANN, 1997). O foco desse projeto foi direcionado para as representações culturais e a organização dos hábitos alimentares, analisados principalmente a partir dos paradigmas do estruturalismo francês e da antropologia simbólica, a fim de entender como as forças políticas e econômicas influenciavam as estratégias de subsistência. Foram realizados estudos entre camponeses, comunidades de

pescadores e trabalhadores da agricultura e da indústria. Esses estudos estabeleceram uma agenda de pesquisa em saúde, delineada a partir de conceitos e paradigmas contemporâneos, com poucas referências aos discursos que circulavam na antropologia médica dos Estados Unidos.

Até o final dos anos 1980, as pesquisas antropológicas foram se multiplicando, estimuladas pela criação de políticas públicas e pelo movimento brasileiro da reforma sanitária. Marcos Queiroz (1982) e Maria Andréa Loyola (1984), pesquisadores em saúde com doutorados realizados na Inglaterra e na França, respectivamente, voltaram ao Brasil e foram incorporados a escolas de medicina. A afiliação de Queiroz e Loyola aos programas de medicina social e saúde coletiva reflete uma tendência interdisciplinar e uma preocupação com a política no incipiente campo de estudos sobre saúde em antropologia.

Em suma, as atividades antropológicas foram se desenvolvendo em interação com a saúde coletiva e sua crítica a respeito da epidemiologia quantitativa e da valorização das ciências sociais. Ademais, houve uma receptividade maior às vertentes marxistas. Numa revisão do campo das pesquisas que estavam sendo realizadas, Queiroz e Canesqui, ambos da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), salientaram a necessidade de se desenvolverem paradigmas capazes de analisar a subordinação ao modelo capitalista de processos sociais locais relacionados à saúde (QUEIROZ; CANESQUI, 1986a, 1986b). Junto com o movimento da saúde coletiva, antropólogos preocupados com as relações entre a biomedicina e as práticas locais de saúde procuraram desenvolver paradigmas alternativos à abordagem biológica e quantitativa dominante na saúde pública e em pesquisas epidemiológicas.

Após a reforma constitucional e a subsequente implantação de programas de saúde orientados para populações específicas (mulher, família, indígena etc.), temos visto nas últimas duas décadas, além do aumento no financiamento para a pesquisa pelo Ministério da Saúde, um crescimento significativo das pesquisas antropológicas voltadas para o subsídio das políticas públicas em saúde e para contribuir com a realização dos princípios de acesso universal, controle social e humanização em serviços oferecidos a comunidades específicas.

Pesquisa em saúde indígena

Pesquisadores de nossa rede acompanham e participam no desenvolvimento desse campo desde a década de 1980, realizando

pesquisas e contribuindo para os paradigmas antropológicos sobre saúde esboçados acima, com enfoque na saúde indígena e voltados para o subsídio das políticas públicas. No caso do NESSI, sua criação se origina da Primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1986. Essa Conferência, da qual participei, juntou antropólogos, médicos, indigenistas e índios na defesa dos direitos dos povos indígenas à saúde nos debates para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CEBES, 1988) e estimulou, desde então, outras reuniões (BUCHILLET, 1991). Subsequentemente, a preocupação com a política de saúde indígena diante das mudanças legislativas decorrentes da Constituição Federal de 1988 estimulou a formação de uma rede interdisciplinar que se propõe a diagnosticar a situação epidemiológica, identificar as práticas de saúde e contribuir para os serviços de saúde e a política em saúde indígena. As considerações voltadas para a atenção básica em culturas diferenciadas, expressas no princípio de atenção diferenciada contido no documento sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), são resultados das pesquisas, reuniões e outras atividades⁴ em que participamos durante a década de 1990 (COIMBRA JÚNIOR, 1991; COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 1996; LANGDON, 1991, 1992, 1997, 1998a, 1998b; LANGDON; ROJAS, 1991; SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 1994). Com a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em 1999, os membros da atual rede de saúde do IBP tornaram-se figuras-chave nas atividades de pesquisa e avaliação em saúde indígena (GARNELO; BRANDÃO, 2003; GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; GARNELO; LANGDON, 2005; GARNELO; SAMPAIO, 2005; GARNELO; PONTES, 2012; LANGDON, 2004, 2005, 2013a; LANGDON; GARNELO, 2004).

A aprovação da criação do IBP, em 2008, reforçou as atividades e as colaborações já em andamento nesse campo e seu apoio foi fundamental para estender essa rede para outras instituições brasileiras e de outros países da América Latina. Esses novos intercâmbios influenciaram o direcionamento das bases teórico-analíticas em nossas pesquisas.

Com os pesquisadores estrangeiros estamos trocando discussões metodológicas e teórico-analíticas sobre os paradigmas propostos por Hugo Portela, Jesús Armando Haro e, particularmente, Eduardo Menéndez. Várias de nossas pesquisas têm adotado os

⁴ Por exemplo, participação na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), Grupo de Trabalho de ABRASCO Saúde Indígena; Reuniões regionais, macrorregionais e nacionais organizadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

conceitos de “modelos de atenção à saúde” e “práticas de autoatenção” (MENÉNDEZ, 1992, 2009) para identificar não somente as atividades de tipo biomédico, mas todos os recursos terapêuticos empregados na busca de prevenção, tratamento, controle, alívio e/ou cura de uma determinada enfermidade. O modelo médico hegemônico, identificado com a biomedicina oficial, caracteriza-se por uma série de pressupostos: biologicismo, a-historicidade, aculturalidade, eficácia pragmática, orientação curativa e medicalização dos padeceres. Os outros modelos correspondem às práticas terapêuticas populares e “alternativas”, que englobam conhecimentos populares sobre saúde; etnomedicinas de grupos indígenas; práticas terapêuticas *new age*; grupos centrados na autoajuda; práticas oriundas de outras tradições médicas acadêmicas, entre outros.

As práticas de autoatenção são definidas como “as representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais” (MENÉNDEZ, 2009, p. 48). Menéndez sublinha, portanto, o caráter autônomo dessas práticas. Segundo ele, existem dois níveis em que as práticas de autoatenção podem ser pensadas. O primeiro, mais amplo, está ligado a todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos no nível dos microgrupos, em especial do grupo doméstico. Assim, a autoatenção nesse nível inclui não somente o cuidado e a prevenção das enfermidades, mas também uso de recursos corporais e ambientais, dietética, normas de higiene pessoal e coletiva, organização social, rituais e assim por diante. Esse conceito remete às práticas de saúde como parte da práxis e da cosmologia. O segundo nível, mais restrito, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação da doença e de práticas de cura e cuidados.

Menéndez (2012) defende que a pesquisa etnográfica centrada nos sujeitos e grupos sociais revela a forma pela qual esses diferentes modelos de atenção se articulam nos itinerários terapêuticos individuais, nos quais muitas vezes aparecem combinadas práticas terapêuticas e noções sobre saúde/doença que em outras instâncias são definidas como antagônicas ou excludentes. Através dos atores sociais, inseridos em redes de trocas de conhecimentos, constroem-se influências mútuas entre diferentes modelos de atenção à saúde. Dessa maneira, as práticas e concepções a respeito de saúde/doença são construídas e reconstruídas

num processo contínuo, dando lugar à emergência de novos modelos de atenção.

Resumindo, “autoatenção” aponta para o reconhecimento da autonomia e da criatividade da coletividade, principalmente da família, como o núcleo que articula os diferentes modelos de atenção ou cuidados de saúde. Diferente do conceito médico de “autocuidado”, o conceito de Menéndez desloca o foco da ação do profissional de saúde para os atores na posição de coletividade. Enquanto o primeiro conceito trata da adequação do paciente em incorporar os valores e instruções da biomedicina, o segundo trata de sua autonomia na articulação dos recursos terapêuticos acessíveis, independente de sua origem, e da criação de novas articulações.

Outro conceito que procura ressaltar os aspectos políticos, econômicos e ideológicos envolvidos nas práticas e conhecimentos relacionados à saúde e à doença se expressa no termo intermedicalidade. Este procura dar conta de contextos caracterizados pela convivência de sistemas médicos distintos e diversas estratégias de poder, originando sistemas médicos “híbridos” (GREENE, 1998; FOLLÉR, 2004). A noção de intermedicalidade analisa a realidade social como constituída por negociações entre sujeitos politicamente ativos, destacando que nessas negociações todos os sujeitos envolvidos são dotados de agência social.

Ambos os conceitos, intermedicalidade e práticas de autoatenção, mostram que, apesar da sua contínua expansão, a biomedicina não suplanta outras formas de conhecimento sobre saúde/doença. Pelo contrário, ao mesmo tempo que a biomedicina se expande, as práticas de saúde populares e alternativas também florescem nos países da América Latina bem como em outras partes do mundo (MENÉNDEZ, 1994, 2003). Dessa maneira, as dinâmicas relacionadas à saúde/doença são caracterizadas por uma negociação entre diferentes práticas e formas de conhecimento, sendo comum nesse processo formarem-se novas sínteses e hibridações.

Com base nessas premissas, os paradigmas atuais da antropologia da saúde procuram dar conta das diversas formas de atenção que acionam e aglutinam os mais variados sistemas terapêuticos em processos de saúde/doença. Procura-se ressaltar aspectos como a interação e a relacionalidade inerentes às práticas sociais. As práticas, conceitos e ações dos indivíduos que compõem os grupos sociais articulam-se na ordem sociocosmológica, mas também se encontram ligados à reelaboração de diferentes aspectos do social. O enfoque no caráter relacional e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde/

doença como emergentes e dinâmicas. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência (ORTNER, 2007) aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas relacionados ao processo de saúde/doença e, muitas vezes, essas articulações se dão através de ações que recombina elementos das mais variadas esferas e produzem outros aspectos do social. Esses paradigmas ressaltam, tanto no campo da saúde coletiva quanto para a elaboração e execução das políticas públicas, a importância do coletivo e do social, reconhecendo os saberes plurais, a autonomia dos atores e fatores globais que estão presentes nas situações locais.

As atividades de pesquisa em saúde indígena no âmbito do IBP

Podem-se identificar três eixos relacionados ao processo de saúde/doença nas pesquisas da rede do IBP que pretendem contribuir para um diálogo entre saúde e política. O primeiro eixo compreende as dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção empreendidas pelos sujeitos em contextos etnográficos específicos, ressaltando as relações dessas práticas com processos sociocosmológicos e vivenciais. Esse primeiro eixo de nossas pesquisas referencia a noção de práticas de autoatenção no sentido lato de Menéndez (2003), ou seja, são as práticas que contribuem para a reprodução social e biológica da coletividade. O segundo eixo enfatiza as práticas terapêuticas e os especialistas em cura, assim como a emergência de novas formas de atenção à saúde. Por fim, o terceiro eixo privilegia a articulação entre a biomedicina e as práticas locais de saúde, especialmente entre as políticas de saúde e/ou inclusão empreendidas pelo Estado e as formas através das quais populações específicas respondem a essas mesmas políticas. É importante lembrar que estes eixos *não são mutuamente exclusivos e que certas problemáticas como relações de poder, identidade e saúde, entre outras, são características transversais da relação entre nossa perspectiva de saúde e as políticas públicas.*

Práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos

Este eixo parte dos paradigmas que analisam o processo de saúde/doença (LANGDON, 2014b) como socialmente construído,

contextual e interacional (MENÉNDEZ, 2003) bem como da premissa de que os diferentes modelos médicos possuem especificidades e estão em constante reconfiguração e interlocução (GREENE, 1998; FOLLÉR, 2004; MENÉNDEZ, 1994). Com concentração especificamente em povos indígenas, as pesquisas ressaltam o caráter dinâmico e processual das práticas ligadas ao cuidado da saúde, bem como as ações que articulam diferentes conhecimentos e saberes, com o intuito de descrever e analisar as particularidades, interações, negociações e conflitos existentes nos processos sociais. Essas pesquisas se caracterizam por sua natureza clássica de etnografia, com longos períodos de campo, de convivência com o grupo, para entender as preocupações e práticas de autoatenção no sentido lato, as quais remetem à perspectiva maior de processos corporais, sociocosmológicos e identitários. Duas apresentações desse colóquio são resultado de pesquisas neste eixo, a de Everton Pereira (2013) sobre os meios de comunicação dos surdos num povoado do Piauí e a de Nádia Heusi Silveira (2011) sobre a relação entre práticas alimentares e cosmologia xamânica dos Guarani na sua tese de doutorado.

Essas pesquisas, como outras deste eixo, exploram os saberes “outros” revelados pela pesquisa qualitativa e reafirmam o objetivo do IBP de reconhecer a pluralidade de conhecimentos deles e o direito a eles (PORTELA GUARIN, 2008). Tania Solar (2013) analisa a percepção que os Mapuche têm sobre a alta taxa de suicídios em sua comunidade e como eles associam suas causas às perdas que vêm sofrendo em termos de políticas governamentais, projetos de desenvolvimento e atividades extrativistas. Essa pesquisa revela a clara consciência que os Mapuche têm sobre as consequências negativas da exploração florestal e da ausência do Estado na proteção dos direitos indígenas. Também pesquisando os Mapuche no Chile, Barbara Bustos Barrera (2014) explora as complexidades da relação entre a comunidade cosmográfica e os rituais comunais num contexto igualmente marcado por conflitos com o Estado e pela devastação ambiental de seus territórios ancestrais.

Os Guarani do Brasil têm sido objeto de várias pesquisas que procuram compreender a relação das práticas de autoatenção no sentido lato com a cosmologia. Isabel Santana de Rose (2010) morou numa aldeia guarani no litoral de Santa Catarina e analisa as mudanças nas práticas rituais e o fortalecimento da liderança local, num contexto de políticas públicas que procuram responder à necessidade de atenção diferenciada em saúde e educação. Essa comunidade adotou novas práticas rituais através de relações com não indígenas, as quais contribuíram para

a revitalização das práticas tradicionais comunitárias e também se constituíram como fontes econômicas e de prestígio alternativas. Dando ênfase especial aos saberes tradicionais, Diogo de Oliveira (2011) contribui com uma pesquisa sobre cosmologia e práticas ecológicas nessa mesma aldeia. Em escala bem menor, no contexto de saberes tradicionais, Acácio Oriques Júnior (2010) documenta as práticas de caça de pequenos animais com armadilhas numa comunidade pequena que vive na periferia de Florianópolis, um grupo guarani caracterizado pelos vizinhos como bêbados e preguiçosos.

Finalmente, um casal de antropólogos tem feito uma contribuição importante para a perspectiva deste eixo (SCOPEL, 2013; DIAS-SCOPEL, 2014; SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIJK, 2012). Resultado da pesquisa de campo por quase um ano entre os Munduruku no Amazonas, a tese de Daniel Scopel explora a relação entre a cosmografia da comunidade e suas percepções sobre problemas de saúde e práticas de cura. Sua esposa, Raquel Dias-Scopel, pesquisou as práticas de autoatenção durante a gravidez entre as mulheres Munduruku e a articulação dessas práticas com os serviços de saúde. A metodologia de observação participante guiou essa investigação no sentido literal, dado que a pesquisadora estava grávida durante sua estadia em campo. Esse fato estimulou um diálogo simétrico e profundo com as mulheres Munduruku, tanto que a tese ganhou o Prêmio ABA/GIZ como melhor tese de doutorado sobre Gênero e Povos Indígenas na Amazônia em 2014.

Práticas terapêuticas e especialistas, emergência de novas formas de atenção à saúde

O conjunto de pesquisas neste eixo compartilha as preocupações com o anterior, mas com atenção particular para as dinâmicas nos encontros de saberes resultantes em novas configurações de práticas e redes sociais. Procura ressaltar a criatividade das formas consideradas tradicionais e a emergência de novas formas de atenção. As pesquisas deste eixo são conduzidas em contextos urbanos, no âmbito de serviços de saúde, e menos entre povos indígenas em contextos rurais. A problemática específica desafia as caracterizações generalizantes dos serviços biomédicos, argumentando que estes também devem ser objeto de pesquisa etnográfica em situações locais. As pesquisas examinam, por um lado, como a atenção básica prestada pelos serviços de saúde se articula aos saberes locais e, por outro, como se dá a apropriação, por parte dos membros das comunidades, dos saberes médicos em situações de intermedialidade.

As pesquisas de Pedro Musalem e Ari Ghiggi Júnior estão entre as poucas, neste eixo, realizadas com povos indígenas. A pesquisa de doutorado de Musalem, ainda em andamento, trata das práticas xamânicas associadas a políticas de identidade entre os Siona da Colômbia. Esse projeto visa contribuir para a compreensão das transformações ocorridas nas práticas xamânicas desse grupo (LANGDON, 2012, 2014a) e como estes fundamentam os esforços atuais de suas afirmações de identidade indígena e de revitalização da cultura estimulados pelas políticas públicas na Colômbia. Compartilha com os Guarani, citados antes, a característica de identificar a medicina tradicional como capital simbólico que os atores indígenas expressam nas afirmações identitárias perante a sociedade envolvente (LANGDON, 2013b; LANGDON; ROSE, 2012a, 2012b, 2013, 2014; ROSE; LANGDON, 2010, 2013).

A pesquisa de Ari Ghiggi Júnior entre os Kaingang de Santa Catarina segue uma longa tradição do NESSI de realizar pesquisas com esse grupo para analisar implicações na política de saúde indígena, assunto que exploro mais adiante, no terceiro eixo. No caso da pesquisa de doutorado de Ghiggi Júnior, o objetivo principal foi identificar os especialistas terapêuticos kaingang e suas relações com não indígenas fora da terra indígena onde vivem. Essa problemática, de explorar as relações sociais e práticas de autoatenção que não se limitam ao espaço comunitário nem a um grupo específico, surge como resultado de outras pesquisas em saúde realizadas por ele e outros membros do Núcleo na UFSC. Nos anos 1990, Conceição de Oliveira (1997) acompanhou a Igreja da Saúde na TI Xaçepó e examina sua emergência como “tradição” pelos Kaingang, apesar da presença marcante de práticas da medicina e do catolicismo popular. Já com apoio do IBP, a pesquisa de Philippe Hanna de Oliveira (2009) também registra relações de intercâmbio entre os Kaingang e os não indígenas em relação a práticas alimentares e atividades festivas. Ari Ghiggi Júnior, que realizou pesquisas prévias com o grupo, observou o mesmo entre os evangélicos na TI Xaçepó. As práticas de cura dos especialistas terapêuticos kaingang, bem como suas práticas alimentares e religiosas, demonstram uma forte articulação com tradições não indígenas e também com as redes sociais além das fronteiras étnicas.

Numa pesquisa semelhante, mas não entre indígenas, o mestrando Harold Wilson González Jiménez estudou a diversidade de especialistas populares procurados, bem como as práticas de autoatenção, entre residentes de uma pequena cidade na Colômbia (JIMÉNEZ, 2014).

Este eixo engloba várias pesquisas que vêm indagando sobre a emergência de novos modelos de atenção à saúde no âmbito urbano e não indígena. A dissertação de Aline Ferreira Oliveira (2012) trata de uma pesquisa multissituada sobre uma rede religiosa alternativa não indígena que congrega indígenas para a realização de seus rituais. Ela examina a emergência de rituais híbridos que usam substâncias sagradas que são resultados dessas articulações. Waleska de Araújo Aureliano (2011) explora as práticas emergentes numa instituição espírita dedicada ao tratamento de pessoas diagnosticadas com câncer. Além de realizar cirurgias espirituais de modo mimético às hospitalares, os tratamentos incorporam também algumas representações da Nova Era, incluindo altares e símbolos referenciando o culto neoincaico ao sol. Diogo Teixeira (2013) pesquisou a história da naturologia, um campo médico fundado no final do último século. A disciplina iniciou com a intenção de formar pessoas em práticas da medicina natural ou holística, por parte de um grupo pequeno de profissionais, e hoje a naturologia é legitimada pelo Ministério da Educação (MEC), que aprovou cursos em universidades, e pelo SUS, que incorporou seus praticantes nos postos de saúde.

A dinâmica das práticas terapêuticas incorporadas aos serviços prestados no SUS é foco de duas pesquisas em andamento, ambas em Florianópolis. A mestrandia Gabriela Prado Siqueira está realizando uma investigação sobre a incorporação de práticas fisioterapêuticas em postos de saúde e Helio Barbin Júnior está reconstruindo a história da introdução de práticas complementares nos serviços do SUS. Como médico, Barbin Júnior participou desse processo que pretende documentar na sua pesquisa de Doutorado em Antropologia. Esses estudos sobre novas práticas no sistema oficial de saúde fazem uma contribuição importante no sentido de demonstrar que todas as práticas terapêuticas, inclusive as biomédicas, são situadas entre histórias e locais específicos.

Relações entre a política, os processos estruturais e a saúde

Neste eixo, os objetivos da pesquisa e suas implicações para as políticas e serviços de saúde são mais evidentes. Todas as pesquisas descritas acima são relevantes para avaliar a operacionalização dos princípios de humanização e atenção diferenciada nos serviços e em relação aos problemas específicos de saúde. Porém, este último eixo, que busca examinar a articulação das práticas locais no contexto da atenção a saúde, tem uma abordagem mais direcionada para as políticas públicas.

A relevância dessas pesquisas é mais reconhecida pelos profissionais e gestores de serviços em saúde do que aquelas que tratam das práticas de autoatenção no sentido lato (por exemplo, as que exploram saberes cosmológicos ou sobre o corpo), pois nesses casos não existem analogias óbvias com o saber de biomedicina.

Podemos citar dentro deste eixo as pesquisas que indagam sobre práticas e percepções de pessoas portadores de doenças-alvo de programas de saúde. Sandra Carolina Portela Garcia (2010) e Fabiane Francioni (2010) pesquisaram as práticas de autoatenção de pessoas com diabetes e hipertensão em comunidades indígenas e não indígenas, respectivamente. Ambas demonstram como a percepção dos portadores dessas doenças difere da dos profissionais de saúde e como os doentes se apropriam de programas dirigidos a eles sem perder sua autonomia. Maurício Leite, com formação em nutrição e saúde pública, pesquisa a nutrição indígena com um olhar epidemiológico e antropológico (ABRASCO, 2009; LEITE, 2012). Sua aluna no curso de nutrição da UFSC, Renata da Cruz Gonçalves, pesquisou as práticas de nutrição entre os Xavante e as limitações do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) para a comunidade estudada. Os resultados da pesquisa são apresentados nesta coletânea. Eliana Diehl e seu grupo vêm pesquisando a distribuição e o uso de medicamentos em terras indígenas (veja também seu trabalho nesta coletânea). Entre outros resultados, essas pesquisas ressaltam problemas associados às relações assimétricas e de comunicabilidade entre os profissionais de saúde e a população-alvo de suas ações, demonstrando a heterogeneidade em perspectivas e poderes.

Várias pesquisas examinam os problemas crônicos, identificados como críticos e urgentes na saúde indígena, tais como “alcooolismo” e saúde mental. Seguindo a abordagem geral da rede Saúde do IBP, usam-se paradigmas processuais, tais como “alcooolização” (MENÉNDEZ, 1982; SOUZA, 2013; LANGDON, nesta coletânea), para analisar as situações a partir de uma perspectiva coletiva. Esses problemas são vistos como resultados de contextos históricos e da relação do grupo com a sociedade envolvente (GHIGGI JÚNIOR, 2010; GHIGGI JÚNIOR; LANGDON, 2013, 2014; SILVA; LANGDON; RIBAS, 2013, 2014; SOLAR, 2013; SOUZA, 2013; SOUZA; DESLANDES; GARNELO, 2010; SOUZA; ORELLANO, 2012a, 2012b; SILVEIRA, nesta coletânea); e não como *déficit* situado em um corpo biológico individual. Os problemas de saúde mental em populações indígenas estão entre as questões mais complexas para uma compreensão que gere possíveis soluções. O grupo

vem argumentando que as soluções de tais problemas para os povos indígenas não se encontram no modelo biomédico ou no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1987).

Entre as pesquisas que pretendem uma relevância mais direta para políticas públicas em saúde indígena se encontram aquelas com enfoque no princípio de atenção diferenciada; em questões específicas dos serviços de saúde, tais como a capacitação dos profissionais e o papel do agente indígena de saúde e demais profissionais de saúde (DIEHL et al., 2012; LANGDON et al., 2014; DIAS-SCOPEL; LANGDON; SCOPEL, 2008); na participação indígena em conselhos de saúde e na execução da assistência a saúde (DIEHL; LANGDON, 2015); e, no programa nacional de medicina tradicional do Projeto VIGISUS II (FERREIRA, 2010, 2013a; 2013b).

Considerações finais

A rede de pesquisa do IBP “Saúde: práticas locais, experiências e políticas públicas” vem realizando investigações com enfoques no local, no método etnográfico e na interação. Seus resultados revelam fatores mais amplos, de ordem política, econômica e ideológica (GREENE, 1998; FOLLÉR, 2004; FRANKENBERG, 1980), a influenciar a saúde e as escolhas de diferentes populações, sejam esses fatores as hierarquias presentes nos processos de comunicabilidade entre o profissional de saúde e a comunidade assistida, sejam as condicionantes inerentes à posição socioeconômica do grupo estudado. As interações e práticas locais refletem os contextos mais globais, revelando as relações de poder nas questões que dizem respeito à vida e à morte ou que ameaçam o tecido social. As análises etnográficas ressaltam as intersecções e articulações entre os fatores de ordem macroestrutural e as formas que saúde/doença são pensadas localmente. Dessa maneira, as análises produzidas no âmbito da rede e sua abordagem antropológica exploram as especificidades dos sistemas médicos particulares como processos regionais, nacionais e globais que transcendem o caráter local. Estas partem e contribuem para o desenvolvimento de paradigmas antropológicos e, ainda mais, para as políticas públicas e coletividades que são alvo dos serviços de saúde.

Referências

- ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: Relatório Final*. Rio de Janeiro, 2009.
- ALVES, P. C. A. experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 3, p. 263-271, 1993. Número temático: Abordagens antropológicas em saúde.
- _____. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 8, p. 1547-1554, 2006.
- APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington, D.C., 1987.
- AURELIANO, W. A. *Espiritualidade, saúde e as artes de cura no contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil*. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- BAER, H. A.; SINGER M.; JOHNSEN, J. H. Toward a critical medical anthropology: a dialogue. *Social Science and Medicine*, v. 23, supl. 2, p. 95-98, 1986. Special Issue.
- BECKER, S. G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, p. 323-326, 2009.
- BIBEAU, G. At work in the fields of public health: the abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly*, Washington, D.C., v. 11, n. 2, p. 46-252, 1997.
- BONFIL, G. B. Conservative thought in applied anthropology: a critique. *Human Organization*, Mobile, n. 25, p. 89-92, 1966.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.
- BRIGGS, C. L. Perspectivas críticas de salud y hegemonia comunicativa: aperturas progressistas, enlaces letales. *Revista de Antropologia Social*, Madri, n. 14, p. 101-124, 2005.
- BUCHILLET, D. *Medicina tradicional e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Museu Goeldi, 1991.
- BUSTOS BARRERA, B. F. *O estatuto da comunidade indígena e a realização do ngillatun entre os Mapuche de Tranaman no sul do Chile: dinâmicas organizacionais e transformações sociopolíticas*. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

- CARDOSO, M. D.; LANGDON, E. J. (Org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: EdUFSC; IBP. 2015.
- SAÚDE EM DEBATE. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 1988. Número especial: A saúde do índio.
- COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Ed.). Saúde de populações indígenas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 1991. Número temático.
- COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Ética e pesquisa biomédica em sociedades indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 417-422, 1996.
- CSORDAS, T. J. A corporeidade como um paradigma para a antropologia. In: _____. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.
- DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J.; SCOPEL, D. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multidisciplinar de atenção à saúde indígena. *Tellus*, Campo Grande, n. 13, p. 51-73, 2008.
- DIAS-SCOPEL, R. P. A cosmopolítica da gestão, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Revista Universitas Humanística*, n. 80, 2015.
- DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012.
- DINIZ, D. O que é isso que chamamos antropologia da saúde no Brasil? *Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 213-234, 1997.
- DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, supl. 1, p. 173-181, 2003.
- FARMER, P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California, 2005.
- FASSIN, D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud. *Colombiana de Antropología*, Bogotá, v. 40, p. 283-318, 2004.
- FERREIRA, L. O. *Discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública*. 2010. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FERREIRA, L. O. *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre os discursos oficiais e as vozes indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013b.

_____. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, 2013a.

FOLLÉR, M. L. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004.

FRANCIONI, F. F. *Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social*. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FRANKENBERG, R. Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Social Science and Medicine*, n. 14b, p. 197-207, 1980.

GARCIA, S. C. P. *Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas Kaingang da Aldeia Sede, Terra Indígena de Xaçecó: práticas de autoatenção em um contexto de intermedialidade*. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GARNELO, L. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; ABRASCO, 2003.

GARNELO, L.; LANGDON, E. J. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2003.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-Secadi; UNICEF, 2012.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, 2005.

GHIGGI JÚNIOR, A. *Estudo etnográfico sobre alcoolização entre os índios Kaingang da Terra indígena Xaçecó: das dimensões construtivas à perturbação*. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GHIGGI JÚNIOR, A. Resenha. Portela Guarin, H. La Epidemiología intercultural: argumentaciones, requerimientos y propuestas. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2008. *Revista Ilha*, Florianópolis, v. 15, n. 1-2, p. 381-387, 2013.

GHIGGI JÚNIOR, A.; LANGDON, E. J. Controle Social como autoatenção: estratégias kaingang diante os abusos das bebidas alcoólicas. In: SOUZA, M. L. P. (Org.). *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1250-1258, 2014.

GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, v. 25, supl. 4, p. 634-658, 1998.

HARO, J. A. (Org.). *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Sonoro: Lugar Editorial; El Colegio de Sonora, 2010.

HERZLICH, C. Fragilidade da vida e desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 193-203, 2005.

JIMÉNEZ, H. W. G. De articulações e conflitos: práticas de autoatenção entre os moradores de Timbío, Cauca, Colômbia. 2014. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

LANGDON, E. J. Percepção e utilização da medicina ocidental dos índios Sibundoy e Siona no sul de Colômbia. In: BUCHILLET, D. (Org.). *Medicina tradicional e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Museu Goeldi, 1991.

_____. A situação de saúde dos índios de Santa Catarina. *Boletim da Unidade de Saúde e Meio Ambiente*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 4, 1992.

_____. As relações entre saúde e cultura: implicações para as estratégias de prevenção de AIDS. In: OFICINA MACRORREGIONAL DE ESTRATÉGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/AIDS PARA AS POPULAÇÕES INDÍGENAS DAS REGIÕES SUL E SUDESTE, E DO MATO GROSSO DO SUL, 1., 1997, Londrina. *Anais...* Londrina: Coordenação Nacional de DST/AIDS/Programa Municipal para DST/AIDS/ALIA, 1997.

_____. (Org.). Os indígenas no sul: uma visão antropológica. *Revista de Divulgação Cultural*, Blumenau, n. 64, p. 76-80, 1998a. Número Especial.

_____. Saberes biomédicos e saberes indígenas: um desafio para a Política de Saúde Indígena. *Revista de Divulgação Cultural*, Blumenau, n. 64, p. 76-80, 1998b.

LANGDON, E. J. Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R.; JUNQUEIRA, C. (Org.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: UNIFESP; Terra Virgem, 2005.

_____. Redes xamânicas, curanderismo e processos interétnicos: uma análise comparativa. *Mediações*, Londrina, v. 17, n. 1, p. 62-82, 2012.

_____. Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: HAVERROTH, M. (Org.). *Etnobiologia e saúde de povos indígenas*. Recife: NUPEEA/IBP, 2013a.

_____. Shamanisms and neo-shamanisms as dialogical categories: case studies from Colombia and Brazil. *Civilizations: revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines*, v. 61, n. 2, p. 19-35, 2013b.

_____. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014b.

_____. *La negociación de lo oculto: chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo Putumayo*. Popayán: Editora Universidad del Cauca, 2014a.

LANGDON, E. J.; FOLLÉR, M. Anthropology of health in Brazil: a border discourse. *Medical Anthropology*, v. 31, n. 1, p. 4-28, 2012.

LANGDON, E. J.; FOLLÉR, M.; MALUF, S. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anuário Antropológico 2011-I*, p. 51-89, 2012.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004.

LANGDON, E. J.; ROJAS, B. G. Saúde: um fator ignorado numa situação de mudança rápida – a situação da Área Indígena Ibirama (SC). In: SANTOS, S. C. (Org.). A barragem de Ibirama e as populações atingidas na área indígena. Documento-denúncia. *Boletim de Ciências Sociais*, Florianópolis, n. 51, p. 65-89, 1991.

LANGDON, E. J.; ROSE, I. S. (Neo)shamanic dialogues: encounters between the Guarani and ayahuasca. *Nova Religio*, v. 15, n. 4, p. 36-59, 2012a. Special issue on new religious movements in Brazil.

_____. Shamanisms and neo-shamanisms as dialogical categories: an examination of local and global networks. In: CREPEAU, R. (Ed.). *Dynamiques religieuses des autochtones des Amériques*. Paris: Karthala, 2012b.

LANGDON, E. J.; ROSE, I. S. Contemporary guarani shamanisms: traditional medicine and discourses of native identity in Brazil. *Health, Culture and Society*, v. 3, n. 1, p. 30-48, 2013.

_____. Medicine alliance: contemporary shamanic networks in Brazil. In: LABATE, B. C.; CAVNAR, C. (Org.). *Ayahuasca shamanism and beyond*. New York: Oxford Ritual Studies, 2014.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Aspectos socioantropológicos da saúde e da doença: uma breve introdução ao conceito de cultura aplicada às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; DIAS-SCOPEL, R. P. O papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde aos povos indígenas brasileiros. In: TEIXEIRA, C.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LEIBING, A. Much more than medical anthropology: the healthy body and brazilian identity. In: SAILANT, F.; GENEST, S. (Ed.). *Medical anthropology: regional perspectives and shared concerns*. Oxford: Blackwell Publishing, 2007.

LEITE, M. S. Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

LOYOLA, M. A. A saga das ciências sociais na área da saúde coletiva: elementos para reflexao. *Physis*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 251-275, 2008.

_____. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.

MENÉNDEZ, E. L. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. *Cuadernos de la Casa Chata*, México, n. 57, p. 61-94, 1982.

_____. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. In: CAMPOS, R. (Org.). *La antropología médica en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.

_____. La enfermedad y la curación. Que es medicina tradicional? *Alteridades*, México, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994.

_____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, supl. 1, p. 185-208, 2003.

_____. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 2009.

MENÉNDEZ, E. L. Metodología cualitativa: varios problemas y reiteradas omisiones. *Index de Enfermería*, Granada, v. 21, n. 1-2, p. 62-68, 2012.

NATIONS, M. *Corte a mortalha: o cálculo humano da morte infantil no Ceará*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

OLIVEIRA, A. F. *Yawa-Nawa: alianças e pajés nas cidades*. 2012. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

OLIVEIRA, D. de. *Arandu nhemboèa: cosmologia, agricultura e xamanismo entre os Guarani-Chiripá no litoral de Santa Catarina*. 2011. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

OLIVEIRA, M. C. *Os especialistas kaingáng e os seres da natureza: curadores da aldeia Xapecó*. Florianópolis: Fundação Catarinense de Cultura, 1997.

OLIVEIRA, P. H. de A. *Comida forte e comida fraca: fabricação dos corpos e nutrição entre os Kaingang da TI Xapecó*. 2009. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

OURIQUES JÚNIOR, A. *A tradição da caça entre um grupo Guarani-Mbyá do Amâncio*. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ORTNER, S. Uma atualização da teoria da prática. In: GROSSI, M. P.; ECKERT, C.; FRY, P. (Org.). *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas*. Blumenau: Nova Letra, 2007.

OSÓRIO, C. Rosa María. La antropología médica en México. *AM: revista della Società Italiana di Antropologia Medica*, Perugia, n. 29-32, p. 29-58, 2010-2011.

PARKER, R.; CAMARGO JÚNIOR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 89-102, 2000.

PEREIRA, E. L. *Fazendo cena na cidade dos mudos: surdez, práticas sociais e uso da língua em uma localidade no sertão do Piauí*. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

PORTELA GUARIN, Hugo. *La epidemiología intercultural: argumentaciones, requerimientos y propuestas*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2008.

QUEIRÓZ, M. S. *The social construction of health and illness in Iguape, Brazil*. 1982. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Manchester, Manchester, 1982.

QUEIRÓZ, M. S.; CANESQUI, A. M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 152-164, 1986a.

- QUEIRÓZ, M. S.; CANESQUI, A. M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 141-151, 1986b.
- RODRIGUES, J. C. *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Chiamé, 1975.
- ROSE, I. S. de. Tata endy rekoe – *fogo sagrado*: encontros entre os Guarani, a *ayahuasca* e o Caminho Vermelho. 2010. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- ROSE, I. S. de.; LANGDON, E. J. Diálogos (neo)xamânicos: encontros entre os Guarani e a *ayahuasca*. *Tellus*, Campo Grande, n. 18, p. 83-113, 2010.
- _____. Chamanismos guaraní contemporâneos em Brasil: un estudio de transfiguración cultural. *Revista Colombiana de Antropología*, v. 49, n. 1, p. 105-127, 2013.
- SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- SARTI, C. A. Saúde e sofrimento. In: DUARTE, L. F. D. (Coord.). *Horizontes das ciências sociais no Brasil*: antropologia. São Paulo: ANPOCS, 2010.
- SCOPEL, D. *Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios munduruku na Terra Indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas*: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; WIJK, F. B. Cosmologia e intermedialidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus*: actas de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 173-190, 2012.
- SEPPILLI, T. Antropologia medica: fondamenti per una strategia. *AM: rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, Perugia, n. 1-2, p. 7-22, ott, 1996.
- SEPPILLI, T.; OTEGUI, R. Antropologia médica crítica: presentación. *Rev. Antropol. Soc.*, n. 14, p. 7-13, 2005.
- SILVA, A. C.; LANGDON, E. J.; RIBAS, D. L. B. Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: contexto kaiowá e guarani do Mato Grosso do Sul. Brasil. *Tempus*: actas de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 149-168, 2013.
- _____. Percepção e cuidados com as pessoas diagnosticadas com psicopatologia crônica nas comunidades kaiowá e guarani de Mato Grosso do Sul. Dossiê Ciências Sociais e Saúde Mental. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 7-25, 2014.
- SILVEIRA, N. H. *Imagens de abundância e escassez*: comida guarani e transformações na contemporaneidade. 2011. Tese (Doutorado em

Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SOLAR, L. T. L. *Morte pela própria mão: estudo etnográfico de narrativas dos Mapuche Penwenche do Alto Bío Bío, no Chile, sobre suicídios acontecidos nas comunidades*. 2013. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SOUZA, M. P. S. (Org.). *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SOUZA, M. P. S.; DESLANDES, S. F.; GARNELO, L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 709-716, 2010.

SOUZA, M. P. S.; ORELLANA, J. D. Y. Suicide among the indigenous people of Brazil: a hidden public issue. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, p. 489-492, 2012a.

_____. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, p. 34-37, 2012b.

TEIXEIRA, D. V. *Integralidade, interagência e educação em saúde: uma etnografia da naturologia*. 2013. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

WOORTMANN, K. *Hábitos e ideologias alimentares em grupos sociais de baixa renda: relatório final*. Brasília: Departamento de Antropologia da UnB, 1997. (Série Antropologia 20).

Entre teoria, estética e moral: repensando os lugares da Antropologia na agenda social da produção de justiça¹

Theophilos Rifiotis

Introdução

A proposta do presente texto é compartilhar um conjunto de inquietações teóricas e éticas que reiteradamente se fazem presentes nas pesquisas desenvolvidas no Laboratório de Estudos das Violências (LEVIS) da Universidade Federal de Santa Catarina e cuja amplitude e pertinência gostaríamos de colocar em debate. Trata-se de um exercício preliminar de sistematização de questões relativas aos lugares da Antropologia na agenda social da produção de justiça no Brasil. Procuro refletir sobre a Antropologia e seus atravessamentos com a agenda social (movimentos sociais e as políticas públicas) no campo da violência, justiça e Direitos Humanos. Concretamente, apresento uma sistematização dos atravessamentos que me permitiram colocar

¹ Trabalho publicado na revista *Antropologia em Primeira Mão*, UFSC, n. 141, 2014. Trata-se de um texto apresentado numa primeira versão no Grupo de Trabalho “Muertes, violencias y territorio: sentidos y escenarios en América Latina”, na X Reunión de Antropología del Mercosur (Córdoba, 2013), tendo sido posteriormente discutido no Colóquio “Reflexões sobre Pesquisa Antropológica e Políticas Públicas” no INCT/CNPq – Brasil Plural, Florianópolis, 2013.

em perspectiva os fundamentos que têm orientado nossos trabalhos através da problematização de três eixos analíticos inter-relacionados e complementares:

- 1) produtividade e o caráter moral das violências;
- 2) judicialização das relações sociais e o sujeito de direito;
- 3) construção do sujeito-vítima.

Para tanto, procuro refletir sobre os lugares da Antropologia na agenda social a partir da minha trajetória de pesquisa no campo da “violência”. Afinal, como na clássica narrativa de *A carta roubada*, de Edgar Allan Poe, em que o perspicaz detetive recupera o objeto roubado considerando que o ladrão, em vez de escondê-lo em lugares improváveis e de difícil acesso, pode deixá-lo em lugar demasiadamente evidente e, assim, torná-lo invisível para o observador, os lugares da Antropologia nos estudos da “violência” constituem a parte mais evidente e menos visível da nossa ligação com a agenda social.

Os lugares a que estamos nos referindo envolvem questões complexas com implicações ética e políticas que exigem um diálogo franco e aberto internamente na disciplina e uma postura efetivamente dialógica e cooperativa com os nossos interlocutores de pesquisa. Por isso, considero da maior importância para o desenvolvimento dos estudos das violências, justiça e direitos humanos, a reflexão sobre a produção antropológica com um espaço para a “observação dos observadores observando” (RABINOW, 2003). Em outros termos, a discussão sobre os lugares da Antropologia é aqui entendida como uma condição essencial para o autoconhecimento e reflexividade do próprio campo que pode/deve orientar o fazer antropológico – o que me parece apontar uma saída importante para a solução dos impasses entre esteticização e indignação, a que as pesquisas no nosso campo parecem condenadas. Assim, cabe colocar em debate, desde logo e permanentemente, a dupla injunção da Antropologia: monitorar o respeito a direitos e investigar suas práticas e fundamentos, como bem observou Messer (1993).

A complexidade das temáticas da violência, justiça e Direitos Humanos não reside apenas na diversidade de eventos e fenômenos (mortes violentas, drogas, crime organizado, massacres, violência de gênero, lutas por reconhecimento, acesso à justiça, luta contra a impunidade, entre tantos outros), mas nos atravessamentos políticos e éticos da pesquisa, nos lugares que ocupamos e desejamos ocupar no cenário político. Tal complexidade se espelha na condição problemática

da antropologia engajada e nos modos como atuamos na qualidade de *experts* (laudos e perícias), nas “assessorias”, na “antropologia humanitária” etc., mas também nas atividades em comitês de ética, participação em órgãos governamentais e entidades dos movimentos sociais. Cada atuação tem suas próprias especificidades e, por isso, está longe de o presente texto propor algo como um novo lugar para a Antropologia; o que objetivamos aqui é desenhar lugares que, a partir de nossas experiências de pesquisa, entendemos que ocupamos, nem sempre de modo consciente e planejado, na construção da narrativa do tempo presente. Ou seja, nos perguntamos sobre quais narrativas reforçamos, que posicionamentos assumimos e qual o lugar de fala reivindicamos? Será possível sair do *script* da indignação? Como criar uma narrativa não moralizante nem contratualista que apenas venha reforçar a volúpia punitiva atualmente dominante no campo da produção da justiça?

Para conferir concretude aos argumentos avançados até aqui, tomemos como ponto de partida os Direitos Humanos: qual narrativa atravessa e estrutura nossos trabalhos no campo da violência, justiça e Direitos Humanos sobre o Brasil hodierno? Podemos afirmar categoricamente que o cenário político-social brasileiro nas duas últimas décadas está marcado por uma significativa ampliação do sistema protetivo de direitos? Sabendo que seria sem sentido propor uma resposta geral para essas questões, exponho aqui uma visão baseada nas atividades que tenho desenvolvido no campo dos Direitos Humanos no últimos anos.² Atualmente, é evidente que há mais leis e instituições voltadas para a promoção e garantia dos direitos no Brasil. Há mais debates e entidades organizadas atuantes. O país é signatário dos mais importantes pactos, acordos e convenções internacionais. Temos uma legislação reconhecida internacionalmente como “avançada”, como é tipicamente o caso do Estatuto da Criança e Adolescente. O Estatuto do Idoso também é um marco importante. A Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, também desperta a atenção dos pesquisadores internacionais pelo modo

² Trata-se de um conjunto de atividades desenvolvidas em projetos de pesquisas e de extensão, além de orientações acadêmicas, participação no Comitê de Ética da ABA, na Associação Nacional de Direitos Humanos, Pesquisa e Pós-Graduação (ANDHEP), coordenação do projeto Educação e Direitos Humanos em Santa Catarina – SECAD/MEC-SEDH, fundação do Comitê de Educação e Direitos Humanos de Santa Catarina, atuação no desenvolvimento de diretrizes para a Educação em Direitos Humanos para o MEC.

sistêmico como aborda a questão da “violência de gênero”.³ Nesse quadro deve-se destacar também o intenso trabalho organizativo e propositivo das ONGs. O quadro da narrativa dos “avanços” se consolida institucionalmente com a criação da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, em 1997, e seus Programas Nacionais de Direitos Humanos e de Educação em Direitos Humanos, replicados nos municípios e estados. Também se consolida com as conferências municipais, estaduais e nacionais de segurança, dos direitos das pessoas portadoras de deficiência, de conselhos municipais, estaduais e nacionais de direitos da pessoa idosa, da pessoa portadora de deficiência, da mulher, da criança e adolescente.

No seu conjunto, os elementos destacados acima compõem um cenário marcado por lutas sociais e pela “democratização institucional” que fizeram convergir a multivocalidade da *expertise* e da militância política, gerando textos normativos e criando instituições a eles ligadas que apontam para o caráter central que ocupam as lutas por reconhecimento, especialmente, por direitos na sociedade contemporânea. Há “avanços” por todos os lados, e os Direitos Humanos se tornaram ícone das lutas sociais. A defesa e a promoção dos Direitos Humanos hoje estão presentes nos textos normativos e nas instituições. Os Direitos Humanos no Brasil vêm se tornando o fio com o qual se tece e se recompõe o próprio “tecido social”, impondo-se de *per se* como elemento central da agenda política. Os Direitos Humanos dão fundamento, coerência e legitimidade aos movimentos sociais e às próprias políticas públicas.

No entanto, não há como falar em “avanços” sem fazer menção ao fato de que ao lado deles persistem graves violações dos Direitos Humanos. Para cada elemento virtuoso há um contraponto na prática cotidiana. O sistema prisional, por exemplo, é certamente o mais visibilizado. De um modo mais amplo, as desigualdades sociais e o desrespeito aos próprios direitos também são partes desse contraponto, assim como as chamadas “dificuldades” e “impasses” na promoção da equidade social no Brasil.

Não me proponho a relatar problemas específicos; cada qual saberá melhor fazê-lo na sua área de atuação. Interessa-me, sim, elucidar um contexto geral para tais “dificuldades” e “impasses”. De fato, no Brasil, no campo dos Direitos Humanos, são recorrentes as queixas sobre “falta de meios” e de recursos para implementar políticas públicas,

³ Cf. BRASIL, 2006.

a “falta de vontade política”, ou mesmo o simples cumprimento de determinações legais. Vivemos num hiato, num cenário entre “avanços” e “violações”, no qual toda conquista desvela sempre a outra face. É o que poderia chamar o “paradoxo brasileiro dos Direitos Humanos”; porém, tal expressão parece simplificar questões importantes e aproxima-se de um discurso naturalizado, uma espécie de retórica recorrente que se impõe automaticamente como “avaliação” do momento social brasileiro. Como venho procurando mostrar nos meus trabalhos, o “paradoxo” tornou-se uma espécie de categoria “autoexplicativa” que coloca à margem questões centrais para o debate político. Para começar, lembro que “problemas”, “paradoxos”, “dilemas”, “contradições” para os quais convergem as explicações do “paradoxo brasileiro” pressupõem, implícita ou explicitamente, a sua superação, uma solução, em uma palavra uma síntese que permitiria superar o quadro atual. Creio que a dialética envolvida aqui não nos permite pensar numa síntese. Na verdade, proponho tratar tais questões como aporias, o que nos permitirá colocar em suspensão conceitos-chave como “violência” e “justiça” sem nos tornamos reféns de uma homogeneidade pressuposta, diante da pluralidade e das disputas em jogo pela definição de modos de conceber e vivenciar direitos e justiça, além de nos possibilitar sair do “impasse” entre esteticização ou engajamento como apontado anteriormente (RIFIOTIS, 2008b, 2011).

No campo dos Direitos Humanos, pelo menos desde 1998, quando tivemos a primeira Comissão de Direitos Humanos da Associação Brasileira de Antropologia, a Antropologia vem colocando uma série importante de questões, “problemas”, “contradições”, “dilemas”, “paradoxos” relativos aos Direitos Humanos e ao acesso à justiça.⁴ Pode-se considerar que os esforços realizados até o presente momento consolidaram o lugar da Antropologia nos debates sobre Direitos Humanos; falta-nos, talvez, dar um passo mais crítico. Afinal, consideradas em conjunto, as “questões” expostas aqui configuram tipicamente aporias, sobretudo nos debates recorrentes entre universalismo e relativismo, costume e lei, volúpia punitiva/prisão, cosmopolitismo, institucionalização dos movimentos sociais, a

⁴ Refiro-me aos cinco volumes da coleção intitulada “Antropologia e Direitos Humanos” e, mais recentemente, ao volume “Antropologia e Direito. Temas Antropológicos para Estudos Jurídicos” que demonstram o compromisso da Antropologia com o campo dos Direitos Humanos.

judicialização das relações sociais.⁵ Mais radicalmente, não seria hora de enfrentarmos os debates sobre a condição de imperativo categórico que os Direitos Humanos vêm ocupando na agenda social brasileira?

Pelas razões apontadas acima, considero importante revermos os termos nos quais os debates sobre violência, justiça e Direitos Humanos têm sido colocados e quais suas implicações políticas para uma possível mudança dos debates. Procuo, a seguir, trabalhar três eixos articulados da questão envolvendo moralidade, judicialização e vitimização.

Violência, violências e moralidade

Nos últimos anos temos procurado consolidar uma reflexão sobre o campo das violências fundamentalmente em torno da ideia da construção social da “violência”, ou seja, a sua leitura como objeto e como problema, a identificação de uma gramática moral que lhe dá suporte e que está baseada na negatividade, homogeneização e exterioridade (RIFIOTIS, 1997, 199, 2008a, 2008b, RIFIOTIS, CASTELNUOVO, 2011). Lembremos que:

“Violência” é uma palavra singular. Seu uso recorrente a tornou de tal modo familiar que parece desnecessário defini-la. Ela foi transformada numa espécie de significante vazio, um artefato sempre disponível para acolher novos significados e situações. O seu campo semântico tem uma regra de formação: a constante expansão. A aparente unidade deste termo resulta de uma generalização implícita dos diversos fenômenos que ela designa sempre de modo homogeneizador e negativo. (RIFIOTIS, 1999, p. 28).

Colocar em suspensão o termo “violência” tem nos permitido refletir sobre o campo conceitual e sua matriz moral que estão implícitos na negatividade que lhes é aplicada também como uma espécie de dever-ser, de princípio geral de conduta, obliterando-se, assim, a própria determinação simbólica do significante e a metáfora contratualista que a fundamenta. Os nossos estudos sobre “violência intrafamiliar” e de gênero têm sido importantes para consolidar a ideia de que mesmo uma tipologia que procura sublinhar o caráter polifônico da “violência” é

⁵ Trata-se de problemas trabalhados em outra publicação que aqui lembro apenas para sublinhar a necessidade de sairmos do debate dos termos, mudando os termos do debate (RIFIOTIS, 2008b, 2011).

refém da mesma gramática e que os efeitos produzidos pela adjetivação engendram uma espécie da substantivação da “violência”:

A primeira consequência da reflexão crítica sobre o campo da “violência”, aplicada às discussões sobre gênero e família, seria então nos perguntarmos sobre os limites e efeitos produzidos por noções recorrentes nos nossos trabalhos em “violência intrafamiliar” e “violência conjugal” ou “violência de gênero”. Pode-se considerar, por exemplo, que a expressão “violência conjugal” tem na sua composição uma categoria descritivo-qualificadora; “violência”, é um substantivo que tem uma função qualificadora e que passa nessa expressão por uma operação linguística deixando de ser uma qualificação, para tornar-se – no mesmo movimento – uma realidade substantiva. Tal operação discursiva instaura para o pensamento uma nova realidade que passa a ser descrita e qualificada como “violência conjugal”. Tal processo pode ser estendido a um vasto conjunto de expressões em curso que operam justamente a substantivação da “violência”. (RIFIOTIS, 2008a, p. 226-227).

Nesse quadro, é fundamental ter-se em conta que há uma significativa expansão do campo semântico das violências e uma crescente especialização dos saberes socialmente reconhecidos como “competentes”, o que tem implicações na noção de justiça e na atuação dos tribunais. Em trabalhos anteriores, procuramos delimitar o quadro teórico dos estudos sobre as violências, sublinhando particularmente as dificuldades e os dilemas éticos enfrentados pelos pesquisadores para não reduzir o estudo a um discurso exclusivamente denunciatório (RIFIOTIS, 1997, 1999, 2008a, 2008b). Procuramos nesses trabalhos sistematizar as matrizes teóricas básicas para um discurso analítico sobre as violências, tomando como referência as contribuições teóricas de Georg Simmel, Georges Sorel, Max Gluckman, Pierre Clastres, Hannah Arendt, Michel Maffesoli, René Girard, Walter Benjamin, Jacques Derrida, Jack Katz, John Keane e autores brasileiros como Alba Zaluar, Luiz Eduardo Soares, Sérgio Adorno, Roberto DaMatta, entre outros, sempre procurando compreender a contribuição de cada trabalho na composição de referenciais teóricos para o estudo das violências.

De um ponto de vista geral, acreditamos que é possível afirmar que o campo de estudos das violências, pela sua visibilidade social, por seus atravessamentos políticos e éticos, incorporando e dialogando permanentemente com a agenda social, tornou-se um território estra-

tégico para os discursos da contemporaneidade (KEANE, 2000). Hoje, os estudos das violências ocupam um lugar central na definição da nossa visão de mundo; eles são como instrumentos analíticos com os quais lutamos pela posse do tempo presente, pela compreensão das experiências contemporâneas, com seus mundos marginais, sua dimensão episódica e fragmentária, num tempo marcado pela diferença e contingência, pela falta de finalidade das formações sociais.

As violências, sob as suas múltiplas formas, são um domínio da experiência social que permeia as brechas da crise da modernidade e a busca de alternativas interpretativas para as sociedades contemporâneas e permitem colocar em perspectiva os projetos racionalizantes e contratualistas modernos, no sentido que tenho defendido quando afirmo que a “violência” é ícone da crise da modernidade (RIFIOTIS, 1999).

Nas duas últimas décadas, os estudos e as intervenções sociais no âmbito da “violência” têm-se multiplicado enormemente e têm acumulado valiosas informações e experiências no campo das políticas chamadas de inclusão, judiciárias e policiais. No entanto, os impasses teóricos persistem e vêm se acumulando sem que tenhamos avançado na discussão do “paradigma da violência” (WIEVIORKA, 1997, 1999, 2005). O mesmo observamos nos problemas encontrados pelos agentes sociais responsáveis pela promoção da cidadania e da segurança pública e justiça, os quais continuam atuando marcadamente na linha da judicialização, quando não da simples repressão. Os impasses sociais nesse campo têm levado a um crescente descrédito na capacidade de intervenção social.

Nossa experiência no campo da “violência” e das práticas policiais e jurídicas têm apontado para a necessidade de uma revisão teórica desse campo de estudo. Entendemos que “violência” é uma espécie de problema social herdado pelas Ciências Sociais e para o qual não temos ainda um quadro teórico para a sua análise que ultrapasse os discursos do próprio social, ou seja, a indignação, a exterioridade, a homogeneização e a negatividade do complexo e heterogêneo “conjunto” de fenômenos abrangidos pela noção. Neste artigo enfatizo a necessidade de repensarmos as matrizes de socialidade⁶ nos seus modelos atuais e procurarmos tirar as consequências teóricas que nos permitam superar os limites atualmente colocados e discutir novas direções de intervenção social. Acredito que possamos afirmar que a análise das pesquisas no

⁶ Evito aqui o termo “sociabilidade” e sua conotação que chamaria de contratualista, seguindo a crítica feita por Strathern (1999).

campo da “violência” tem apontado para a necessidade de uma revisão teórica desse campo de estudo, pois conceitualmente, ainda há uma forte marca da sua origem como “problema social em contraposição à falta de um quadro conceitual que ultrapasse os discursos do próprio social, ou seja, a indignação, a exterioridade, a homogeneização e a negatividade do complexo “conjunto” de fenômenos abrangidos no termo “violência” (RIFIOTIS, 1997, 1999, 2008b). Defendo ainda que é necessário aprofundarmos o debate teórico sobre a “violência” e Direitos Humanos, articulando-o com a dimensão moral de nossa implicação com os nossos interlocutores e a dimensão ética da pesquisa. Entendemos que “a violência” encontra-se atualmente numa “crise de paradigma”, sobretudo no que tange a noções como “exclusão”, “pobreza”, “periferia”, “grupos jovens”, ou mesmo “masculinidade” e o “*ethos* guerreiro” etc., quando tomadas como categorias autoexplicativas. Trata-se de modelos explicativos cujos limites já foram atingidos e que não têm permitido uma leitura renovada das formas de socialidade contemporânea e, portanto, encontram-se esgotados de antemão na sua capacidade analítica e mesmo propositiva, sobretudo, porque a gramática analítica é caudatária da semântica jurídica, tipicamente no vocabulário “vítima”, “agressor” e suas polaridades. Isso nos remete ao próximo eixo do artigo: a judicialização das relações sociais.

No âmbito das pesquisas realizadas no LEVIS, podemos afirmar que repensar a “violência” tem importantes implicações no campo político e, sobretudo, desdobramentos na análise das agências e dos atores sociais envolvidos. Portanto, cabe ainda destacar que as discussões sobre as configurações do sujeito contemporâneo são centrais para compreendermos os debates em torno da vitimologia e da exclusão dos atores de atos ditos “violentos” (“monstros”, o outro radical da *nossa* humanidade) que seriam estrangeiros ao cenário das relações sociais e sua apreensão apenas na forma de “agressor”. Assim como, no outro polo, teríamos o “sujeito-vítima” como duas configurações de sujeito. Entendo que se trata de uma armadilha, um encapsulamento na estética normativa penal, num dever-se e, no limite, numa ortopedia social.

Judicialização das relações sociais

O ponto de partida para chegar à pertinência da noção de “judicialização das relações sociais” foram pesquisas etnográficas realizadas nas delegacias da mulher de João Pessoa e Florianópolis,

anteriores à Lei nº 11.340/2006, chamada Lei Maria da Penha, e os estudos que fazemos sobre as políticas de enfrentamento da “violência de gênero” no Brasil e no Canadá (RIFIOTIS, 2004, 2008b, 2012).

Numa primeira aproximação, defini a judicialização nos seguintes termos:

[...] a “judicialização” é como um conjunto de práticas e valores, pressupostos em instituições como a Delegacia da Mulher, e que consiste fundamentalmente em interpretar a “violência conjugal” a partir de uma leitura criminalizante e estigmatizada contida na polaridade “vítima-agressor”, ou na figura jurídica do “réu”. A leitura criminalizadora que apresenta uma série de obstáculos para a compreensão e intervenção nos conflitos interpessoais é teoricamente questionável, não corresponde às expectativas das pessoas atendidas nas delegacias da mulher e tampouco ao serviço efetivamente realizado pelas policiais naquelas instituições. (RIFIOTIS, 2004, p. 89).

A noção de judicialização vem se difundindo nas Ciências Sociais e ocupando uma posição central da análise social. Como bem apontam Maciel e Koerner (2002), essa noção tem sido utilizada para indicar efeitos da expansão do Poder Judiciário no processo decisório das democracias, definindo-se mais tipicamente como “judicialização da política”.⁷

Gostaria de lembrar aqui o trabalho de Luiz Werneck Vianna, que, seguindo as pistas de Antoine Garapon, trata a judicialização das relações sociais nos seguintes termos:

[...] mulheres vitimizadas, aos pobres e ao meio ambiente, passando pelas crianças e pelos adolescentes em situação de risco, pelos dependentes de drogas e pelos consumidores inadvertidos –, os novos objetos sobre os quais se debruça o Poder Judiciário, levando a que as sociedades contemporâneas se vejam, cada vez mais, enredadas na semântica da justiça. É, enfim, a essa crescente invasão do direito na organização da vida social que se convencionou chamar de judicialização das relações sociais. (VIANNA, 1999, p. 149).

⁷ Apenas para citar um exemplo corriqueiro, lembro os recentes eventos no cenário nacional brasileiro que colocam a questão de modo contundente mostrando como o debate político se traduz em disputas – amplamente divulgadas (e midiáticas) – entre juízes do Supremo Tribunal Federal.

A judicialização é um processo atual e controverso que tem se revelado um campo promissor para a compreensão das sociedades contemporâneas, especialmente no que tange às políticas públicas e à prevalência das intervenções jurídicas. Os processos ligados à judicialização incluem as lutas no campo dos Direitos Humanos e sua tradução normativa (RIFIOTIS, 2008a), assim como, por exemplo, a Lei nº 11.340. A judicialização não é apenas um contexto em que eventos e comportamentos ocorrem, mas um enquadramento geral em que se formam os próprios eventos e comportamentos. Logo, a discussão sobre judicialização procura, portanto, elucidar um contexto para os contextos da centralidade jurídica, das lutas de reconhecimento centradas nos “ganhos jurídicos”, da institucionalização dos Direitos Humanos, do lugar do legislativo, do protagonismo de Estado e das políticas públicas fundadas nos “direitos violados” (RIFIOTIS, 2008b, 2007).⁸ Trata-se de uma matriz fundamental para a compreensão da sociedade brasileira contemporânea, que marca a passagem de discursos e práticas voltados para os direitos do sujeito.

A ênfase das políticas públicas no Brasil não estaria cada vez mais voltada para os “direitos violados”, focando-se nos direitos do sujeito? Não estaria havendo uma inversão capital que nos parece um “ganho” (muitas vezes normativo), mas que invisibiliza os problemas da dimensão vivencial dos sujeitos? Assim como as políticas de estado, as lutas sociais não estão cada vez mais se concentrando nos “ganhos” normativos? Como podemos nos posicionar nesse campo de luta política? Uma primeira resposta vem da ideia de “dádiva ambivalente” que pode representar o reconhecimento normativo, como nos referimos em outro trabalho (RIFIOTIS, 2014b). Porém, há questões fundamentais para as políticas públicas que apenas me permito colocar em debate, pois, como destacou muito corretamente Butler (2009), a norma não constitui o sujeito como seu efeito necessário. A norma inaugura a reflexividade do sujeito e dá a ele uma forma reconhecida/legitimada socialmente. Para complexificar: a norma é um dispositivo no sentido foucaultiano, ou seja, não apenas um mecanismo de coerção, mas a própria possibilidade de reação e emergência de sujeitos. Tomando uma certa liberdade metafórica, diria que se trata de um equivalente do clássico “Princípio de Arquimedes” ou “Teoria

⁸ A centralidade, às vezes exclusividade, da intervenção jurídica nas relações sociais circunscreve modos de pensar e agir socialmente aceitáveis, abstratos, delimitando lugares fixos para os sujeitos que me interessa aqui discutir.

da Alavanca Simples”: “Dai-me um ponto de apoio e uma alavanca, e eu moverei o mundo”.⁹

Para mim, a judicialização implica configurações de sujeitos constituídas de modo antecipatório a partir da ideia de “direitos violados” e/ou “vulnerabilidade” (miséria, abandono, maus-tratos etc.). Nessa chave, a potência de ação dos sujeitos parece tornar-se secundária, quando não é obliterada. Sem pretender voltar aos argumentos já avançados nos textos referidos acima, seria interessante lembrar a tensão existente entre a figura do sujeito de direito, ao qual se dirige o ordenamento jurídico (para atribuir o exercício de direitos e responsabilidade) e o cumprimento de obrigações, com os múltiplos e contingentes processos de subjetivação. Esse tem sido ponto central das minhas pesquisas para pensarmos como as configurações de sujeito dadas pelo discurso jurídico podem tornar-se objetos da pesquisa antropológica, naturalizando-se a singularidade do sujeito e de suas experiência

Sujeito-vítima

O campo em que atuamos envolve centralmente questões ligadas ao Direito; por essa razão, é fundamental lembrar que “sujeito de direito” é uma figura central que se refere a uma faculdade subjetiva de exercício

⁹ Abordei tais questões em trabalhos anteriores: 1) A primeira referência à noção de judicialização da violência foi artigo sobre a Delegacia da Mulher na *Revista Estado e Sociedade*, UnB, 2004 (RIFIOTIS, 2004). 2) Em “Judicialização das relações sociais e estratégias de reconhecimento: repensando a ‘violência conjugal’ e a ‘violência intrafamiliar’”. *Revista Katálisis* (RIFIOTIS, 2008a), procurei articular as lutas de reconhecimento (HONNETH, 2003) e judicialização das relações sociais. 3) As aporias foram apresentadas em “Direitos Humanos e outros direitos: aporias sobre processos de judicialização e institucionalização de movimentos sociais”, no livro que organizei com Thiago Hyra intitulado *Educação em Direitos Humanos: discursos críticos e temas contemporâneos* (RIFIOTIS, 2011a). Em “Direitos humanos: sujeito de direitos e direitos do sujeito” (RIFIOTIS, 2007), procurei mostrar a importância de refletirmos sobre o sujeito, pensando nas configurações de sujeito envolvidos nos debates sobre “violência” e Direitos Humanos. Tomei como emblemático naquele trabalho a história de João e Maria, que os Irmãos Grimm tornaram mundialmente conhecida e as novas edições tornaram, se posso me permitir “mais palatável”. Procurei mostrar que a nossa leitura atual daquela narrativa está enviesada pela percepção das crianças como vítimas às quais prestamos pouca ou nenhuma agência, no sentido de Ortner (2007a, 2007b). Pouca ênfase se dá ao modo como João e Maria reagem ao abandono, como enganam e matam a “bruxa”, apropriando-se dos bens que encontram na casa dela. Suas estratégias e ação desaparecem, sobretudo as de Maria. A leitura hodierna centra-se exclusivamente nas vítimas, obliterando-se a capacidade de ação expressa e realizada por elas na narrativa.

dos direitos e deveres, pressupondo uma espécie de aptidão para ser titular de direitos e devedor de prestações. “Sujeito de direito”, “pessoa jurídica”, é entendido como indivíduo autônomo e racional ou incapaz e tutelado. É uma noção atravessada pela dimensão moral e política para ser também jurídica.

O sujeito dos direitos remete ao campo teórico e político dos fundamentos da ação social e, portanto, não se reduz à uma entidade fixa e já dada. Considero que falar em sujeito de direitos remete a uma construção histórica e analítica característica de um importante movimento teórico e político que se poderia chamar “a volta do sujeito”. Essa “volta”, nas Ciências Sociais, a partir dos anos 1980, torna-se um marco da maior importância, pois recoloca o lugar do sujeito, ou melhor, a relação entre a estrutura e a “intervenção humana” (ORTNER, 1993). De fato, cada vez mais as Ciências Sociais têm-se defrontado com a prevalência do conceito de agência sobre o de sociedade. Segundo Castro (2002), há uma ênfase atualmente na:

[...] pragmática das agências capazes, em teoria, de promover uma recuperação do sujeito ou agente sem cair no subjetivismo ou no voluntarismo. [...] Em suma: crise da “estrutura”, retorno do “sujeito”. Tal retorno pôde se mostrar teoricamente alerta, como nas propostas que parecem estar desembocando em uma auspiciosa superação das antinomias sócio-cosmológicas do Ocidente. Mas ele significou também, em não poucos casos, uma retomada nostálgica de várias figuras em boa hora rejeitadas pelos estruturalismos das décadas recém-passadas: filosofia da consciência, celebração da criatividade infinita do sujeito, retranscendentalização do indivíduo etc. (CASTRO, 2002, p. 16).

Apesar de que a retomada do sujeito pode trazer de volta debates considerados superados, como apontou Castro (2002), refletir a partir da chave analítica do sujeito e, em particular, de sujeito de direitos, implica o resgate da ação e das práticas sociais como elementos centrais da análise. É a dimensão pragmática, a agência do sujeito que se procura problematizar. Para marcar mais claramente a questão, lembramos que a agência, nessa perspectiva, torna-se uma espécie de matriz que o sujeito internaliza, mas também reflete sobre e (re)age em relação a ela. Nas palavras de Ortner (2006, p. 110):

In particular I see subjectivity as the basis of “agency”, a necessary part of understanding how people (try to) act on the world even as they are acted upon. Agency is not some natural or originary will; it takes

*shape as specific desires and intentions within a matrix of subjectivity
– of (culturally constituted) feelings, thoughts, and meanings.*

Quando me refiro a “sujeito de direitos”, busco pensar mais efetivamente na condição de sujeito e sua agência. O sujeito não se reduz a um ator com um *background* a partir do qual ele organiza e realiza as suas práticas. O sujeito é aquele que atua diante das lógicas externas, avaliando-as e situando-as, identificando e operando sobre contradições que estas geram em outros contextos. Sujeito não é ator, não é indivíduo.¹⁰ Sem podermos avançar numa revisão conceitual, que certamente seria importante numa argumentação específica, chamamos a atenção para a possibilidade de revisitar essas categorias procurando mostrar a ênfase e as propriedades que cada uma delas permite e limita. No presente texto, apenas podemos avançar na ideia da agência do sujeito, buscando identificar as implicações e problemas que tal opção aponta para os Direitos Humanos. Em resumo, quero lembrar, como afirmei em outro lugar, que “[...] a configuração do sujeito está em estreita correspondência com um jogo tácito, uma estratégia de estar no mundo que tem implicações sobre o exercício de cidadania e que não pode estar ausente no debate sobre Direitos Humanos (RIFIOTIS, 2007, p. 239-240).

A questão que estamos esboçando aqui refere-se a uma pergunta mais ampla relacionada ao modo de produção da vitimização e da sua problematização. Entendemos o alcance e a dificuldade de enfrentar os desdobramentos de tal questão. Antes de mais nada, digamos que o que chamamos de “sujeito-vítima” é uma referência conceitual ligada a uma economia moral, e a uma antropologia moral, no sentido de Fassin (2008), na qual também os pesquisadores estão imersos, e é nessa condição que ela deve ser utilizada. “Sujeito-vítima é, então, uma construção epistêmico-política com a qual precisamos aprender a dialogar para situar os nossos próprios trabalhos sobre violência, justiça e Direitos Humanos. Aliás, como lembra o próprio Didier Fassin num trabalho publicado com Richard Rechtman intitulado *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime* (2007), falar em vítima atualmente é remeter-se, direta ou indiretamente, à noção de trauma. Essa é a noção difundida pelos psiquiatras que produziu, após

¹⁰ Tampouco esta noção se confunde com a de pessoa. Na longa tradição antropológica deste debate, interessa aqui lembrar que a categoria “pessoa” é seminal e apresenta, ainda hoje, enorme complexidade teórica, como no clássico texto de Mauss (1974) “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção de ‘Eu’” ou na noção de “divíduo” (STRATHERN, 2006).

os anos 1950, uma inversão radical no modo de conceber a vítima e a vitimização, pois se antes a vítima e o seu sofrimento eram vistos com desconfiança, através da noção de trauma constrói-se uma verdade sobre a continuidade temporal do sofrimento, que se torna uma verdade inconteste e um objeto inconteste da análise e das políticas sociais.

Os estudos de Fassin (2010) e Fassin e Retchman (2007) sobre a economia moral e a condição de vítima trazem uma contribuição fundamental para uma leitura renovada da dimensão moral nos estudos da “violência” que há vários anos temos procurado desenvolver (RIFIOTIS, 2008a, 2008b). As nossas interrogações sobre a “violência” como categoria descritivo-qualificadora e sua relação com a moralidade e os limites da leitura dicotômica da “vítima-agressor”, a partir da leitura dos trabalhos de Didier Fassin, ganha uma nova formulação: o “sujeito-vítima” como ícone de uma nova economia moral na qual estamos imersos e a partir da qual nomeamos a própria condição de vítima. Apenas para trazer uma referência no campo da judicialização, a contribuição de Fassin ultrapassa a mera crítica, a denúncia de limites e impasses próprios da tipificação penal, das fronteiras que separam a causa do caso, a obliteração da dimensão vivencial da “violência”, a leitura estigmatizante dos sujeitos. Ela nos situa como produtores de uma moralidade com suas ambiguidades e riscos, inclusive políticos, como ele bem lembra no texto publicado com Rechtman:

Il est aujourd'hui de bon ton, à propos des demandes de reconnaissance des victimes de l'apartheid, de la traite ou de la colonisation, de dénoncer une "ncurrence des victimes", de même qu'il est d'usage – à propos des femmes subissant le harcèlement sexuel de leurs collègues ou de leurs supérieures, des jeunes discriminés à l'embauche en raison de leur couleur de peau ou de leur patronyme, et plus généralement de celles et ceux qui transforment leurs revendications en plaintes – de se gausser d'une tendance à la victimisation. Nous n'acceptons pas d'entrer dans cette lecture, qui n'est au fond qu'une manière sophistiquée mais classique de pratiquer le déni à l'encontre des inégalités et des violences. (FASSIN; RECHTMAN, 2007, p. 408).

Escapando de uma postura objetivista que em nome de um pressuposto rigor epistêmico ou ética deixaria a moral de lado, Fassin (2008) faz, ao contrário, uma defesa política da antropologia moral, fazendo prevalecer uma vontade de diálogo com os nosso interlocutores de pesquisa a partir do nosso lugar de fala.

Quais as consequências da consciência do mecanismo discursivo e político do trauma sobre o nosso trabalho e nosso diálogo com movimentos sociais, assessoramento a órgãos de estado, na nossa análise? Como estabelecer um diálogo com os movimentos sociais e suas lutas por reconhecimento fundadas na vitimidade?

Considero emblemáticos para essa discussão os trabalhos de Oliveira (2008) por nos questionar sobre o lugar das moralidades na tradução jurídica dos litígios e na compreensão dos sujeitos que deles tomam parte.¹¹ Portanto, mais do que denunciar uma falta nas práticas jurídicas, por exemplo, no campo da “violência de gênero”, creio que seria mais produtivo apontar a existência de um resto da produção da justiça. Um resto que parece persistir para além dos quadros normativos específicos. Um resto em que se misturam em graus distintos justiça, direito, política e moral (RIFIOTIS, 2012).

“Resto” é o que escapa à polaridade vítima-agressor. É a dimensão relacional dos conflitos. Quando me refiro a um “resto”, penso não apenas naquilo que foi obliterado pelo processo de tradução, a redução a termo, mas na gramática das práticas de produção da justiça e como estas operam a impossibilidade de lidar com o vivencial e seus múltiplos atravessamentos.¹² Os “restos” também envolvem os conceitos e teoria e as questões éticas da pesquisa e da intervenção social. Afinal, cabe lembrar que os estudos de produção da justiça não estão povoados exclusivamente por legisladores, textos normativos, instituições e operadores do direito.¹³ O estudo dos modos de produção de justiça

¹¹ Penso aqui especialmente em “Existe violência sem agressão moral?” (OLIVEIRA, 2008).

¹² Na perspectiva que tenho adotado na análise da centralidade do campo normativo nas lutas sociais, enfatizo que, por um lado, ela é vetor de acesso à justiça, de visibilidade social, de reconhecimento e de promoção da equidade; por outro, afirma uma forma de politização da justiça baseada nos direitos dos sujeitos. É, portanto, dando continuidade a tais argumentos que apresento aqui uma releitura de trabalhos anteriores que enfocam a judicialização das relações sociais no campo da “violência de gênero” e problematizando a estratégia da chamada “politização da justiça”. Considero “politização da justiça” em termos do reconhecimento de que instituições como a Delegacia da Mulher e mais recentemente a Lei Maria da Penha são expressões de lutas sociais no sentido de promoção do acesso à justiça e da agenda igualitária feminista (DEBERT; GREGORI, 2008). Trata-se como da conquista de “ganhos jurídicos” e da “aposta” numa potência transformadora da normatividade e no sistema de justiça criminal.

¹³ Cf. o artigo de Roberts e Pires (1992) sobre as mudanças do Código Penal canadense em 1993 no campo das agressões sexuais, com um aumento das penas e a eliminação das categorias “estupro” e “atentado ao pudor” e seus vieses sexistas; elas produzem uma

possibilita um retorno importante sobre os sujeitos como agentes sociais.

Considerações finais

Em conclusão, gostaria de repensar a dupla injunção da Antropologia: monitorar e investigar práticas e fundamentos da justiça e dos Direitos Humanos, e a nossa participação nas lutas sociais e na construção de políticas públicas como *experts* da “violência” e dos Direitos Humanos. Para tanto, volto a afirmar que o objetivo do presente texto é apontar a pertinência de situarmos o lugar da pesquisa e do pesquisador num campo temático atravessado por questões conceituais, éticas, políticas e morais.

Por isso, voltando à questão inicial dos lugares da Antropologia, para nos inscrevermos na agenda pública como atores de novas ortopedias sociais, devemos problematizar o duplo movimento de entrada da política na pesquisa e da pesquisa na política. O que certamente pode ser produtivo, mas parece que tal relação seria ainda mais promissora se compartilhássemos nossas experiências não apenas entre nós, mas com nossos interlocutores de pesquisa.¹⁴

Para finalizar, cabe reafirmar que o texto pretendeu trazer para o debate uma questão urgente, mas que precisa ser equacionada e que aqui foi possível apenas apontar suas grandes linhas. São questões que apenas começamos a entrever e cujo alcance parece hoje ser maior do que aquele que entrevia no ponto de partida. Se pode parecer um exercício paralisante para alguns, para mim elas funcionam como uma janela que permite, sobretudo, considerar o confronto aqui desenhado como heurístico no sentido de uma antropologia moral como a define Fassin (2008). Em resumo, dentre todas as questões levantadas e que precisam

“ambiguidade simbólica”. Ou ainda mais especificamente, sobre a entrada da “opinião pública” no domínio jurídico, o trabalho de Pires (2004) intitulado “A racionalidade penal moderna, o público e os Direitos Humanos”.

¹⁴ O escopo de questões abordadas mostra a relevância de trabalharmos numa perspectiva crítica, visando desenvolver estratégias de pesquisa éticas e engajadas. Pretendemos em trabalhos futuros ampliar a perspectiva analítica aqui adotada em duas vertentes complementares: a ideia de uma “antropologia diplomática” (LATOURE, 2004), defendendo a ideia de que a pauta e os sentidos do que é relevante não nos pertencem e nem estão dados de início, mas são resultados possíveis da interlocução, e a necessidade de a pesquisa manter-se num estado de permanente autorreflexão e numa postura que valorize a simetriação.

ser trabalhadas especificamente, destaco uma de ordem mais geral que poderia estar presente nos nossos debates sobre os fundamentos dos Direitos Humanos e que é consequência dos atravessamentos que colocamos em debate: como operar analítica, política e eticamente entre a solidariedade, a vitimização e a agência do sujeito?

Referências

BRASIL. *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 20 jul. 2012.

BUTLER, J. *Dar cuenta de sí mismo: violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.

OLIVEIRA, L. R. Existe violência sem agressão moral? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 23, n. 67, p. 135-146, 2008.

DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 165-185, 2008.

FASSIN, D. Beyond good and evil? Questioning the anthropological discomfort with morals. *Anthropological Theory*, v. 8, n. 4, p. 333-344, 2008.

_____. *La raison humanitaire. Une histoire moral du temps présent*. Paris: Gallimard; Seuil, 2010.

FASSIN, D.; RECHTMAN, R. *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion, 2007.

HONNETH, A. *Lutas por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.

KEANE, J. *Reflexiones sobre la violencia*. Madri: Alianza Editorial, 2000.

LATOURETTE, B. Le rappel de la modernité: approches anthropologiques. *Ethnographiques.org.*, n. 6. 2004. Disponível em: <<http://www.ethnographiques.org/2004/Latour.html>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

MACIEL, D. A. Ação coletiva, mobilização do direito e instituições políticas: o caso da campanha da Lei Maria da Penha. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 26, n. 77, p. 97-112, 2011.

MACIEL, D. A.; KOERNER, A. Sentidos da judicialização da política: duas análises. *Lua Nova*, São Paulo, n. 57, p. 113-133, 2002.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do "eu". In: _____. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 1974. p. 207-239.

MESSER, E. Anthropology and human rights. *Annual Review of Anthropology*, n. 22, p. 221-249, 1993.

ORTNER, S. La teoría antropológica desde los años sesenta. *Cuadernos de Antropología*, Guadalajara, Editorial Universidad de Guadalajara, p. 1-84, 1993.

_____. *Anthropology and social theory: culture, power, and the acting subject*. Londres: Duke University Press, 2006.

_____. Poder e projetos: reflexões sobre a agência. In: GROSSI, M. P.; ECKERT, C.; FRY, P. (Org.). *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas*. Blumenau: Nova Letra, p. 45-80, 2007a.

_____. Subjetividade e crítica cultural. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 13, n. 28, p. 375-405, 2007b.

PIRES, A. A racionalidade penal moderna, o público e os Direitos Humanos. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 64, p. 39-60, 2004.

RABINOW, P. Anthropos aujourd'hui. *Anthropologie et Sociétés*, v. 27, n. 3, p. 1-7, 2003.

RIFIOTIS, T. As delegacias especiais de proteção à mulher no Brasil e a judicialização dos conflitos conjugais. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 85-119, 2004.

_____. Direitos Humanos e Justiça: exercício moral e político no campo da violência de gênero. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 36., 2012. Caxambu. *Anais...* São Paulo: ANPOCS, 2012.

_____. Direitos Humanos e outros direitos: aporias sobre processos de judicialização e institucionalização de movimentos sociais. In: RIFIOTIS, T.; HYRA, T. *Educação em Direitos Humanos: discursos críticos e temas contemporâneos*. 2. ed. Florianópolis: EdUFSC, 2011.

_____. Entre teoria, estética e moral: repensando os lugares da antropologia na agenda social da produção de justiça. *Antropologia em Primeira Mão*, Florianópolis, n. 141, p. 1-17, 2014a. Disponível em: <http://apm.ufsc.br/files/2014/12/141_RIFIOTIS_teor%C3%ADa_est%C3%A9tica_moral.doc.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. Judicialização dos direitos humanos, lutas por reconhecimento e políticas públicas no Brasil: configurações de sujeito. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 119-144, 2014b.

_____. Judicialização das relações sociais e estratégias de reconhecimento: repensando a “violência conjugal” e a “violência intrafamiliar”. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 225-239, 2008a.

_____. Nos campos da violência: diferença e positividade. *Antropologia em Primeira Mão*, Florianópolis, n. 19, p. 1-30, 1997.

RIFIOTIS, T. Direitos Humanos: sujeito de direitos e direitos do sujeito. In: SILVEIRA, R. M. G. et al. (Ed.). *Educação em direitos humanos: fundamentos teórico-metodológicos*. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

_____. Violência e poder: avesso do avesso? In: NOBRE, R. F. (Org.). *O poder no pensamento social: dissonâncias do mesmo tema*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008b. p. 153-173.

_____. Violência policial na imprensa de São Paulo. O leitor-modelo no caso da Polícia Militar na Favela Naval (Diadema). *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 28-41, 1999.

RIFIOTIS, T.; CASTELNUOVO, N. (Org.). *Antropología, violencia y justicia: repensando matrices de la sociabilidad contemporánea en el campo del género y de la familia*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia, 2011.

ROBERTS, J.; PIRES, A. Le renvoi et la classification des infractions d'agression sexuelle. *Criminologie*, v. 25, n. 1, p. 27-63, 1992.

STRATHERN, M. No limite de uma certa linguagem. Entrevista. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 157-175, 1999.

_____. *O gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas: Editora Unicamp, 2006.

VIANNA, L. A judicialização das relações sociais. In: VIANNA, L. et al. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999. p. 149-156.

CASTRO, E. Viveiros de. *O conceito de sociedade em antropologia: um sobrevôo*. 2012. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/130584535/Viveiros-de-Castro-2002-o-Conceito-de-Sociedade-Em-Antropologia-Txt>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

WIEVIORKA, M. (Org.). *Un nouveau paradigme de la violence?* Paris: L'Harmattan, 1997.

_____. *La violence*. Paris: Hachette, 2005.

WIEVIORKA, M. et al. *Violence en France*. Paris: Seuil, 1999.

Interfaces entre ciências sociais e saúde e reflexões sobre políticas de saúde

Márcia Grisotti

Os resultados das experiências propiciadas pelas pesquisas em redes vão além da soma dos trabalhos executados e do cumprimento das metas planejadas, assim como a construção do conhecimento não se dá unicamente pondo “pedra sobre pedra”, como na construção de um edifício. Nesse processo, há um fluxo de aprendizagem que, muitas vezes, não é visibilizado nos artigos e relatórios finais das pesquisas.

No início da década de 1990, iniciei um projeto de pesquisa, vinculado ao Mestrado em Sociologia Política da UFSC, que tinha como objetivo analisar as políticas de saúde tendo como foco o processo de implantação dos princípios da atenção básica do Sistema Único de Saúde em unidades de saúde na cidade de Florianópolis. A emergência do princípio constitucional de saúde como um direito social garantido pelo Estado, no início da década de 1990, colocava em questão se o acesso aos serviços de saúde seria suficiente para garantir a melhoria nas condições de saúde da população brasileira.

As disciplinas – Antropologia Simbólica e Antropologia da Saúde – que fiz durante o mestrado com a professora Esther Jean Langdon contribuíram para mostrar que, apesar da hegemonia do sistema oficial de saúde, indivíduos ou grupos sociais procuram, através de canais heterogêneos, formas (ou práticas) alternativas e/ou complementares de cura e prevenção, e que as diferenças entre a eficácia fisiológica/biológica

pretendida pela biomedicina e a busca de sentido para o adoecimento são reveladoras nas interpretações sobre os diferentes saberes e práticas em relação aos processos saúde/doença.

Grisotti (2003) seguiu esse aprendizado e abordou a construção médica e popular de uma doença infecciosa emergente (angiostrongilíase abdominal) na Região Oeste do estado de Santa Catarina. Na tese, trabalhei sobre as diferenças e interfaces entre os conhecimentos médicos e populares sobre essa doença e como as políticas de saúde desconsideraram ou negligenciaram esses conhecimentos.

Vinte anos depois, a professora Esther Jean Langdon me convida para participar da rede Saúde do IBP e, nessa rede, encontro um campo fértil para pensar novos referenciais teóricos, entre eles, os conceitos de práticas de autoatenção e intermedicalidade e suas contribuições para refletir sobre as políticas públicas em saúde, os quais têm servido para reorientar muitos dos subprojetos de pesquisa e extensão que estão sob minha supervisão.

Neste artigo, pretende-se apresentar uma discussão sobre as bases teóricas e conceituais das duas linhas de investigação desenvolvidas no âmbito da rede Saúde do IBP pelo grupo de pesquisa em Ecologia Humana e Sociologia da Saúde (ECOS): 1) as políticas públicas de saúde em relação às doenças infecciosas emergentes; e 2) saúde e alimentação no contexto do discurso da promoção da saúde. No interior de cada uma dessas duas grandes linhas de pesquisa, outros projetos desenvolvidos por alunos de mestrado e doutorado foram, ou estão sendo, executados como se verá mais adiante.

As políticas públicas de saúde em relação às doenças infecciosas emergentes

As expectativas de controle e erradicação de doenças infecciosas e parasitárias – com o advento da teoria da origem microbiana das doenças infecciosas, seguida pela produção de soros e vacinas no fim do século XX bem como pela descoberta de sulfas e antibióticos no século XX – não se confirmaram. A emergência da AIDS e de um número de doenças zoonóticas no final do século XX fragilizaram o conceito de transição epidemiológica no qual as doenças infecciosas e parasitárias dariam lugar às condições crônicas e degenerativas como as principais causas de mortalidade e morbidade humana (GRISOTTI, 2010).

Além disso, os micro-organismos são versáteis e possuem um amplo alcance de adaptação às condições ambientais adversas. Avanços em nosso entendimento sobre os seus processos biológicos, na produção de novas gerações de medicamentos e vacinas e no melhoramento de barreiras sanitárias para impedir sua dispersão, têm se mostrado mais lentos do que a capacidade de mutação, recombinação e dispersão demonstrada pelos micro-organismos (OCHMAN; LAWRENCE; GROISMAN, 2000).

Certamente a era bacteriológica foi um período áureo de nossa história e, do ponto de vista estritamente científico e médico, a bacteriologia foi um dos mais importantes eventos de um século de descobertas. A produção de medicamentos eficientes, especialmente antibióticos, e de soros e vacinas prometia a erradicação das doenças infecciosas. No entanto, como haviam advertido Henle e Virchow no século XIX, há uma grande diferença entre as causas e os processos das doenças. Outros fatores devem ser considerados além do simples encontro mecânico de um micro-organismo com o hospedeiro suscetível, como foram apontados por diferentes abordagens teóricas e épocas. Ackerknecht (1982) chamou a atenção sobre os fatores sociais, econômicos, geográficos e de constituição que poderiam tornar-se determinantes no processo de saúde e doença e, por esse motivo, precisavam ser reconsiderados.

Outras áreas acadêmicas, especialmente a Antropologia e a Sociologia da saúde, têm fornecido inúmeras contribuições para compreender as dimensões estruturais envolvidas nos processos decisórios e nos dinâmicos sistemas de valores simbólicos produzidos pelos agentes (leigos, peritos e institucionais). Essas abordagens enfatizam o reconhecimento do caráter interdependente dos sistemas sociais e naturais e, portanto, da integração de pesquisas básicas e aplicadas em várias áreas do conhecimento científico, e não apenas na área da Saúde. O impacto das desigualdades sociais na emergência de doenças tem sido pouco investigado (FARMER, 1996), ao mesmo tempo que se reconhece que os fatores sociocomportamentais têm contribuído tanto para a emergência de doenças quanto para o seu possível controle (INHORN; BROWN, 2004). Rituais, tabus, crenças, tradições são fatores que intermedeiam as relações interpessoais com o meio ambiente (AVILA-PIRES, 2005). Além disso, entre os membros de um grupo, nem todos possuem o mesmo conhecimento/percepção e aderem aos mesmos tratamentos, por causa de fatores como, por exemplo, idade, sexo, papel social, redes sociais bem como representações, experiências

e interesses. Em situações de pluralidade de grupos étnicos e sistemas médicos, é preciso conhecer e saber lidar com os diferentes diagnósticos e tratamentos (LANGDON, 2003). Com base nessas perspectivas de análise sobre a emergência das doenças infecciosas, parece lógico que sociólogos e antropólogos que trabalham com o tema da saúde assumam um papel significativo nos esforços globais para compreender e auxiliar no controle dessas doenças.

O crescimento populacional e a pressão sobre os recursos naturais, o aumento da pobreza, o aparecimento de resistências aos antibióticos, as migrações forçadas (por questões ambientais, econômicas ou políticas), o processo de urbanização, os deslocamentos de populações rurais para as cidades e a sua instalação em zonas sem saneamento básico são razões que podem ser identificadas como tendo contribuído para a emergência de doenças infecciosas. O comércio e a circulação rápida de pessoas, animais, plantas, micro-organismos e mercadorias explicam a intensificação da disseminação de agentes patogênicos e sua emergência em escala global. (GRISOTTI; AVILA-PIRES, 2010, 2011).

A globalização enquanto conceito e experiência tem gerado respostas e situações ambivalentes. Ao mesmo tempo que o processo de globalização é colocado como facilitador e dispersor de agentes patogênicos, ele também tem possibilitado o desenvolvimento de processos de diplomacia e regulações internacionais bem como permitido a produção e difusão de conhecimentos sobre doenças e vetores, aumentando, assim, as chances de uma consciência de interdependência requerida para a governança global em saúde.

Ao mesmo tempo que a globalização implica a revisão das diferenças conceituais entre doenças de países desenvolvidos e doenças de países subdesenvolvidos, já que, dadas as atuais características da globalização, todos os países vivem situações de risco (GRISOTTI, 2010; GIDDENS, 2000), por outro lado, alguns países (especialmente os mais pobres e com baixo poder de influência nas decisões internacionais) são mais vulneráveis às doenças. Por que algumas doenças são eleitas como foco de atenção em detrimento de outras? Por que algumas doenças são consideradas problema de saúde pública enquanto outras passam pela periferia do debate acadêmico e das políticas de atenção à saúde? Quem tem o poder e como são feitas as escolhas políticas em relação aos processos de tomada de decisão que envolvem riscos à saúde? Em nossas pesquisas destacamos que os processos de tomada de decisão em saúde são definidos em função dos interesses do *establishment* político; por isso as escolhas são seletivas e, portanto, as decisões políticas são

socialmente construídas. O debate acadêmico e a aplicação pragmática do conceito de risco estão permeados (muitas vezes, sem se dar conta) pelo uso seletivo e oportunista desse termo, gerando mais confusão, preconceitos e decisões equivocadas.

Mesmo reconhecendo que os fatores socioeconômicos têm contribuído tanto para a emergência e disseminação de doenças quanto para o seu possível controle (INHORN; BROWN, 2004), a redução das desigualdades sociais não tem sido alvo de propostas concretas nas políticas de saúde global, assim como os impactos socioeconômicos decorrentes do processo de diagnóstico e de divulgação da “existência” das doenças emergentes não são avaliados. Como a doença é percebida pelos sujeitos afetados? Quais as mudanças sociais e econômicas vivenciadas por esses sujeitos? A recorrência na literatura dos termos *doenças negligenciadas* (HOTEZ et al., 2007) e *desigualdades sociais em saúde* (FARMER, 1996) são ilustrativas dessa ambiguidade bem como reforça a necessidade de análise interdependente das dimensões estruturais e culturais no estudo da história social das doenças. As explicações das doenças emergentes apenas pelos fatores culturais e comportamentais têm gerado interpretações equivocadas e, muitas vezes, situações de estigma e preconceito.

Um bom exemplo que ilustra essas ambivalências encontra-se nos esforços empreendidos nas tentativas globais de controle da epidemia do Ebola em comparação com a negligência em relação às milhões de mortes por causa da diarreia no mesmo continente. No caso do Ebola, o foco na atribuição dos riscos de contágio do ponto de vista biomédico e a imediata crítica (e supressão) da forma como as comunidades locais organizavam os funerais escondiam a história de um longo processo que iniciou em 1976, quando o vírus foi identificado e o médico descobridor, já naquela época, alertava para as poucas medidas que seriam necessárias para se evitar uma epidemia no Zaire. Somente quando os casos de Ebola romperam as fronteiras dos países africanos, atingindo os EUA e Europa, ele passou a ser encarado como um problema de saúde pública global, e medidas práticas para a sua contenção foram adotadas (não isentas de questionamentos, mas que não serão tratadas neste artigo).

Em contraposição, a morte causada pelas diarreias em vários países africanos permanece silenciosa: mais de quatro milhões de casos de diarreia ocorrem todo ano, com uma média de 2,2 milhões de mortes, sendo 37% dos casos na África subsariana, com uma média de 7,7% de todas as mortes registradas anualmente (KONÉ et al., 2014); no entanto,

ela não faz parte das escolhas políticas sobre as doenças a serem tratadas como um problema de saúde pública global.

Nesse cenário complexo do debate sobre saúde global, doenças consideradas negligenciadas (para as quais há pouco interesse em pesquisa científica e recursos destinados à sua vigilância e controle) e/ou endêmicas em muitos países convivem com outras consideradas de alto impacto para a saúde pública global, como por exemplo, a AIDS, febres hemorrágicas (Ebola, Lassa, Nipah, Hanta, Marburg), SARS, algumas gripes causadas pelos agentes influenza (H1N1 e H5N1), Encefalopatia espongiforme bovina (BSE) entre tantas outras epidemias e pandemias chamadas de doenças infecciosas emergentes.

Em artigo publicado na coletânea *Advances in Medical Sociology* (GRISOTTI; AVILA-PIRES, 2010), identificamos o uso inadequado da expressão doenças infecciosas emergentes e chamamos a atenção para as diferenças entre a abordagem pragmática do conceito pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e a abordagem histórico-epistemológica realizado por Grmek (1993, 1995). Na perspectiva do CDC, as doenças infecciosas emergentes são aquelas que apareceram recentemente em uma população ou aquelas que já existiam, mas que, por algum motivo, estão se espalhando mais rapidamente, em termos de incidência ou distribuição geográfica (LEDERBERG et al., 1992). Tal disseminação pode ter ocorrido por causa de uma introdução recente de um novo agente etiológico ou de uma mutação de um agente existente, seguida pela sua rápida disseminação entre a população (MORSE, 1995).

Pelo fato de nem sempre podermos saber se uma doença é nova ou se é existente, mas não detectável, Grmek (1993, p. 285) expandiu o conceito de doenças emergentes apresentando quatro situações nas quais as doenças poderiam ser assim denominadas: 1) ela existia antes de ser reconhecida pela ciência (o caso da doença de Chagas é exemplar: investigações epidemiológicas revelaram que ela afetava milhões de pessoas antes de ser descoberta pelos cientistas em 1909); 2) ela já existia mas aumentou seu grau de letalidade em função de mudanças qualitativas e quantitativas em seu ambiente (o caso da *Legionella*, uma bactéria simples mas letal quando concentrada em precários sistemas de refrigeração/calefação); 3) ela foi introduzida em uma região onde não existia anteriormente (o caso das diversas doenças ditas tropicais); 4) ela emerge a partir da passagem de um reservatório não humano para humano (o caso das inúmeras doenças zoonóticas). Para Grmek (1993), a única possibilidade de uma doença ser considerada nova advém da

possibilidade de acidentes ocasionados por manipulação de organismos patogênicos em laboratório, bioterrorismo ou manipulações genéticas. Porém, mesmo nessa possibilidade, Grmek reconhece a existência de uma certa continuidade com o passado, pois nenhum organismo pode originar-se de geração espontânea (GRISOTTI; AVILA-PIRES, 2010). Como as ações em saúde pública global dependem do conhecimento sobre a incidência e prevalência de doenças (ou, em outras palavras, do que circula no ambiente), paralelamente às situações apontadas por Grmek, incluímos, no artigo citado, uma sexta situação que consideramos crucial para determinar a emergência de uma doença: o papel da subnotificação das doenças de notificação obrigatória e a falência no reconhecimento e registro de doenças incomuns.

Esse aspecto tem sido um dos maiores limitadores do processo de vigilância e controle das doenças, pois essas ações somente são possíveis de serem planejadas e executadas com êxito se os dados de registro foram corretos. Como eles dependem das esferas locais de gestão do sistema de vigilância em saúde, isso afeta consideravelmente as expectativas em torno das atividades em saúde global. Apesar dos acordos e regulações internacionais sobre a segurança global em saúde, os dados que alimentam o sistema são produzidos localmente e, nessa esfera, fatores extraepidemiológicos influenciam o interesse em registrar e notificar doenças. Por exemplo, um governo pode atrasar a divulgação de um surto de doença por medo de repercussões econômicas. Santos (2013), por exemplo, mostrou os impasses e dificuldades das políticas públicas brasileiras para cumprir as exigências em sanidade animal exigidas pelo mercado internacional de carne bovina no contexto das doenças zoonóticas emergentes, tendo em conta as especificidades da realidade rural brasileira e a falta de integração entre os sistemas de vigilância epidemiológica humana e animal no Brasil.

O projeto de pesquisa em andamento¹ está analisando os limites e potencialidades do sistema de vigilância epidemiológica no Brasil, tendo como foco o processo envolvido no registro, notificação e investigação dos casos de doenças infecciosas emergentes da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Para isso, estamos descrevendo o itinerário percorrido pelos profissionais da vigilância epidemiológica na realização das notificações de doenças infecciosas emergentes a partir do acompanhamento dos casos suspeitos, realizado pelos profissionais de saúde. Com base nessa descrição funcional do sistema, a pesquisa

¹ Projeto: As políticas públicas de saúde em relação às doenças infecciosas emergentes.

pretende avançar ao tentar responder questões mais complexas: Por que algumas doenças são eleitas como foco de atenção em detrimento de outras? Por que algumas doenças são consideradas problemas de saúde pública enquanto outras passam pela periferia do debate acadêmico e das políticas de atenção à saúde? Quem tem o poder e como são feitas as escolhas políticas em relação aos processos de tomada de decisão que envolvem riscos à saúde? Qual o sistema de valores que norteia a cultura dos processos decisórios e dos dispositivos de vigilância em saúde?

Dentro ainda dessa linha de pesquisa (políticas de saúde pública no contexto das doenças emergentes), outros pesquisadores realizaram suas teses de doutorado no contexto das políticas públicas de saúde:

- 1) *Proteção social em saúde para famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina via Estratégia de Saúde da Família*, de Carmen Rosario Ortiz Gutierrez Gelinski. Essa tese recebeu Menção Honrosa no Prêmio de Ciência e Tecnologia para o SUS, em 2011.

No contexto de mudança do modelo de atenção em saúde (do modelo hospitalocêntrico para o modelo da atenção básica), o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da família e, posteriormente, em 1997, a Estratégia Saúde da Família (ESF), com foco nas famílias. Além da mudança no modelo de atenção, essa perspectiva na família também foi condicionada por transformações nos modelos de proteção social que convocam a sociedade (famílias, empresas e terceiro setor) para assumir parte desses encargos. Porém, as famílias são chamadas no momento em que elas próprias estão passando por profundas mudanças, com destaque para o ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho e o aumento das famílias chefiadas por mulheres. Nesse sentido, esse trabalho teve por objetivo verificar se a ESF, enquanto mecanismo-chave da atenção básica no Brasil, atende às necessidades de proteção social das novas configurações familiares, em particular das famílias vulneráveis com chefia feminina (GELINSKI, 2010).

O trabalho de Gelinski (2010) foi norteado pela discussão de quatro elementos teóricos e analíticos: a reestruturação produtiva, as transformações dos sistemas de proteção social, a reorientação do modelo de atenção em saúde para os cuidados primários e as mudanças ocorridas no âmbito da família. A partir desses elementos, essa tese buscou compreender as condições que as famílias têm para dar conta da corresponsabilidade dos cuidados que a configuração mais recente do sistema de proteção em saúde lhes atribui. Para isso, foi realizada

pesquisa de campo junto às famílias monoparentais atendidas por duas unidades básicas de saúde localizadas em áreas de risco da cidade de Florianópolis/SC. O trabalho salienta que a falta de percepção das novas configurações familiares por parte das políticas de saúde pode ter impacto negativo na eficácia das ações em saúde da ESF; e isso por dois motivos: primeiro, porque impossibilita dimensionar de maneira adequada as consequências que têm a transferência de responsabilidades sobre as famílias, as quais recaem principalmente sobre a mulher chefe de família, já sobrecarregada em relação àquelas mulheres que compartilham os cuidados com os cônjuges; segundo, porque o desconhecimento a respeito da diversidade de situações que se abrigam na categoria “monoparentalidade feminina” e das redes de suporte que essas mulheres encontram disponíveis pode impedir que o sistema de saúde saiba quais os itinerários terapêuticos que as famílias seguem na busca por tratamento médico. Além disso, o trabalho também concluiu que enquanto os profissionais envolvidos com a saúde da família têm suas responsabilidades claramente definidas, não há o mesmo grau de conhecimento a respeito de quais seriam as responsabilidades que cabem às famílias executar. Outra questão a ser enfatizada é que o leque de opções que as mulheres da pesquisa consideram como práticas de saúde não reflete necessariamente o itinerário terapêutico pretendido pela ESF, acarretando um desencontro entre o itinerário terapêutico escolhido pelas famílias e aquele preconizado pelo sistema oficial de saúde (GELINSKI, 2010).

2) *Os caminhos e descaminhos da vigilância das doenças transmissíveis no Brasil: um estudo de caso num município em Santa Catarina*, de Silvia Leone Quaresma.

Através de uma análise histórica e um estudo de caso, Silvia L. Quaresma (2012) analisou os percursos das políticas e das instituições que estavam relacionados à vigilância das doenças transmissíveis no Brasil no período anterior à década de 1990 e posterior a esta, identificando os possíveis elementos remanescentes que estruturam essas políticas atualmente e avaliou como um município de Santa Catarina está absorvendo as mudanças ocorridas nas políticas de saúde com relação à municipalização das ações e serviços da vigilância das doenças transmissíveis. Para isso, entrevistou sanitaristas/pesquisadores que atuaram na saúde pública do Brasil entre as décadas de 1960 e 1990, técnicos da vigilância epidemiológica de SC e alguns profissionais das unidades de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária de um

município catarinense considerado exitoso em termos de gestão da vigilância em saúde. Encontrou vários problemas a serem superados, como, por exemplo, a falta de estrutura dos municípios diante das novas responsabilidades que acabam acentuando uma grande diversidade de níveis de organização setorial no país; a carência de profissionais de nível superior capacitados, inclusive, em Epidemiologia nos municípios; falta de políticas intersetoriais que tenham como prioridade sanar problemas em relação à prevenção e o controle das doenças transmissíveis; e um aumento considerável das subnotificações das doenças transmissíveis, que acabam distorcendo a qualidade dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e comprometendo toda a análise realizada pelos órgãos competentes para a tomada de decisão e definição de políticas de saúde. No entanto, há municípios, como o pesquisado neste trabalho, que estão conseguindo superar esses entraves por meio de um comprometimento e interdependência das ações tanto dos profissionais das vigilâncias (ambiental, epidemiológica e sanitária) quanto dos gestores (QUARESMA, 2012).

3) *Doenças infecciosas emergentes: um estudo de caso sobre a tuberculose como uma zoonose*, de Claudio A. dos Santos.

A convivência entre humanos e animais sempre esteve presente ao longo do desenvolvimento da humanidade; entretanto, determinadas formas dessa convivência tendem a criar condições propícias para o surgimento de certas doenças, denominadas de zoonoses. O aumento das relações comerciais, as viagens de turismo, bem como as formas de produção intensivas de alimentos, fizeram com que novas doenças surgissem ou doenças que estavam controladas reaparecessem. Dentro deste último contexto encontramos a tuberculose, que, segundo a Organização Mundial da Saúde, é uma das doenças infecciosas que mais mata no mundo e, em alguns casos, tem ressurgido de forma diferenciada das características patológicas tradicionais, além de ter sua ocorrência junto com outras doenças, no caso a AIDS. Os agentes causadores da tuberculose são do gênero *Mycobacterium*. Em humanos, a espécie é *M. tuberculosis*; em bovinos, é a espécie *M. bovis*; entretanto, pode ocorrer que o agente causador da doença em animais infecte humanos, caso em que a doença é considerada uma zoonose. Em países onde é feito o diagnóstico diferencial do agente causador em humanos, os índices de infecção de origem animal variam de 8% a 12%. No Brasil, contudo, essa diferenciação não é realizada. O objetivo desse trabalho (dissertação de Mestrado) foi compreender a dinâmica das políticas

em saúde através do processo de notificação da tuberculose bovina e humana realizada pela Secretaria da Agricultura e pela Secretaria da Saúde no estado do Rio Grande do Sul, bem como compreender as percepções das famílias produtoras de leite e carne na transmissão da doença. Foram realizadas entrevistas com produtores de leite e carne, médicos veterinários, médicos humanos e gestores políticos envolvidos no controle da doença, bem como acompanhamento do cotidiano de produtores de leite e carne. A pesquisa mostrou que os produtores de leite e carne pesquisados desconhecem as formas de transmissão e as funções do Estado brasileiro no caso de animais soropositivos. O processo de notificação e o diálogo entre os órgãos institucionais (saúde humana e saúde animal) não ocorrem como preconizam as leis e normativas. Outro aspecto é que tanto os profissionais da iniciativa privada quanto os da rede pública, vinculados à medicina humana, preocupam-se apenas com o tratamento da doença, desconsiderando os fatores socioambientais relacionados a seu controle. Não existe uma articulação entre os órgãos públicos (de saúde humana e saúde animal) envolvidos no caso de tuberculose, o que fragiliza o processo de notificação e identificação (e tratamento) dos casos. Além disso, as informações e o suporte social e econômico às famílias produtoras de leite (por causa do seu trabalho cotidiano próximo de possíveis animais contaminados) não são efetivamente realizados. O êxito das políticas de vigilância epidemiológica e sanitária no caso estudado depende da incorporação de aspectos socioculturais e econômicos da vida e da experiência dos produtores de carne e leite, especialmente aqueles que têm contato direto com o rebanho bovino; o que, por sua vez, destaca a importância do trabalho interdisciplinar e integrado com as ciências sociais (SANTOS, 2009).

Na sua tese de doutorado, Santos (2013) continuou os estudos sobre o processo de articulação institucional entre saúde humana e saúde animal analisando os impasses e as possibilidades de as políticas públicas brasileiras serem capazes de cumprir as exigências em sanidade animal do mercado internacional de carne bovina no contexto das doenças zoonóticas emergentes, tendo em conta as especificidades da realidade rural brasileira e do sistema de vigilância em saúde no Brasil. Santos acompanhou as inspeções federais e internacionais em propriedades situadas em alguns municípios do Rio Grande do Sul e realizou entrevistas com gestores do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Secretaria Estadual da Agricultura de Porto Alegre e Secretaria Federal da Defesa Sanitária Animal; gestores do Ministério

da Saúde; médicos veterinários do Ministério da Agricultura, do Ministério da Saúde e da iniciativa privada, responsáveis pela realização de diagnósticos sorológicos e laboratoriais das respectivas patologias; médicos veterinários que realizam ações de prevenção e controle do agente causador da raiva da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul; produtores de carne inclusos no Sistema de rastreamento; produtores de carne que realizaram todos os procedimentos, que estavam com suas propriedades credenciadas e se retiraram do programa; produtores de carne que estão realizando o processo de inclusão no programa; responsáveis pelas certificadoras que realizam o processo burocrático (procedimentos para a entrada da propriedade no programa de rastreamento e certificação, lançamento de informações na base de dados, entre outras atividades) e frigoríficos.

Nessa tese, foram identificadas as dificuldades que se apresentam na implantação de programas de sanidade animal a partir de exigências internacionais; nas relações estabelecidas (ou não) entre instituições públicas e privadas para execução desses programas; na aplicação das normativas internacionais pelos órgãos responsáveis pela saúde animal, bem como as diferenças práticas que existe entre a fiscalização da carne para o consumo interno e para a exportação.

De acordo com Santos (2013), as dificuldades advindas do clima e da geografia repercutem na execução de atividades a serem realizadas pelas equipes técnicas, tais como a identificação dos animais, o acesso à unidade produtiva, a movimentação de animais para vistorias, entre outras ações. Associados a esses aspectos, o manejo dos animais, a complexidade e as diferentes formas de criação dos bovinos brasileiros, bem como a presença de animais silvestres que podem ser portadores de agentes causadores de doenças, são fatores determinantes na aplicação dessas medidas. Para os produtores, a dificuldade central é o manejo dos animais, pois em períodos chuvosos é impossível realizar muitas tarefas, inclusive o próprio acesso às propriedades fica impossibilitado. As terras onde estão localizadas as unidades produtivas rurais, em sua grande maioria, principalmente no Rio Grande do Sul, são várzeas de rio, ou planícies, também chamadas de terras baixas, como é o caso do “pampa gaúcho”. Essas terras, no inverno, apresentam altos índices pluviométricos (muita chuva), além de baixas temperaturas, o que dificulta a ação dos homens e mulheres no campo. Muitas propriedades, em invernos rigorosos, ficam até quatro meses sem conseguir realizar qualquer prática de manejo (essa característica estende-se ao pantanal mato-grossense, um grande produtor de carne bovina). Nessas

condições, alguns animais morrem por diferentes causas e não se consegue fazer o diagnóstico das doenças, nem adotar as medidas exigidas pelas organizações internacionais. No caso da tuberculose, foi relatado pelos profissionais que realizam os diagnósticos o fato de a doença reaparecer, mesmo em propriedades controladas. Essa enfermidade pode estar infectando outras espécies de animais, como os animais silvestres, ou ainda a própria população humana, tornando o seu controle mais complexo (SANTOS, 2013).

Os fundamentos que norteiam o programa é um dos fatores determinantes de dificuldades. Segundo a grande maioria dos entrevistados, e isso foi constatado também na análise documental e na observação participante de Santos (2013), a forma como o programa foi formulado, desconectado das reais condições das propriedades rurais brasileiras, praticamente inviabiliza a sua execução. Isto é, há um descompasso entre os princípios do programa e a situação das propriedades rurais. A unidade produtiva brasileira é extensa e muitas vezes não possui estrutura, como instalações para manejos, estradas, pontes e energia elétrica para colocar em execução um programa com grande número de especificações, como é o Sistema Nacional de Certificação e Identificação de Origem Bovina e Bubalina (SISBOV). Outro aspecto referente à propriedade relaciona-se à operacionalidade do sistema, pois são poucos os trabalhadores rurais com conhecimento e acesso às novas tecnologias, como exige o sistema de informação preconizado pelo programa de certificação e rastreamento. Também, quando nos referimos ao programa, estão presentes as questões materiais que envolvem o projeto. Falta fiscalização da qualidade dos materiais, o que prejudica o andamento do processo (SANTOS, 2013).

Nessas condições, programas “copiados” ou que procuram seguir determinações internacionais não conseguem ser implantados, e a eficácia dos programas, para o controle de zoonoses estudadas nesta tese, seja para satisfazer o mercado internacional da carne bovina, seja para o mercado interno, dependerá de uma visão e de uma prática que articulem os fatores interdependentes que envolvem a cadeia produtiva e as políticas setoriais dos serviços de saúde humana e veterinária (SANTOS, 2013).

Ainda dentro dessa linha de pesquisa, acrescento outros projetos de pesquisa que estão em andamento:

Ricardo J. Neiva (2014) está pesquisando as percepções e histórias de vida de mulheres ex-pacientes de hanseníase, moradoras da cidade de Araçuaí, no vale do Jequetinhonha/MG. Trata-se de uma

interpretação das marcas do estigma social, da exclusão, do preconceito e da religiosidade associados à doença, assim como das manifestações culturais, artísticas e literárias produzidas no Vale do Jequitinhonha como forma de pontuar referências regionais à doença.

Francisca S. Santos (2014) está pesquisando os conflitos entre a liberdade individual e o direito coletivo à saúde em relação à transmissibilidade da tuberculose pulmonar, tendo como foco de estudo os saberes, as práticas e a gestão de conflitos nos casos de não adesão dos pacientes ao tratamento da tuberculose, por parte dos profissionais de saúde do município de Araçuaí/MG. A pesquisa vai contribuir para identificar de que maneira o risco à saúde coletiva implica o processo de judicialização da saúde.

Clara C. Melo e Lima (2014) está pesquisando a relação entre a estima pelo animal doméstico e o risco à saúde, tendo como foco de análise os saberes e as experiências vivenciadas pelos proprietários de cães em relação ao tratamento e/ou eliminação de animais portadores de leishmaniose na cidade de Montes Claros/MG, considerada como um dos mais altos índices da doença no Brasil.

Janiffer T. G. Zarpelon (2014) está pesquisando as ações de cooperação técnica internacional do Brasil na área da Saúde na gestão do governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). Durante esse período, a política externa brasileira esteve pautada na autonomia pela diversificação representando no enfoque do país pela Cooperação Sul-Sul (ou cooperação técnica entre os países em desenvolvimento). Segundo o discurso político brasileiro, essa cooperação teve como base a troca de capacidades orientada pela solidariedade, consenso e equidade. No entanto, as ações do Brasil nem sempre foram guiadas por esses aspectos, mas sim por uma gama de interesses que resultaram em condicionalidades na formulação e execução dos acordos internacionais na área da Saúde. O trabalho evidencia a complexidade das iniciativas brasileiras e a relevância das políticas setoriais na área da Saúde do Brasil na implementação desses projetos internacionais. Essas ações internacionais do Brasil na área da Saúde tiveram como resultado o aumento do destaque do país no cenário internacional e o incremento de sua liderança no contexto da cooperação Sul-Sul. A pesquisa tem como objetivos: a) identificar o contexto histórico da Cooperação Sul-Sul bem como suas definições; b) analisar a cooperação técnica internacional brasileira na área da Saúde no governo Lula; e 3) problematizar os interesses por trás do discurso político brasileiro no contexto da Cooperação Sul-Sul.

Saúde e alimentação no contexto do discurso de promoção da saúde

A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças (WHO, 1946), teve uma grande influência nas políticas públicas de saúde mundiais, expandindo a estrutura conceitual dos sistemas de saúde de várias nações para além das fronteiras estabelecidas pelas condições físicas dos indivíduos e suas doenças e tornou possível evidenciar o que atualmente denominamos como *determinantes sociais da saúde*. Porém, a generalidade e a falta de operacionalidade prática desse conceito e o caráter universal embutido na palavra *completo* bem-estar, têm possibilitado a emergência de estratégias mercadológicas não previstas.

Por exemplo, com o objetivo de reduzir os riscos de doenças crônicas, como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, câncer e obesidade, a OMS e a FAO propuseram novas diretrizes em direção à melhoria dos estilos de vida e dieta promovendo o consumo de alimentos considerados “saudáveis” e a prática de atividade física. Uma das consequências desse discurso de promoção da saúde foi a introdução e difusão pelas indústrias de “novos” produtos alimentares, chamados de alimentos funcionais – embora não esteja claro exatamente o seu significado, como foi analisado em Grisotti et al. (2014).

Para as finalidades deste artigo, enfatizamos que a falta de reconhecimento do caráter contextual (e cultural) da definição das doenças, bem como a falta de reconhecimento dos diferentes níveis de complexidade envolvidos na correlação ideal entre doenças e alimentos específicos (construídos e válidos apenas para parâmetros epidemiológicos), explicam a incorreta interpretação e aplicação, pelos médicos, de dados epidemiológicos (válidos para o mapeamento de populações), na prática clínica de casos individuais. Sachs (1996) discute a utilização de dados epidemiológicos sobre os níveis de colesterol no contexto das doenças cardiovasculares em casos individuais, já que dados que mostram uma correlação entre altos níveis de colesterol no sangue e infarto são válidos apenas no nível da população. No nível individual, fatores biológicos (por exemplo, como as pessoas individualmente acumulam gorduras nas paredes das artérias), sociais e psicológicos devem ser levados em consideração. Sachs (1996) mostrou como os pacientes foram estigmatizados e pressionados pelos profissionais de saúde por não conseguirem reduzir os níveis de colesterol, mesmo seguindo estritamente a dieta prescrita pelos médicos.

Na mesma direção, Pollan (2008) cita o exemplo dos cortadores de cana em Cuba que consomem 6.000 calorias/dia; essa quantidade faria qualquer um de nós um diabético, enquanto para eles esse consumo não resulta necessariamente em obesidade ou em outras doenças relacionadas aos alimentos, na medida em que os cortadores de cana estariam “queimando” calorias no trabalho. Nesse sentido, qualquer padrão universal de dieta, descontextualizado das práticas dos sujeitos, tende a gerar mais desentendimentos e confusão do que melhorias na saúde.

Um estudo de caso realizado entre 1993 e 1998 em clínicas médicas nos Estados Unidos (com uma amostra de controle randomizada de 48.835 mulheres entre 50 e 79 anos de idade, após período de menopausa) testou a hipótese apresentada em vários estudos epidemiológicos, sobre o fato de que uma intervenção dietética diminuiria o risco de doenças cardiovasculares, câncer de colo de útero e de mama. Analisando uma intensa mudança comportamental de um grupo, guiada para a redução de gorduras e aumento do consumo de vegetais, frutas e grãos, comparada com o comportamento de outro grupo, que mantinha uma dieta sem essa mudança, os autores concluíram uma insignificante redução dos riscos daquelas doenças (HOWARD et al., 2006; PRENTICE et al., 2006; BERESFORD et al., 2006).

Portanto, qualquer classificação alimentar, que tente indicar se algum alimento/nutriente é saudável ou não, representa uma simplificação da complexa relação dos vários fatores que conjuntamente poderiam auxiliar para definir uma *dieta saudável*. Um padrão dietético não é determinado apenas pela composição de um produto, mas também pela quantidade consumida, a posição do produto dentro da dieta total, as atividades e tipo de metabolismo do consumidor e, principalmente, pelo significado cultural dos alimentos em cada contexto social.

Alimentos com selo de aprovação de entidades médicas e percepção dos consumidores²

As correlações derivadas do discurso de promoção de saúde, por exemplo a correlação entre certos alimentos/nutrientes e prevenção e/ou redução de riscos de problemas cardíacos, fazem parte de uma complexa rede formada por *experts* (cientistas), formuladores de políticas públicas, indústrias alimentares, associações médicas e consumidores.

² Para mais detalhes, ver Grisotti et al. (2010).

Nessa pesquisa focamos nos pontos de vista dos dois últimos atores citados dessa rede. Escolhemos analisar a relação estabelecida entre alguns tipos de alimentos e problemas cardíacos, pelo fato de muitos desses alimentos, vendidos em redes de supermercados, conterem o selo de aprovação da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Utilizamos um questionário com os desenhos de alguns produtos alimentares com esse selo, grupos focais, observação de oficinas terapêuticas e entrevistas em profundidade com grupo de pessoas idosas que participavam de um programa de atividade física em duas unidades de saúde e com pacientes de uma clínica privada de cardiologia que tinham passado por problemas cardíacos e estavam participando de um grupo coletivo de apoio psicológico.

Com base nas perguntas: *O que você deixou de comer? O que você passou a comer? O que você gostaria de comer?*, encontramos uma percepção mais ampla da relação entre saúde e dieta e o papel da dieta no processo saúde-doença; quem guia essas mudanças alimentares; as dificuldades para fazer essas mudanças e as estratégias usadas para combinar a escolha individual e as recomendações médicas; o impacto do conhecimento científico na padronização dos modelos dietéticos e na caracterização do que significa ter uma “alimentação” e uma “vida saudável”; e a percepção pública das controvérsias e incertezas relacionadas ao alimento/nutriente enquanto um medicamento.

Nessa pesquisa constatamos que o discurso institucional de promoção à saúde, amplamente incorporado nas políticas de saúde no Brasil, teve um alto impacto na indústria alimentar e na sociedade. Se, por um lado, esse discurso difundiu uma concepção mais ampla (e por isso, difusa) do processo saúde-doença, por outro lado, ele permitiu a proliferação de fracas correlações de causalidade (com ou sem financiamento e suporte das indústrias alimentares), como por exemplo, a correlação entre determinados alimentos/nutrientes e prevenção de doenças crônicas. Mesmo que essas correlações funcionem em condições de laboratório, isso não significa que elas funcionarão para a população em geral ou individualmente, porque os benefícios dos nutrientes representam apenas uma pequena parte de um complexo mecanismo de funcionamento do corpo (e mente), sendo impossível separá-los de outras variáveis envolvidas na ocorrência de doenças crônicas. A contingência e o caráter provisório do conhecimento científico (especialmente na área de nutrição) são frequentemente esquecidos pelos profissionais de saúde, e a aplicação dessas fracas correlações (baseadas em uma autoridade epistêmica de um

conhecimento supostamente científico) a casos clínicos individuais tem gerado padrões normatizados de comportamento alimentar e confusões na percepção pública do que poderia significar uma *dieta saudável*.

Referências

- ACKERKNECHT, E. H. *A short history of medicine: microbiology*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1982.
- AVILA-PIRES, F. D. de. Ecologia. In: COURA, J. R. (Org.). *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 45-51.
- BERESFORD, S. A. et al. Low-fat dietary pattern and risk of colorectal cancer: the women's health initiative randomized controlled dietary modification trial. *Journal of the American Medical Association – Jama*, v. 295, n. 6, p. 643-654, 2006.
- FARMER, P. Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerg Infect Dis*, v. 2, n. 4, p. 259-269, 1996.
- GELINSKI, C. R. O. G. *Proteção social em saúde para famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina via Estratégia de Saúde da Família*. 2010. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- GIDDENS, A. *O mundo na era da globalização*. Barcarena: Editorial Presença, 2000.
- GRMEK, M. D. Le concept de maladie émergente. *Hist. Phil. Life Sci.*, n. 15, p. 282-296, 1993.
- GRMEK, M. D. Déclin et émergence des maladies. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 9-32, 1995.
- GRISOTTI, M. Doenças infecciosas emergentes e a emergência das doenças: uma revisão conceitual e novas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1095-1104, 2010.
- GRISOTTI, M.; AVILA-PIRES, F. D. de. The concept of emerging infectious disease revisited. *Advances in Medical Sociology*, v. 11, p. 61-78, 2010.
- GRISOTTI, M.; AVILA-PIRES, F. D. de. Worms, slugs and humans: the medical and popular construction of an emerging infectious disease. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 877-891, 2011.
- GRISOTTI, M. et al. Análise sociológica da construção social das alegações de saúde e o seu papel nas políticas de saúde pública e no perfil das escolhas dos consumidores. *Relatório do CNPq*, Florianópolis, 2010.

GRISOTTI, M. et al. Public understanding on health claims of functional foods: a case study in Brazil, 2014. Mimeografado.

HOTEZ, P. J. et al. Control of neglected tropical diseases. *The New England Journal of Medicine*, n. 357, p. 1018-1027, 2007.

HOWARD, E. B. V. et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the women's health initiative randomized controlled dietary modification trial. *Jama*, v. 295, n. 6, p. 655-666, 2006.

INHORN, M. C.; BROWN P. J. Introduction. In: INHORN, M. C.; BROWN, P. (Ed.). *The anthropology of infectious disease: international health perspectives*. New York: Routledge, 2004.

KONÉ, B. et al. Étude des diarrhées en milieu périurbain à Abidjan par l'approche écosanté. *Vertigo*: la revue électronique en sciences de l'environnement, hors-série 19 | Août 2014. Disponível em: <<http://vertigo.revues.org/14976>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

LANGDON, J. E. A cultura e os processos de saúde e doença. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 1., 2003, Londrina. *Anais...* Londrina: VIGISUS/FNS/MS, 2003. p. 91-107.

LEDERBERG, J. et al. *Emerging infectious: microbial threats to health in the United States*. Washington: National Academy Press, 1992.

LIMA, C. C. M. *Entre a estima pelo animal e o risco à saúde: os saberes e as experiências dos proprietários de cães com leishmaniose*. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MORSE, S. S. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis*, v. 1, n. 1, p. 7-15, 1995.

NEIVA, R. J. *A hanseníase enquanto doença e representação social*. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

OCHMANN, H.; LAWRENCE, J. G.; GROISMAN, E. A. Lateral gene transfer and the nature of bacterial innovation. *Nature*, n. 405, p. 299-304, 2000.

POLLAN, M. *Em defesa da comida*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2008.

PRENTICE, R. L. et al. Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. *Journal of the American Medical Association – Jama*, v. 295, n. 6, p. 629-642, 2006.

QUARESMA, S. J. L. *Os caminhos e descaminhos da vigilância das doenças transmissíveis no Brasil: um estudo de caso num município em Santa Catarina*. 2012. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SACHS, L. Causality, responsibility and blame – core issues in the cultural construction and subtext of prevention. *Sociology of Health & Illness*, v. 18, n. 5, p. 632-652, 1996.

SANTOS, F. S. *Entre a liberdade individual e a saúde pública: saberes, práticas e gestão de conflitos em casos de não adesão ao tratamento da tuberculose*. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SANTOS, C. A. *Doenças infecciosas emergentes: um estudo de caso sobre a tuberculose como uma zoonose*. 2009. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SANTOS, C. A. *O Brasil e o mercado internacional de carne bovina no contexto de doenças infecciosas emergentes: uma análise sociopolítica dos programas de sanidade animal e de normativas de segurança*. 2013. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

World Health Organization (WHO). World Health Organization Preamble to the Constitution of the World Health Organization. 1946. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

ZARPELON, J. T. G. *A diplomacia brasileira na área da saúde no contexto da Cooperação Sul-Sul no governo Lula (2003-2010)*. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Estudos sobre medicamentos em uma perspectiva interdisciplinar

Eliana E. Diehl

Introduzindo o tema

Este texto busca contemplar três campos disciplinares trazendo como exemplo algumas pesquisas desenvolvidas em contextos locais indígenas no sul do Brasil, mais especificamente em Santa Catarina, que abordam os usos dos medicamentos. Procuo ampliar, por meio de um diálogo interdisciplinar, a compreensão de realidades específicas, tendo em conta, como salientou Hahn (1999), que as culturas locais não são sistemas autônomos ou independentes.

Os campos disciplinares nos quais as pesquisas estão baseadas são antropologia, saúde pública/saúde coletiva e ciências farmacêuticas, tomadas a partir de determinados aspectos teóricos e metodológicos, ou seja, não se trata de considerá-las nos seus arcaibouços completos, mas sim de evidenciar elementos que permitem observar interfaces úteis, por exemplo, para as políticas públicas em saúde. Também esclareço que quando me refiro a “medicamento” estou querendo dizer os produtos desenvolvidos pela indústria farmacêutica, que contêm fármacos em sua forma isolada e que devem cumprir, sob a definição das ciências farmacêuticas, requisitos de segurança, eficácia e qualidade. Já “remédio” refere-se a variados recursos terapêuticos, sejam chás e outras preparações oriundas de vegetais, animais e/ou minerais, benzeduras etc. (os medicamentos também podem ser incluídos na categoria mais ampla de “remédio”, desde que atendendo os requisitos já citados).

De maneira bastante resumida, podemos dizer que a cooperação entre a antropologia e a saúde pública iniciou nos anos 1950, originando a antropologia médica, associada à clínica, à epidemiologia e à etnociência/etnomedicina. Nos anos 1970, a abordagem simbólico-interpretativa foi incorporada à antropologia médica, representada por antropólogos como Alan Young, Arthur Kleinman e Byron Good. Trostle e Sommerfeld (1996) assinalaram que as trocas que se observam estão na apropriação e redefinição de conceitos-chave, sociais e culturais (mudança cultural, estratificação social, risco), no nível metodológico (a antropologia auxiliando na compreensão e “medida” das características subjetivas, que são de difícil quantificação), nos estudos descritivos e de intervenção e no uso de conceitos epidemiológicos pela antropologia, facilitando a generalização de algumas conclusões antropológicas. Mesmo com o desenvolvimento da antropologia médica, os antropólogos não dedicaram maior atenção até o final dos anos 1980 ao que Van der Geest (1988, p. 330) chamou de “*hard core*’ da biomedicina: os medicamentos”, quando então esse símbolo da moderna medicina tornou-se um dos focos centrais nas pesquisas, principalmente naquelas conduzidas em países não desenvolvidos e emergentes.

Uma nova perspectiva trazida por esses estudos, denominada “antropologia farmacêutica” (VAN DER GEEST, 1988) ou “antropologia dos medicamentos”, enfatiza os contextos locais de distribuição e uso dos medicamentos (VAN DER GEEST, 1987; ETKIN et al., 1990; VAN DER GEEST et al., 1996), já que abordagens macropolíticas e macroeconômicas produzidas em países não desenvolvidos e emergentes não são suficientes para explicar por que, por exemplo, o consumo de medicamentos é prática relevante mesmo onde os serviços de saúde são deficientes, os medicamentos de venda sob prescrição são disponíveis livremente e a automedicação é importante recurso de cuidado. Diehl e Rech (2004, p. 56) enfatizaram que uma análise focada no contexto local buscando os variados modos de prescrição, de indicação e de consumo de medicamentos irá auxiliar “sobremaneira o desenvolvimento de intervenções capazes de mudar comportamentos que de fato constituem ameaças à saúde”.

Sob um olhar cultural e social, os medicamentos têm um caráter concreto, pois podem ser ingeridos, injetados, esfregados, negociados: ao objetivar a doença, a concretizam, proporcionando elementos para negociar com o problema e com os atores. Segundo Van der Geest (1989), o encanto dos medicamentos em diferentes contextos surge de sua concretude como substâncias, são coisas, são mercadorias que facilitam

processos simbólicos e sociais particulares. Além disso, estão presentes em todo o mundo, convêm à biomedicina e a outros sistemas de saúde e, portanto, são bons para pensar sobre as relações entre o local e o global. A antropologia dos medicamentos é útil na medida em que, nos episódios de doença, os sujeitos e grupos sociais muitas vezes elaboram explicações baseadas no tipo, quantidade e “poder” dos medicamentos e/ou remédios utilizados (NICHTER; VUCKOVIC, 1994).

As ciências farmacêuticas – aqui representadas pelos medicamentos, um de seus objetos centrais –, por sua vez, em geral¹ constroem seu campo de pesquisa e ação sobre a biomedicina, assumindo-a como possuidora de conhecimentos e técnicas superiores a outros sistemas médicos e aplicáveis aos mais diversos contextos e populações. A realidade na biomedicina é o biológico, as patologias do indivíduo, baseada na prática clínica e na pesquisa científica, aceitando-se aquilo que é provado pela ciência. Duas vertentes complementares que buscam conhecer, analisar e avaliar o impacto dos medicamentos sobre as populações humanas compõem os estudos farmacoepidemiológicos: a farmacovigilância e os estudos de utilização de medicamentos (EUM)² (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000). A farmacovigilância estuda principalmente as reações adversas aos medicamentos (RAM). Os estudos de utilização de medicamentos englobam saberes referentes “à comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes” (WHO, 1977 apud OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000, p. 25), constituindo uma das estratégias para a racionalização do uso de fármacos. Esses estudos trazem um amplo número de aspectos, enfatizando questões políticas e econômicas, representando instrumentos essenciais na elaboração das políticas governamentais na área da Saúde, sendo também um meio capaz de avaliar a efetividade e a eficiência da utilização de medicamentos pela população e medir o seu impacto, se positivo ou negativo (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000). No entanto, a abordagem epidemiológica dos medicamentos mantém a perspectiva biomédica, baseada em uma visão biológica, reducionista

¹ Há áreas nas ciências farmacêuticas que incorporam perspectivas sociais e humanas para a compreensão do papel dos medicamentos, como a farmácia social – para saber mais, ver Hassali et al. (2011) – em vários países e a assistência farmacêutica no Brasil – ver, por exemplo, Santos (2011).

² Alguns autores ainda citam a farmacoeconomia (que se ocupa com o impacto econômico e os benefícios à saúde produzidos pelos fármacos) como uma abordagem inserida nos EUM (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000).

e fragmentada sobre a doença, na eficácia instrumental, na explicação mecanicista do funcionamento do corpo e do medicamento.

Embora haja avanços nas pesquisas colaborativas (HAHN, 1999), questões ligadas ao relativismo cultural permanecem como desafios importantes no diálogo entre a antropologia e as ciências da saúde em geral. Essa postura etnocêntrica é refletida nas políticas de saúde e na implementação dos serviços. Para superar o impasse, tanto as medicinas indígenas quanto a biomedicina devem ser “relativizadas”, tratando ambas como sistemas médicos (KLEINMAN, 1978, 1980) ou formas de atenção (MENÉNDEZ, 2003) que podem ser complementares. Como afirmado por Langdon (2000), relativizar a biomedicina significa que seus profissionais precisam reconhecer as suas limitações e admitir que existem outros sistemas médicos que podem contribuir para o conhecimento e a implementação de projetos e programas em saúde. Essa é a premissa fundamental para o respeito às especificidades de cada grupo populacional, como por exemplo povos indígenas.

Estudos sobre medicamentos em contextos locais indígenas de Santa Catarina

Como já salientei em outro texto (DIEHL, 2013), comparativamente às pesquisas antropológicas realizadas em outros países entre grupos étnicos e/ou comunidades nativas, em nosso país ainda são muito poucos os estudos que buscam compreender os usos e percepções que têm os indígenas quando se trata de medicamentos, podendo citar Novaes (1996, 1998), Pellegrini (1998), Diehl (2001), Diehl e Grassi (2010), Lima (2011) e Diehl e Almeida (2012). Esses estudos demonstram a dependência dos povos indígenas pelos medicamentos e pela biomedicina de modo mais amplo. Também permitem dizer que mesmo com um maior acesso aos medicamentos, as condições de saúde não necessariamente melhoraram.

Aqui, quero explorar conjuntamente os dados coletados em três contextos indígenas de Santa Catarina, referentes aos três principais grupos étnicos desse estado, a saber: Kaingáng, Xokleng e Guarani. Essas pesquisas procuram revelar o papel dos serviços biomédicos no acesso aos medicamentos e os usos que os indígenas fazem deles na perspectiva da autoatenção (MENÉNDEZ, 2003).³

³ Para Menéndez (2003), a autoatenção (sentido restrito) é a primeira forma de atenção no âmbito familiar e é um processo que inclui os conhecimentos e práticas de sujeitos

Os indígenas de Santa Catarina

Santa Catarina, um estado do sul do Brasil, tem 6.248.436 habitantes (IBGE, 2010a), com uma população indígena estimada em 16.041 pessoas (IBGE, 2010b), sendo que 7.055 vivem em Terras Indígenas (IBGE, 2010c), pertencentes majoritariamente às etnias Kaingáng, Xokleng e Guarani. Uma característica importante desses três povos é que estão em contato constante e permanente com a sociedade não indígena, seja porque suas aldeias estão muito próximas (ou mesmo dentro) das cidades ou porque transitam cotidianamente entre as Terras Indígenas e as sedes dos municípios.

Os Kaingáng vivem nos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo, constituindo uma das maiores populações indígenas do Brasil. Pertencem ao tronco linguístico Macro-Jê, à semelhança de outros grupos da região central do Brasil, como os Xavante e os Kayapó. A maioria dos Kaingáng de Santa Catarina entende e fala o português, sendo os mais velhos, em geral, bilíngues; os jovens em idade escolar têm recebido na escola o ensino do idioma. É importante ressaltar que os Kaingáng não mantêm em seu cotidiano sinais que indicariam, no senso comum, uma identidade indígena (como marcas e adornos no corpo, rituais tradicionais de cura, uso cotidiano da língua etc.), o que reflete diretamente na conduta das equipes de saúde, que ao perceberem que não há uma diferenciação em relação à sociedade envolvente, não veem como necessários ações e serviços culturalmente adequados.

Os Xokleng estão concentrados em uma única Terra Indígena, somente em Santa Catarina, tendo se autodeclarado indígenas 1.071 pessoas no último Censo nacional (IBGE, 2010c). Também pertencem ao tronco linguístico Macro-Jê e da mesma forma que os Kaingáng, não usam no seu dia a dia sinais que os identificariam como indígenas, repercutindo no modo como as EMSIs prestam os serviços de saúde.

Os Guarani correspondem a uma população transnacional, distribuída no Paraguai, Argentina e Brasil, pertencendo ao tronco linguístico Tupi-Guarani. No Brasil, encontram-se no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul, divididos nos subgrupos Kaiowá, Mbyá

e seus grupos sociais na busca de resolver os problemas que afetam a saúde. Nesse processo, os sujeitos e grupos sociais articulam diferentes formas de atenção de maneira autônoma dos especialistas, incluindo a automedicação, que é usar determinados fármacos sem a intervenção direta e/ou indireta dos profissionais de Saúde, mas também utilizar ervas, álcool, maconha, ventosas, massagens, cataplasmas etc.

e Nhandeva; em Santa Catarina predomina a parcialidade Mbyá, com população estimada em torno de 500 indivíduos vivendo em várias Terras Indígenas (IBGE, 2010c). Em geral, são todos falantes da língua guarani; o português e a escrita guarani passaram a ser ensinados às crianças com a implantação das escolas nas aldeias.

Sobre o trabalho de campo

Entre os Kaingáng, a investigação foi realizada na Terra Indígena Xapecó (TIX), especialmente na aldeia Sede, em dois períodos: durante sete meses em 1999-2000 e 38 dias entre 2007 e 2008. Entre os Xokleng da Terra Indígena Ibirama-Laklânõ, foram 77 dias entre 2008 e 2009, sob a responsabilidade do antropólogo Ledson Kurtz de Almeida. O campo com os Guarani da Terra Indígena Morro dos Cavalos aconteceu entre os anos de 2006 e 2008, totalizando 103 dias, conduzido por Francielly Grassi e por mim. Utilizamos a observação participante em diferentes situações, como no cotidiano das famílias, na prestação de serviços de saúde, em reuniões que tratavam da saúde, entre outros. Também entrevistamos indígenas direcionando para o tema dos medicamentos e aplicamos um questionário padrão sobre a “farmácia caseira” (informações sobre os medicamentos existentes nas casas, juntamente com dados demográficos), além de conversas informais sobre aspectos mais amplos do processo saúde-doença-atenção. As análises constaram de uma descrição da “farmácia caseira”, a partir de um banco de dados em planilha Excel® e cálculos de frequência e percentual pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), considerando a Classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) do *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* nos níveis 2 (grupo terapêutico) e 5 (nome do fármaco), e contextual, levando em conta a prescrição, distribuição e/ou uso dos medicamentos, a organização dos serviços de saúde e a organização social e política nas três Terras Indígenas. Todas as pesquisas cumpriram com as exigências legais para povos indígenas no Brasil: aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (local), pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Os medicamentos entre os Kaingáng da Terra Indígena Xapecó

Em 1999 e início de 2000, os auxiliares e atendentes de enfermagem ficavam a maior parte do tempo na Enfermaria, como era

chamado o posto de saúde, cuja coordenação era de uma pessoa ligada à liderança indígena. Médicos e dentistas prestavam a assistência em poucos períodos da semana. Os medicamentos sempre tiveram uma sala reservada e nessa época não faltavam.

A partir de 2000, o modelo de atenção⁴ passa a ser organizado, contando com a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena, formada por: médico, dentista, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico em enfermagem, agente indígena de saúde (AIS) e agentes indígena de saneamento (AISAN). Posteriormente, foram incorporadas à Equipe uma nutricionista e uma auxiliar de consultório dentário. Na aldeia Sede, um prédio foi construído para abrigar o posto de saúde, e os medicamentos ganharam uma sala mais ampla, existindo ainda uma outra sala para o armazenamento de quantidades maiores.

Na pesquisa de 1999/2000, saliento os seguintes pontos:

- 1) Na análise das prescrições médicas, de entrega de medicamentos sem receita pelos auxiliares e atendentes da Enfermaria e dos medicamentos encontrados nas casas (“farmácia caseira”), os antibacterianos, os analgésicos, os antiparasitários, os ansiolíticos e os anticonvulsivantes, entre outros, foram as classes farmacológicas que chamaram muito a atenção. Durante um mês, os médicos prescreveram medicamentos em 85% das consultas; os auxiliares e atendentes entregaram sem receita 417 medicamentos em um mês. Nas 190 casas pesquisadas (totalidade das casas da aldeia Sede),

⁴ No final de 1999, as ações e serviços de saúde para os povos indígenas foram organizados na forma de um subsistema vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), constituído de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos por todo o país. Os DSEIs contam com uma estrutura para a atenção primária nas Terras Indígenas, atendidas por Equipes Multiprofissionais de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), e os serviços de maior complexidade são referenciados na rede mais ampla do SUS. Esse modelo é respaldado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (BRASIL, 2002), que além dos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação comunitária, inclui o princípio da atenção diferenciada. Idealmente, esse princípio deve permear todas as diretrizes da PNASPI, sendo uma de suas definições “o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas” (BRASIL, 2002, p. 18). Estudos (LANGDON et al., 2006; DIEHL et al., 2012; PONTES et al., 2012) têm demonstrado que a definição e operacionalização da atenção diferenciada se mostram ambíguas e confusas, destacando-se nesse cenário os papéis dos agentes indígenas de saúde e da participação e controle social por parte dos povos indígenas, que estão longe de se realizarem na prática.

em 71% existiam medicamentos. Entre os 525 medicamentos encontrados nas casas, 21,5% eram antibacterianos; 14,7% analgésicos, principalmente dipirona; 6,7% anti-inflamatórios, em especial diclofenaco.

- 2) A disponibilidade na Enfermaria estimulava a demanda e a atitude dos médicos, prescrevendo muito, legitimava e encorajava os Kaingáng na busca de medicamentos sintomáticos.
- 3) Os auxiliares e atendentes de enfermagem, que ficavam a maior parte do tempo na Enfermaria, tomavam decisões baseadas em seus conhecimentos e experiências prévias.
- 4) A coordenação, sendo de pessoa ligada à liderança, gerava conflitos pelas disputas de poder e de interesses pessoais. Os conflitos ficavam evidentes na questão dos medicamentos, pois se havia autonomia para os médicos prescreverem, isso não significava que o indígena iria receber exatamente o que fora receitado. A avaliação era baseada na experiência ou ainda em critérios de existência ou não no estoque. Por exemplo, troca de paracetamol por dipirona; ampicilina prescrita pelo médico para tomar de 6/6 h teve sua posologia mudada para 8/8 h porque a atendente considerava que tomar quatro vezes ao dia era muito forte.
- 5) A coordenação da Enfermaria podia usar da autoridade e solicitar consulta para um paciente, mesmo com todas as fichas já tendo sido distribuídas. Também solicitava receita de medicamentos psicotrópicos (ansiolíticos, antidepressivos e anticonvulsivantes) sem a presença do paciente.

Na pesquisa de 2007/2008, destaco os pontos:

- 1) As consultas médicas eram basicamente de demanda espontânea, principalmente para infecção respiratória aguda, diarreia, desnutrição, infestações parasitárias, doenças de pele e hipertensão.
- 2) Alcoolismo e doenças sexualmente transmissíveis eram importantes agravos, porém não faziam parte das demandas espontâneas e não havia um perfil epidemiológico registrado.
- 3) As ações e serviços de saúde eram executados de forma complementar pelos dois municípios onde se localiza a TIX e por uma Organização Não Governamental (ONG) indígena, o que resultava em diferentes formas de contratação dos profissionais.

- 4) Na área da TIX localizada em Ipuacu, que possui a maior parte da população indígena (em torno de 2/3), existia um posto de saúde na aldeia Sede, um na aldeia Pinhalzinho e outro na aldeia Fazenda São José. No período entre 2007 e 2008, atuavam 31 profissionais ligados à Equipe Multiprofissional. Além da equipe de saúde, havia três auxiliares de serviços gerais contratadas pelo município e cinco motoristas.
- 5) Desde a implantação do subsistema, observa-se uma alta rotatividade dos profissionais, especialmente dos AIS e dos médicos.
- 6) Não havia coordenação local formalmente instituída, cargo normalmente ocupado por enfermeiro.
- 7) As principais atividades realizadas no posto de saúde eram: consultas médicas e odontológicas, coleta de preventivo, pesagens, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, curativos, nebulização, encaminhamentos a especialistas e para hospitalização, imunização, acompanhamento do sistema de vigilância alimentar e nutricional e entrega de medicamentos.
- 8) Na análise da “farmácia caseira”, em 2007 os medicamentos foram prescritos especialmente pelos médicos do posto de saúde da aldeia Sede (70,4%) e adquiridos majoritariamente nesse local (85,7%); em 2008, em torno de 50% foram prescritos pelos médicos e a maioria (96%) adquirida no mesmo posto.
- 9) Segundo os entrevistados, a automedicação com medicamentos representou 5,8% em 2007 e em torno de 25% em 2008.
- 10) O padrão de prescrição e o tipo de medicamento encontrado nas casas não diferiram nesses últimos 7-8 anos: entre os 568 medicamentos encontrados em 2007 em 150 casas (aproximadamente metade do número de casas da aldeia Sede), os analgésicos (dipirona novamente em primeiro lugar), os antibacterianos e os anti-inflamatórios (novamente o diclofenaco) foram as classes farmacológicas mais significativas.

Os Kaingáng buscavam serviços biomédicos e medicamentos e também procuravam os especialistas nativos e usavam remédios do mato. O termo nativo “*venh-kagta*” designa tanto o remédio da farmácia quanto o remédio do mato. Segundo um velho Kaingáng, “*Medicamento é venh-kagta. [...] Primeiro diz venh-kagta, depois diz pra quê e no caso do remédio branco é a receita que diz o nome.*” Noções de força e dieta

permeiam a utilização de medicamentos e remédios. Para os Kaingáng, força é ter saúde, e a fraqueza traz como consequência a doença. A força dos remédios é dada pelo tipo e quantidade. Um Kaingáng ensinou que qualquer remédio “*não faz mal se souber tomar, só não pode tomar muito*”. Uma das informantes que se mostrou mais à vontade para falar dos medicamentos afirmou que interrompe o uso de um remédio quando observa que a cura ou a melhora se deram. Para uma curandeira Kaingáng, a força de um remédio, seja ele do mato ou da farmácia, estava relacionada à quantidade que se usa. Outra mulher considerava o remédio da farmácia muito mais forte que o do mato.

Os alimentos podiam ser os causadores de determinado evento, ou os alimentos modernos eram responsáveis pela atual natureza fraca dos índios; ou seja, estão na gênese das doenças. Segundo os Kaingáng, o uso dos remédios do mato exige dietas específicas, enquanto que os remédios da farmácia é o médico que diz se tem dieta ou não.

Noções próprias de eficácia permeavam o uso de *venh-kagta*. Comparações de cor, odor, sabor definiam se o medicamento ou remédio era bom. Os medicamentos comprados na farmácia eram melhores que aqueles sem caixa e que traziam o nome pela Denominação Comum Brasileira ou Internacional. As injeções ou outras formas farmacêuticas eram avaliadas de acordo com o poder de cura ser mais ou menos rápido. As injeções, ao mesmo tempo que eram mais fortes que comprimidos e líquidos e tinham efeito rápido, causavam dor e endurecimento do membro, o que podia impedir para o trabalho e até causar outras doenças. Assim, o caráter ambíguo das injeções pode auxiliar na compreensão de por que muitas vezes os Kaingáng não levavam a termo o tratamento prescrito. Os antiparasitários não eram bons porque “não derrubavam as bichas na obra”, isto é, não era possível observar os parasitas nas fezes. Para uma mãe Kaingáng, a ampicilina, um antibacteriano, era boa para a gripe; porém, quando a criança não tinha febre, diferentemente da amoxicilina, outro antibacteriano, recomendada quando a febre estava presente; já a eritromicina, também um antibacteriano, ela considerava quase a mesma coisa que a Ampicilina→. O conhecimento dessa mãe permitiu julgar a força desses antibacterianos: “*O mais forte, qual seria o mais forte... O certo acho que era amoxilina. Acho, não sei. É porque amoxilina... ele é... acho que o melhor, amoxilina do que ampicilina e eritromicina*”.

Os medicamentos entre os Xokleng da Terra Indígena *Ibirama-Laklãnõ*

A EMSI, contratada por uma ONG não indígena e formada por médico, dentista, enfermeiro, técnicos de enfermagem, AIS e AISAN, se revezava entre as sete aldeias da TI, atendendo a demandas espontâneas como diarreias, gripes, dores de cabeça, dor no corpo, entre outras, e motivava a busca pelo serviço no posto de saúde. Além disso, havia acompanhamento de casos de hipertensão, de diabetes bem como de outros casos de uso de medicação contínua e controlada. Destacavam-se também os casos de doenças sexualmente transmissíveis, sendo no ano de 2007 identificados cinco casos de HIV positivo.

Os postos de saúde locais procuravam atuar em um nível de triagem das demandas gerais de atendimento. Realizavam acompanhamento de gestantes, auxiliando na coleta de exames de sangue e de material para o preventivo de câncer do colo do útero e pesagem das crianças de 0 a 5 anos, além dos procedimentos cotidianos, como realização de curativos, entrega de medicamentos, aplicação de injeções, encaminhamentos às consultas especializadas e para internação, entre outros. Havia também participação nas campanhas de vacinação.

Com relação especificamente aos medicamentos, estes eram disponibilizados em um estoque nos postos de saúde das aldeias e, quando faltavam nesses locais, havia um estoque na farmácia do Polo Base. Esse estoque seguia a lista básica organizada pela ONG não indígena e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), contando com cerca de 150 especialidades farmacêuticas. Quando necessário, havia aquisição de medicamentos através de contrato estabelecido entre a ONG e uma farmácia de Ibirama.

No levantamento da “farmácia caseira” em uma das aldeias, destaco:

- 1) Em 40 casas (95% do total) foram identificados 456 medicamentos, sendo 20,2% para o trato alimentar e metabolismo, destacando-se os antiespasmódicos com ou sem associação a analgésicos (5,3% de butilescopolamina) e os antieméticos (4,4% para metoclopramida); 17,5% eram medicamentos para o sistema nervoso, sendo 12,7% outros analgésicos e antipiréticos (dipirona, paracetamol e ácido acetilsalicílico); 11% eram para o sistema músculo-esquelético, principalmente os anti-inflamatórios e antirreumáticos não esteroidais (10,8%

para diclofenaco e nimesulida); os anti-infecciosos de uso sistêmico corresponderam a 10,7%, a maioria antibacterianos betalactâmicos (2,9% de amoxicilina e ampicilina) e cefalosporinas de primeira geração (2,4% para cefalexina).

- 2) Os medicamentos foram prescritos pelo médico do posto de saúde (44,5%) e por outros médicos (22,6%), entre outros profissionais de saúde.
- 3) Segundo os entrevistados, 6,6% foram obtidos por automedicação; para 14,7% não foi informado quem os indicou. A aquisição dos medicamentos foi majoritariamente (75,9%) no posto de saúde da aldeia ou no Polo-Base.
- 4) Muitos dos medicamentos nas “farmácias caseiras” estavam com pouco uso ou até mesmo lacrados.

Em relação a esse último ponto, algumas observações podem ser feitas:

- Ao ir ao posto de saúde da aldeia, o paciente, após fazer a consulta e constatar a necessidade de medicação, verificava se havia em estoque naquele local. Em não havendo, a receita era encaminhada para aquisição pelo Polo Base na farmácia conveniada, um processo geralmente demorado. Quando o remédio retornava ao paciente, mesmo que o problema diagnosticado não existisse mais ou ele tivesse resolvido a situação de outra forma, recebia o medicamento, levava para casa e guardava. Em algumas situações, esse medicamento seguia nas redes das famílias extensas de acordo com o aparecimento de doenças identificadas como comuns àquela para a qual ele havia sido obtido. Assim, a circulação de medicamentos reforçava os laços familiares e possibilitava o acesso direto a eles fora do fluxo normal de atendimento que devia iniciar pela consulta com o médico do posto de saúde da aldeia.
- Algumas vezes o paciente obtinha o medicamento no tempo determinado, mas não era identificado por ele como de eficácia. Isso era comum em situações em que o paciente estava acostumado com um medicamento e, diante de uma embalagem diferenciada, não o reconhecia. Às vezes o sintoma passava e o medicamento rechaçado permanecia sem ser consumido. Era comum isso ocorrer em casos de aquisição de genéricos ou fórmulas equivalentes.

- Quando mudava a dosagem por alguma observação do médico, o paciente não consumia e resolvia adquirir o anteriormente utilizado através de seus próprios meios, deixando o do posto guardado.
- Certas vezes determinado medicamento causava desconforto ao paciente: ou ele retornava ao posto para reclamar, realizando nova consulta e obtendo outro medicamento equivalente, ou simplesmente abandonava o tratamento; em ambas as situações, o primeiro permanecia guardado na caixa, fora de uso.
- Era muito comum o uso de um medicamento somente enquanto o paciente estava com os sintomas. Após esse período, o restante da quantidade receitada permanecia guardado.

Entre os Xokleng, o processo de estabelecimento dos postos de saúde nas aldeias se deu de um sentido externo para uma apropriação interna, na medida em que os Xokleng passaram a ocupar os cargos possíveis e formar profissionais de saúde para dar conta da demanda. A administração dos postos ficava ao encargo de técnicas indígenas de enfermagem que assumiam a responsabilidade pela manutenção. Eram tratadas com prestígio pela comunidade, mas, mesmo assim, estavam dentro do sistema hierárquico local, devendo se submeter à liderança.

As atividades dos postos, bem como a atuação dos profissionais, eram acompanhadas e avaliadas pelas lideranças. Em situações de insatisfação de indivíduos da comunidade, era a elas que recorriam para o estabelecimento do controle da saúde. O profissional indígena de saúde ficava entre o sistema oficial e o sistema local, estando mais sujeito a este último, já que dependia das relações interpessoais ali estabelecidas. Com relação aos medicamentos, o profissional do posto não podia ser considerado sovina, pois era constantemente pressionado para administrar medicamentos, mas, por outro lado, era cobrado pelo sistema oficial para estabelecer um controle rigoroso. Os médicos que atendiam nos postos também eram cobrados pelos pacientes para realizarem encaminhamentos para consultas especializadas e para administrarem determinados tipos de medicamentos.

Grande parte dos Xokleng que acionava o sistema de saúde local buscava uma relação dialógica com os profissionais de saúde para uma série de problemas que iam além dos sintomas. A justificativa era o sintoma e, se não se desenvolvia uma negociação de significados sobre a doença (por meio de um maior conhecimento das causas e dos

problemas mais profundos pelos quais o paciente estava passando), o atendimento resultava no valor do sintoma relacionado com a especialidade e tratamento respectivo. Cumpre dizer que havia certos pacientes que “sempre estão doentes”, buscando incessantemente por tratamento especializado.

No campo da saúde, a apropriação de elementos externos era evidente. Os Xokleng diziam que queriam o melhor atendimento com base no discurso da biomedicina. Os postos de saúde reproduziam um atendimento convencional, mesmo que todos eles fossem administrados por profissionais indígenas de saúde. Contudo, seguia em um sentido de autonomia de uso dos elementos do sistema de saúde oficial, gerando muitas contradições e conflitos da sociedade indígena com esse atendimento. O discurso sobre a eficácia da medicina curativa era mais frequente, sustentando a crença nos processos de cura biomédicos, o que não significava a inexistência de alternativas de recursos de cura acionadas pelos habitantes das aldeias, como uso de plantas e dietas, por exemplo. Com frequência as causas de adoecimentos e mortes eram atribuídas à ineficácia do sistema oficial de saúde em desenvolver a qualidade de atendimento concebida na lógica xokleng: equipes médicas, veículos e quantidade suficiente de medicamentos nas aldeias, por exemplo.

Portanto, muito do sistema oficial de caráter assistencialista e biomédico era apropriado dentro da lógica xokleng em sua perspectiva de valor. Procurava-se reproduzir na aldeia a imagem do sistema acionado pelos não indígenas em um processo semelhante a outros de apropriação e inclusão de elementos externos como valorização da identidade étnica indígena. O que se destaca na saúde convencional, como uso de medicamentos, consultas especializadas e exames de alta complexidade, fazia parte de um discurso apropriado pelos indígenas; mas a lógica interna das aldeias permanecia: hierarquia nas relações locais, acesso direto e imediato aos serviços e medicamentos bem como a inclusão da saúde em um sistema sociocultural global representado pela articulação dos campos da religião, política e economia.

Os medicamentos entre os Guarani da Terra Indígena Morro dos Cavalos

A EMSI, contratada pela mesma ONG não indígena que atuava entre os Xokleng, era formada por médico, dentista, enfermeiro, técnicos de enfermagem, AIS e AISAN. Essa equipe se deslocava ao posto de saúde da única aldeia da TI uma vez por semana, e os

Guarani a procuravam apresentando as mais variadas queixas, com ênfase para gripe, tosse e diarreia, o que se retratava nos principais fármacos encontrados nos domicílios. Outros motivos para a busca pelo serviço também foram observados e relatados pelos indígenas, como a curiosidade, a atenção recebida pela equipe e a oportunidade de encontrar parentes e vizinhos, servindo o posto de saúde como um local de sociabilidade. Um dos pontos levantados como mais favorável para os indígenas em relação à presença da equipe e à existência do posto na aldeia era que não precisavam mais enfrentar filas nos postos de saúde dos municípios vizinhos, razão também mencionada para não desejarem a municipalização do atendimento.

Nos levantamentos da “farmácia caseira” guarani, saliento:

- 1) Entre as nove casas (aproximadamente 50% do total de casas) visitadas em 2006, oito delas tinham medicamentos, totalizando 38 unidades (média de 4,2 medicamentos por casa). Em 2007 e em 2008 todas as casas habitadas foram visitadas (20 e 19 casas respectivamente) e em 15 e 10 delas foram encontrados medicamentos, respectivamente, totalizando 45 (média de 2,2 medicamentos por casa em 2007) e 22 (média de 1,2 medicamento por casa em 2008) unidades.
- 2) Considerando-se as três pesquisas domiciliares, a armazenagem nas casas era predominantemente na cozinha (43,8%) e no quarto (41,9%), mantendo-se de maneira geral as embalagens originais.
- 3) Os analgésicos foram a classe terapêutica predominante em 2006 (n = 7, 18,4%) e em 2007 (n = 7, 15,6%) e os antianêmicos (n = 5, 22,7%) em 2008. Entre os 38 medicamentos encontrados em 2006, conforme ATC 5º nível, destacaram-se o ambroxol (n = 7, 18,4%), o paracetamol e o sulfato ferroso, entre outros; o ambroxol (n = 6, 13,3%) também foi o mais representativo dos 45 medicamentos encontrados em 2007, seguido pela dipirona, diclofenaco e paracetamol, entre outros; em 2008, dos 22 medicamentos encontrados, o sulfato ferroso foi o mais observado (n = 4, 18,2%), seguido pela dipirona, paracetamol e ambroxol, entre outros.
- 4) O médico da equipe de saúde foi o principal prescritor nos três momentos (81,6% em 2006; 77,8% em 2007 e 91,0% em 2008). A aquisição dos medicamentos pelos Guarani foi basicamente quando da visita da equipe, no posto de saúde da

aldeia (84,2% dos medicamentos em 2006; 77,8% em 2007 e 91,0% em 2008). A farmácia particular, o Polo Base, o hospital, o AIS e o vizinho/parente também foram citados como fontes de acesso aos medicamentos.

- 5) A automedicação com medicamentos não foi relevante nas três pesquisas domiciliares, tendo sido 10,6% em 2006, 8,9% em 2007 e nenhuma referência em 2008.

Na pesquisa entre os Guarani, foi possível analisar as prescrições emitidas em seis meses pelo médico da equipe, quando da visita à TI., destacando:

- 1) Entre janeiro e junho de 2008, a equipe foi 17 vezes à aldeia, sempre com a presença do médico. O tempo de permanência era em média de duas horas. Foram realizadas 236 consultas (média de 13,9 consultas por dia, sendo o mínimo de duas consultas e o máximo de trinta em um período de atendimento), que resultaram em 458 medicamentos prescritos (média de 1,9 medicamentos por consulta e 26,9 medicamentos por cada ida da equipe). No período analisado, o médico atendeu 109 pessoas, a maioria (57 pessoas) tendo ido uma vez para consultar, duas delas foram sete vezes e as restantes variaram entre duas e seis vezes. Receberam prescrição 58 mulheres (53%) e 51 homens (47%); para 53 crianças (48,7%) de 0 a 14 anos foram prescritos medicamentos e para 22 pessoas (20,2%) não havia indicação da idade nas receitas.
- 2) As classes terapêuticas predominantes foram as preparações para tosse e resfriado ($n = 80$, 17,5%), os analgésicos, os anti-helmínticos, os antibacterianos para uso sistêmico e os anti-inflamatórios e antirreumáticos, seguidas por outras. Entre os 458 medicamentos prescritos, segundo ATC 5º nível, destacaram-se o ambroxol ($n = 62$, 13,5%), o albendazol, o paracetamol, a dipirona e a azitromicina, entre outros. Destes medicamentos, 53,9% ($n = 247$) constavam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2006.

Para os Guarani, a escolha do tratamento normalmente era definida pelo *karai* (pajé), que decidia qual recurso terapêutico a ser utilizado. A busca pelos medicamentos acontecia a partir do diagnóstico feito pelo *karai* para o tratamento das “doenças de *djuruá*” (o termo *djuruá* designa todas as pessoas da sociedade envolvente, chamadas de maneira abrangente de “brancos”). Estas doenças, junto

com as “doenças espirituais”, compõem as duas classes de moléstias que, segundo os Guarani, os afetavam. A origem das “doenças espirituais” está intimamente relacionada com o desrespeito à natureza, a influência exercida por determinadas pessoas sobre outras e os pensamentos nocivos. A confirmação se de fato são “doenças espirituais” era feita somente pelo *karai*. No entanto, algumas manifestações eram reconhecidas como sinais indicativos dessa categoria de doença. Mesmo reconhecendo os sintomas, o *karai* era considerado apto para tratar essas doenças. Já as “doenças de *djuruá*” são provenientes principalmente da má alimentação e do contato com os não indígenas e são reconhecidas como tendo suas manifestações preditas. Também quando são exibidas no físico, como as feridas, ou quando são transmitidas de um indivíduo para outro, como a gripe. Os recursos utilizados pelo *karai* podem também alcançar os resultados desejados para o tratamento das “doenças de *djuruá*”. É importante salientar que essa categorização entre “doenças de *djuruá*” e “doenças espirituais” era feita pelos informantes; no contexto local, essa polarização não era tão clara, já que, dependendo da situação os remédios, sejam eles remédios de branco/medicamentos ou remédios do mato e rezas, podiam ser utilizados independentemente do problema.

Entre as razões que levavam a comunidade a procurar os medicamentos também estava a dificuldade para encontrar remédio do mato, visto que a aldeia está localizada em uma pequena área muito próxima da cidade, com o meio ambiente degradado.

A eficácia dos medicamentos era reconhecida para o tratamento da gripe, tosse e diarreia, entre outros sintomas físicos. A grande maioria apontou para o fato de interromper o tratamento quando havia uma melhora no estado de saúde. Além da avaliação da eficácia, o profissional de saúde também podia influenciar a adesão ao tratamento, principalmente quando dava informações sobre efeitos adversos, que eram interpretados pelos indígenas como algo muito ruim associado ao uso dos medicamentos.

Algumas considerações para finalizar

Nossos dados indicam que a estrutura, a organização e a operacionalização das ações e serviços em saúde a partir do subsistema e da criação dos DSEI têm contribuído para um contexto marcado pelo intenso contato entre diferentes saberes e diversas formações e práticas

em saúde. A biomedicina tem papel central no contexto intercultural. As políticas públicas, mesmo incorporando conceitos e princípios, como da atenção diferenciada, na prática são implementadas de maneira que ignoram os contextos locais. As pesquisas etnográficas, que buscaram dialogar com três campos disciplinares, indicam que os problemas estão relacionados principalmente com a falta de preparação dos gestores e dos profissionais de saúde para atuarem em contextos interétnicos e com relações políticas locais e regionais marcadas pelo preconceito. A práxis é caracterizada por uma forte institucionalização, centralização e burocracia, sob a hegemonia do modelo biomédico, enquanto aos indígenas restam suas interpretações do que seja necessário para adequar suas ações e aproveitar as novas oportunidades oferecidas pelo sistema.

O estudo sobre medicamentos em um contexto local tem mostrado que não há uma medicina essencial, independente da história de interação entre diferentes sociedades. Os profissionais da saúde, fortemente impregnados por noções de eficácia e de racionalidade biomédica, sistematicamente ignoram que o comportamento cotidiano dos indígenas na busca por atenção à saúde é orientado pelos conhecimentos e normas culturais locais, experiência individual, juntamente com conflitos de poder que intervêm no acesso ao serviço e na distribuição de medicamentos, além das influências políticas e econômicas mais amplas.

As pesquisas sob a abordagem da antropologia dos medicamentos têm importância para a compreensão do papel e do uso dos medicamentos em diferentes sociedades. Nossas investigações demonstram que a pluralidade de opções terapêuticas disponíveis para os indígenas permitem a busca de diferentes recursos de cuidados, evidenciando o uso de medicamentos nas práticas de autoatenção. Além disso, os medicamentos representam um foco privilegiado no entendimento da inserção da biomedicina, pois ocupam um espaço notável no cotidiano dos povos indígenas.

É fundamental que a hipermedicalização entre indígenas (e não indígenas) seja compreendida não como um ato isolado de busca de cuidado, mas como parte de um processo que inclui atos dos sujeitos e grupos, além dos diferentes curadores que intervêm no processo. Como salientou Yoder (1997), não basta propor intervenções que relacionam mudança de conhecimento, usando a biomedicina como modelo normativo, com mudança de comportamento. É necessário ir além, buscando nas inúmeras interações entre os diferentes atores envolvidos

e setores de saúde os elementos que condicionam determinados comportamentos em saúde. Nesse sentido, as intervenções, incluindo as ações em saúde pública, devem ser consideradas como processos de troca cultural e social (HAHN, 1999), em que a comunidade, os pacientes e suas famílias são participantes ativos.

Ainda segundo Yoder (1997), um desafio significativo para a colaboração entre a antropologia e a saúde pública é negociar as informações que são relevantes para o programa ou projeto específico em saúde, bem como evidenciar a importância dos conhecimentos locais no seu planejamento e execução. O antropólogo, portanto, deixa de ser neutro ou simples mediador para se tornar um membro crítico e reflexivo (LANGDON, 2001). Ele deve facilitar o entendimento de que a cultura é heterogênea, emergente e dinâmica e que o comportamento em relação à saúde e aos processos de doença e cura não está ligado somente aos aspectos cognitivos (conceitos locais, crenças, atitudes e valores), mas também às interações sociais que caracterizam o contexto interétnico, intercultural e intermédico.

Referências

- BRASIL. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.
- DIEHL, E. E. *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xaçupé, Santa Catarina, Brasil)*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- _____. Etnofarmacologia e antropologia dos medicamentos em contextos indígenas. In: HAVERROTH, M. (Org.). *Etnobiologia e saúde de povos indígenas*. Recife: NUPEEA/IBP, 2013.
- DIEHL, E. E.; RECH N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004.
- DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, 2010.
- DIEHL, E. E.; ALMEIDA, L. K. Medicamentos em contexto local indígena: a “farmácia caseira” xokleng, Santa Catarina. *R@U: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCAR*, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 189-206, 2012.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012.

ETKIN, N. L.; ROSS, P. J.; MUAZZAMU, I. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. *Social Science and Medicine*, v. 30, n. 8, p. 919-928, 1990.

HAHN, R. A. Anthropology and the enhancement of public health practice. In: _____. (Ed.). *Anthropology in public health: bridging differences in culture and society*. New York: Oxford University Press, 1999.

HASSALI, M. A.; SHAFIE, A. A.; AL-HADDAD, M. S.; ABDUELKAREM, A. R.; IBRAHIM, M. I.; PALAIAN, S.; ABRICA, O. S. Social pharmacy as a field of study: the needs and challenges in global pharmacy education. *Res. Social Adm. Pharm.*, v. 7, n. 4, p. 415-420, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Sinopse do Censo Demográfico 2010* – Santa Catarina. 2010b. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=42&dados=11>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. 2010a. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. *Tabela 3.1 – Pessoas residentes em terras indígenas, por condição de indígena, segundo as Unidades da Federação e as Terras Indígenas* – Brasil. 2010c. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_dos_Indigenas/pdf/tab_3_01.pdf>. Acesso em: 15 maio 2013.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, v. 12, n. 2b, p. 85-93, 1978.

_____. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio del siglo. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR., C. E. A. (Org.). *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. A nova política de saúde indígena no Brasil: preocupações antropológicas sobre o conceito de “atenção diferenciada”. In: CONGRESO INTERNACIONAL DE AMERICANISTAS. SIMPOSIO QUESTIONI DI ANTROPOLOGIA MEDICA NEL CONTINENTE AMERICANO,

“CIRCOLO AMERINDIANO”, 23., 2001, Perugia. *Anais... Perugia*: Universidad de Perugia, 2001. p. 357-364.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; WIIK, F. B.; DIAS-SCOPEL, R. P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

LIMA, C. M. Notas sobre o consumo de medicação psicotrópica entre os Xukuru do Ororubá. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 9., 2011 Curitiba. *Anais... Curitiba*: Universidade Federal do Paraná, 2011. (GT Antropologia e Medicamentos).

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Understanding medication in the context of social transformation. In: ETKIN, N. L.; TAN, M. L. (Ed.). *Medicines: meanings and contexts*. Quezon City: Health Action Information Network, 1994.

NOVAES, M. R. *A caminho da farmácia*: pluralismo médico entre os Wari' de Rondônia. 1996. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

_____. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari' de Rondônia. *Revista de Divulgação Cultural*, Blumenau, n. 64, p. 69-76, 1998.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. (Coord.). *Estudos de utilização de medicamentos*: noções básicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

PELLEGRINI, M. *Falar e comer*: um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima. 1998. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

PONTES, A. L.; STAUFFER, A.; GARNELO, L. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). *Saúde indígena*: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-Secadi; UNICEF, 2012.

SANTOS, R. I. *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. 2011. Tese (Doutorado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

TROSTLE, J.; SOMMERFELD, J. Medical anthropology and epidemiology. *Annual Review of Anthropology*, n. 25, p. 253-274, 1996.

VAN DER GEEST, S. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. *Social Science and Medicine*, v. 25, n. 3, p. 273-276, 1987.

VAN DER GEEST, S. Pharmaceutical Anthropology: perspectives for research and application. In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. (Ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer, 1988.

_____. The charm of medicines: metaphors end metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 3, n. 4, p. 345-367, 1989.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, n. 25, p. 153-178, 1996.

YODER, P. S. Negotiating relevance: belief, knowledge, and practice in international health projects. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 11, n. 2, p. 131-146, 1997.

Ética e política em pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados

Esther Jean Langdon
Sônia Weidner Maluf
Carmen Susana Tornquist

Introdução

O objetivo deste artigo é discutir as especificidades da pesquisa qualitativa em saúde e sua contribuição ao debate sobre ética na pesquisa. A pesquisa qualitativa tem como ponto de partida: 1) a ideia de que, para entender melhor o processo de saúde e doença e o processo e o significado de curar, é preciso abordar a experiência da doença como processo subjetivo e buscar entender o mundo do sofredor; 2) a visão de que, para pensar as políticas públicas em saúde, questões como o acesso universal, a equidade, a humanização e o respeito à cultura e ao conhecimento do outro, é preciso pensar que saúde também é política, na medida em que é um problema coletivo e social; 3) a constatação de que as pesquisas em locais e culturas específicos, como as sociedades indígenas, têm revelado, em relação à questão da saúde, processos micropolíticos e de relações de poder (dados que permitem a avaliação dos serviços prestados em saúde, a relação da equipe profissional com os pacientes, a avaliação dos princípios dos serviços na atenção diferenciada, as relações de poder envolvidas na aplicação de políticas e programas de saúde), que

não aparecem em outras formas de pesquisa. Essas questões nos levam a discutir o quanto os procedimentos exigidos pelas resoluções sobre ética em pesquisa não levam em consideração essas especificidades; 4) a percepção de que a pesquisa qualitativa traz contribuições não apenas para a pesquisa em saúde em geral, mas também para a elaboração de políticas públicas e sociais voltadas à saúde, assim como para a prática cotidiana dos profissionais e agentes de saúde.

Partimos do entendimento de que a antropologia e as demais ciências humanas não devem se furtar a discutir as questões de ética na pesquisa ou simplesmente estar ausentes dos Comitês de Ética na Pesquisa (CEPs), mas que temos uma contribuição importante a dar nesse campo, pelas próprias características da pesquisa antropológica e qualitativa.

Este artigo foi feito a seis mãos e reúne reflexões que apresentamos separadamente em diferentes eventos, entre eles dois encontros sobre ética em pesquisa qualitativa em saúde,¹ realizados em 2006 e 2007, coordenados pela Dra. Iara Guerriero,² e um debate sobre o mesmo tema no evento “Diálogos transversais em antropologia”, realizado em junho de 2007, no qual debatemos o Relatório sobre ética em pesquisa qualitativa produzido no primeiro encontro em Guarujá.³ O Relatório (SÃO PAULO, 2007) demonstrou ser altamente frutífero para pensar, do ponto de vista da pesquisa qualitativa, as limitações da atual regulamentação sobre ética na pesquisa e apontar para modificações nesta.

¹ O primeiro, “Ética em pesquisa qualitativa em saúde”, organizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo com o apoio do Programa Especial para Fortalecimento da Pesquisa em Doenças Tropicais da Organização Mundial da Saúde (TDR/WHO), foi realizado em Guarujá, São Paulo em agosto de 2006. O segundo, “I Seminário sobre ética nas pesquisas nas Ciências humanas e sociais e na saúde”, foi organizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e pelo Instituto de Psicologia da USP, também com o apoio do TDR/WHO”.

² Os dois textos iniciais que deram origem a este são: LANGDON, Esther Jean. “Dados qualitativos como um dos resultados”, apresentado no encontro de 2007; MALUF, Sônia W. “Do organismo à cultura: onde estão os sujeitos”, apresentado no debate dos Diálogos Transversais, UFSC, e posteriormente modificado em MALUF, S. W.; TORNQUIST, Carmen Susana. “Pedras no meio do caminho ou o caminho das pedras: os Comitês de Ética na Pesquisa e a vocação crítica da antropologia”, enviado para apresentação na Abanne, 2007. Na forma final deste artigo, modificamos o estilo oral dos dois textos anteriores, mas tentamos manter as referências aos relatos de campo de cada uma das autoras.

³ Nesse debate, Esther Jean Langdon apresentou o *Relatório de Guarujá* e Sônia W. Maluf debateu o documento.

Somos antropólogas que pesquisam no campo de antropologia da saúde. Jean Langdon tem experiência, principalmente, mas não exclusivamente, com a temática da saúde indígena há quarenta anos. Iniciou com estudos sobre os sistemas médicos tradicionais e xamânicos dos indígenas amazônicos e nas últimas décadas tem se dedicado à política de saúde indígena e à avaliação de serviços e programas de saúde através dos métodos qualitativos. Entre os mais recentes, tem pesquisado o papel dos agentes indígenas de saúde e os programas especiais orientados para resolver problemas de nutrição, abuso de álcool, hipertensão e tuberculose. Sônia Weidner Maluf tem pesquisado no campo das chamadas terapias alternativas, incluindo curas rituais e itinerários terapêuticos. Atualmente participa de uma pesquisa sobre gênero, subjetividade e saúde mental, focada na comparação entre políticas públicas, ativismo e experiências sociais nesse campo, com ênfase nos itinerários terapêuticos e nas concepções locais de sofrimento, aflição e cura. Carmen Susana Tornquist trabalhou com a experiência do parto humanizado e atualmente participa da mesma pesquisa sobre gênero e saúde mental.⁴

Observamos nos últimos anos mudanças significativas nos fundamentos teórico-metodológicos da antropologia, que têm impactado o papel do antropólogo em programas e pesquisas sobre saúde tanto quanto sua relação com os pesquisados ou “colaboradores”. Também a relação com o pesquisado tem sido alvo de novas considerações éticas diante das questões centrais do quadro político mundial dos últimos trinta anos, relacionadas à situação colonial (iniquidade), à desigualdade do acesso aos serviços de saúde, ao direito, ao respeito das particularidades e das práticas culturais e ao respeito aos direitos humanos das mulheres e de grupos minoritários.

No período posterior à Segunda Guerra Mundial, o antropólogo que participava de programas de saúde tinha sua maior responsabilidade voltada aos profissionais que estabeleceram as prioridades em saúde, uma situação na qual a biomedicina operou como hegemônica. Foi esperado que ele identificasse os costumes e as práticas dos nativos para que os médicos pudessem julgá-las ou modificá-las. Um segundo papel foi o de ajudar na comunicação entre os profissionais de saúde e a comunidade para conseguir melhor adesão da comunidade às orientações da equipe médica. Na contramão disso, pesquisas concebidas como puramente

⁴ Participamos, enquanto representantes de nossos centros de ensino, em momentos distintos, nos Comitês de Ética da UFSC e da UDESC.

científicas sobre saúde, conduzidas por médicos ou antropólogos, não visavam assumir a responsabilidade nos cuidados da saúde da população estudada. O debate sobre a atuação de Neel e outros de sua equipe de pesquisa na epidemia de sarampo entre os Yanomami nos anos 1970 gira em torno desse dilema ético e de outros dilemas produzidos quando a equipe realiza “pesquisa pura” sem levar em consideração os direitos ou necessidades do grupo estudado (DINIZ, 2007).

Na pesquisa de Langdon realizada em 1970 entre os índios Sibundoy da Colômbia, ficaram evidentes as diferenças de visão sobre a relação com os pesquisados entre a antropóloga e a equipe médica. A pesquisa objetivava comparar o diagnóstico médico (pesquisa epidemiológica e quantitativa) com o diagnóstico indígena (pesquisa subjetiva e qualitativa) sobre as doenças (LANGDON; MACLENNAN, 1979). A metodologia envolvia duas etapas: na primeira, a equipe médica passou nas casas da amostra para examinar os residentes que queriam ser examinados por algum problema de saúde. Realizou-se um exame clínico e tomaram-se amostras laboratoriais quando necessário. Langdon seguia alguns dias depois conduzindo uma entrevista aberta sobre o diagnóstico e o histórico da doença segundo a perspectiva dos índios. A sua tarefa era de ouvir os índios sobre suas experiências com a doença em questão e verificar como eles diagnosticaram a doença, ao contrário dos médicos, que não escutaram os pacientes e realizaram seu próprio diagnóstico. Além disso, a antropóloga havia chegado ao local da pesquisa com um mês de antecedência para conhecer a comunidade e estabelecer relações com os índios. Logo do início da estadia na comunidade, tornou-se evidente que os índios esperavam dos médicos não só os exames médicos, mas também orientações e medicamentos, interpretando a visita médica como *consulta* médica. No entanto, os médicos não previram dar nenhum retorno à comunidade por sua colaboração na pesquisa, até que a antropóloga convenceu-os sobre a responsabilidade de indicar o tratamento e fornecer os medicamentos quando possível, não só como reconhecimento da colaboração, mas também como parte da ética médica.

Desde o momento em que essa pesquisa foi realizada, as reflexões e teorias antropológicas têm se transformado de maneira bastante significativa (ORTNER, 1994, 2000). Nossos paradigmas teórico-metodológicos mudaram em face do mundo pós-colonial, pós-moderno e multicultural. O objeto de nossas pesquisas, “o outro”, virou sujeito político, com capacidade de agir e de decidir sobre sua vida. Em vez de padrões normativos de cultura ou de uma visão de cultura com fronteiras claras, hoje nos preocupamos com a práxis, como as pessoas percebem

e agem diante de situações vividas. A cultura hoje é caracterizada como um fenômeno heterogêneo e resultado de uma pluralidade de visões. Em contextos relacionados com a saúde, há uma pluralidade de atores, representando interesses e poderes diferenciados, tais como profissionais de saúde, pessoas em posições de planejamento, gerenciamento e execução dos serviços, burocratas, ativistas de Organizações Não Governamentais (ONGs), políticos nacionais, consultores, antropólogos e membros da comunidade – estes também representando uma heterogeneidade de interesses, conhecimentos e poderes.

Outra tendência importante nas mudanças teórico-metodológicas trata da ideia do conhecimento como uma construção sociocultural, situado num contexto histórico particular (FOUCAULT, 2006) e de uma visão crítica em que os contextos de interação social são caracterizados por conflitos e negociações de poder, mais do que por processos de consenso. A dimensão política da saúde torna-se alvo de nossas pesquisas, e nossas pesquisas se orientam para a avaliação das políticas públicas, inclusive as de saúde.

Essas tendências têm um impacto importante na antropologia da saúde e nas relações com as pessoas que estão sendo estudadas. Primeiro, o conhecimento da biomedicina, previamente visto com a autoridade científica objetiva, foi relativizado e hoje muitos de nós o percebemos, assim como outros sistemas de conhecimentos, como uma construção sociocultural que tem uma visão particular e limitada sobre os processos de saúde e doença (KLEINMAN, 1980). Sua epistemologia nasce de processos históricos e sociais (LATOURET, 1994) e está centrada no paradigma biológico, em que saúde e doença são vistos como processos biológicos e não como processos contextuais. A antropologia, diferentemente da biomedicina, procura entender os processos de saúde e doença como experiências particularizadas, contextualizadas e marcadas pela subjetividade da experiência vivida. Nesse sentido, adotamos a visão do médico e antropólogo Castiel (1994) sobre a “singularidade do adoecer humano”. A pesquisa sobre saúde em antropologia busca a subjetividade e os impactos específicos dos contextos locais nos processos de saúde e doença, objetivos bem distantes dos da medicina, que descontextualiza a doença e a concebe como estado e processo universais. Para isso, os procedimentos metodológicos diferem bastante daqueles da pesquisa epidemiológica ou quantitativa, como veremos abaixo.

Segundo, do mesmo modo que antropólogos e pesquisadores de outras áreas das Ciências Humanas reconhecem que todas as ciências

são produtos de processos histórico-culturais, é necessário reconhecer também que princípios éticos têm sua especificidade cultural. Esse, aliás, é um dos aspectos que parece afastar pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento nos espaços dos Comitês de Ética estabelecidos no Brasil, já que essa perspectiva histórico-cultural do próprio conhecimento científico não é compartilhada por todos. Ao contrário, muitas das dificuldades de interlocução no âmbito dos Comitês devem-se ao fato de que para muitos dos nossos colegas o conhecimento científico é superior aos demais e incontestável em suas bases e, portanto, em suas metodologias.

Anos atrás, como participante de um curso sobre bioética apoiado pela National Endowment for the Humanities nos Estados Unidos (SMITH, 1979), Langdon constatou como os princípios de ética expressam valores como democracia, autonomia do indivíduo e a hegemonia da ciência “objetiva” ou racional, fora de seu contexto cultural. Enquanto a regulamentação nacional sobre ética em pesquisa implica um modelo único de pensar a ética, nossas experiências indicam que isso não é o caso em se tratando de sociedades e culturas particulares. Especificamente, podemos citar o caso do estatuto da confidência de resultados dos exames sobre HIV. Nossa cultura, baseada em valores como a autonomia do indivíduo e o direito à privacidade, proíbe a divulgação dos resultados para outros. Porém, em oficinas visando à prevenção da doença realizadas pelos profissionais da Fundação Nacional de Saúde em grupos indígenas, observamos que os índios têm manifestado que os direitos da coletividade têm prioridade sobre os do indivíduo e demandam que o grupo seja informado. Sua lógica se baseia no impacto potencial para o grupo como um todo antes de reconhecer o direito à privacidade do indivíduo.

Em terceiro lugar, observamos que a própria metodologia positivista manifestada através de pesquisas quantitativas e questionários fechados também reflete valores culturais da ciência europeia, que estabelece as normas de objetividade e uma relação de hegemonia e superioridade do pesquisador sobre o pesquisado. Na sua procura de “objetividade”, as metodologias quantitativas eliminam fatores subjetivos e culturais que possam impactar os processos de saúde e doença. Portanto, o contexto é eliminado como determinante nos estados de saúde tanto quanto nas respostas dos entrevistados. A técnica de entrevista conduzida através de um questionário fechado privilegia as preocupações do pesquisador, ignorando o pesquisado como possível contribuinte ao processo de conhecimento. Segundo Briggs (2007),

as entrevistas modulam as relações sociais que são estruturadas por estratégias de conhecimento e poder. Para ele, o formato de entrevistas é o resultado da ideologia comunicativa, em que o pesquisador, de uma maneira artificial, exerce seu poder sobre o pesquisado por limitar as respostas possíveis do entrevistado. Não existe uma relação dialógica, mas uma interação unidirecional e hierarquizada. O pesquisador pergunta de acordo com seus interesses e o pesquisado deve responder honestamente sobre o que é solicitado. Assim, esse tipo de entrevista se aproxima da consulta médica (TANNEN; WALLET, 1998).

Igualmente, se as entrevistas se estruturaram por ideologias comunicativas, podemos dizer o mesmo sobre a forma do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), exigido atualmente pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Implica uma ideologia de poder e produção de conhecimento que nega a relação dialógica que a antropologia tenta estabelecer com os colaboradores da pesquisa. A relação dialógica na antropologia procura um encontro entre iguais, na qual o antropólogo procura ouvir o outro (OLIVEIRA, 2000). Essa relação é um processo incapaz de ser definido e compactuado através de um contrato pré-assinado no primeiro momento do encontro. O TCLE já estrutura a relação e sua hierarquia, limitando as possibilidades de mudar em função dos interesses do entrevistado. O estabelecimento de relações de iguais é um processo.

Dados qualitativos como resultados: alguns exemplos

Apesar de a pesquisa antropológica visar objetivos bem distantes dos da medicina, os dados e resultados obtidos através de métodos qualitativos informam aspectos essenciais dos processos de saúde, doença e cura que não são possíveis de se obter com pesquisas quantitativas. Em particular, os dados qualitativos têm várias implicações importantes para a saúde pública e os serviços primários, perante as atuais políticas públicas de saúde que visam fornecer atenção médica humanizada respeitando as particularidades culturais de cada grupo (MACHADO, 2007). A pesquisa qualitativa gera dados que nos informam sobre os processos de autocuidado (MENÉNDEZ, 2003) e ajuda a compreender o sentido positivo de outras práticas terapêuticas e as escolhas feitas pelas pessoas entre diferentes alternativas terapêuticas, estas sendo compostas não só dos serviços biomédicos mas também das terapêuticas tradicionais e emergentes que coexistem numa sociedade complexa moderna. A adesão

às instruções e a manipulação dos pacientes dos medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde, problemática bastante importante, não podem ser entendidas apenas do ponto de vista do médico (ETKIN, 1992; CONRAD, 1985; SILVEIRA, 2000; TROSTLE, 1988). Um bom exemplo dos resultados dos dados qualitativos são as pesquisas etnográficas que procuram compreender o abandono do tratamento de tuberculose no Brasil, que, além de ser gratuito, não envolve os problemas de filas e esperas característicos dos serviços de SUS (GONÇALVES, 1998; GONÇALVES et al. 1999). Sem compreender o ponto de vista do paciente e suas ações na busca de solução de seus problemas e de cura não é possível melhorar a atenção à saúde.

Saúde é também política, e as pesquisas qualitativas remetem aos contextos locais nos quais os poderes e as relações sociais são negociados continuamente. Os contextos locais não envolvem só processos entre o indivíduo e o profissional de saúde, mas também as instâncias micropolíticas em que as relações de poder emergem da interação. Ainda mais, os contextos locais podem ser pensados também como um entrecruzamento das forças locais e globais. Assim, a instância local não está separada das políticas nacionais e globais de saúde e de direitos humanos. Além disso, os processos locais são consequência de todos os atores envolvidos no planejamento, na gestão e na execução dos serviços. Só as pesquisas qualitativas geram dados adequados para entender essas forças, para avaliar os serviços de saúde e seus impactos nos dados epidemiológicos.

Um bom exemplo de como os dados qualitativos contribuem para entender a resistência aos programas de saúde é a pesquisa sobre a campanha do controle da cólera entre os favelados de Fortaleza (NATIONS, 1996). Os dados coletados por métodos qualitativos sobre a recepção da campanha educacional em torno da cólera demonstraram que a população-alvo da campanha se sentia acusada de ser pobre, suja e ignorante nas suas práticas de higiene. Assim, a campanha não resultou na adesão às práticas sugeridas, mas de fato gerou estratégias de resistência. Entre estas, a negação da existência da doença. A avaliação, por meio de métodos qualitativos, de curso de prevenção em DST/AIDS direcionado às lideranças e aos agentes indígenas de saúde no Alto Rio Negro, também demonstrou que os índios duvidaram da AIDS e acusaram que mais uma vez os não índios estavam conspirando contra eles (GARNELO et al., 1997).

Pesquisa entre os índios de Santa Catarina (LANGDON et al., 2006) apontou preocupações semelhantes por parte dos usuários diante

dos esforços educacionais dos profissionais de saúde. Especificamente, eles expressaram que se sentiram acusados por um enfermeiro do posto de saúde de serem sujeitos, quando ele tentou eliminar o uso tradicional do fogo de chão nos seus abrigos e casas. Numa conferência sobre a alta taxa de mortalidade infantil das crianças guarani-kaiowá causada pela desnutrição, ouvi uma nutricionista acusar as mães de serem culpadas pela falta de atenção e de cuidados na alimentação das crianças. Por meio de dados qualitativos, Diehl (2001) conseguiu identificar os processos micropolíticos de poder entre os membros de um posto indígena que resultaram alterações do que era prescrito nas receitas médicas quando os medicamentos foram entregues pelo auxiliar de saúde. Num período anterior, quando os medicamentos foram comprados de uma farmácia local, constatamos que a farmácia que vendeu mais medicamentos para o posto de saúde pertencia a um membro da equipe de saúde. Tais resultados têm criado, em certas instâncias, resistências entre os gestores e membros das equipes de saúde indígena em colaborar com nossas pesquisas qualitativas nas terras indígenas.

O problema do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Grande parte da argumentação dos antropólogos articula questões de ética com questões do método da pesquisa antropológica. O método etnográfico já incluiria, pelos seus procedimentos de diálogo com o outro e respeito às concepções e visões locais, uma forma de consentimento, não formal, mas presente na condição para a realização de qualquer pesquisa de campo. Ou seja, o método da pesquisa resolveria em grande parte as questões de ética, na medida em que, como coloca Luiz Roberto Cardoso de Oliveira, ao contrário da pesquisa no campo biomédico, os antropólogos não pesquisam *em* seres humanos, mas *com* seres humanos – diferença que não é apenas semântica. Como ele próprio explicou, na pesquisa *com* seres humanos “o sujeito de pesquisa deixa a condição de cobaia (ou de objeto de intervenção) para assumir o papel de ator (ou de sujeito de interlocução) (OLIVEIRA, 2004, p. 34).

Nessa visão da pesquisa de campo como um processo construído conjuntamente entre pesquisador e pesquisado, de forma dialógica e fundada no respeito ao conhecimento e aos valores locais, até o objeto da pesquisa e sua abordagem acabam sendo “negociados” durante a própria pesquisa – desde definir quem vai ser pesquisado, quantas

pessoas, qual o recorte, qual a duração exata da pesquisa etc. Essa especificidade da pesquisa qualitativa coloca em questão também a forma como o consentimento informado tem aparecido nas resoluções sobre ética e nas próprias exigências do Comitê: trata-se de um termo oficial, assinado pelo indivíduo que será entrevistado, em geral dentro de um padrão bastante fechado. Os questionamentos colocados a essa determinação têm a ver com o fato de que grande parte da pesquisa etnográfica é feita através de entrevistas não formais, de conversas informais, estabelecidas num processo de convivência de longa duração com os pesquisados, do diálogo, do compartilhamento de determinadas experiências, procedimentos que não estão presentes nas pesquisas quantitativas e nem previstas nas resoluções sobre ética. Cabe ainda ressaltar que, nessas pesquisas qualitativas, o consentimento livre e esclarecido é um processo de contínua interação entre o pesquisador e os pesquisados (MEDEIROS et al., 2007, p. 110).

A antropologia, mais do que um “consentimento esclarecido” burocrático e formal, busca o consentimento do(s) pesquisado(s) obtido durante a própria convivência e diálogo entre pesquisadores e pesquisados, em momentos e de formas muito particulares e distintas dos moldes postulados pelos Comitês.

Mas, além disso, parte significativa das pesquisas antropológicas são feitas com grupos ou pessoas que não partilham do éthos do pesquisador, com especificidades culturais que colocam problemas em face do rito do consentimento informado nos moldes da Resolução nº 196/96: como fazer com a assinatura do termo no caso de populações não letradas? Como lidar com a situação de intimidação de grupos subalternizados, temerosos diante de “formulários com palavreado difícil, como é comum entre classes populares brasileiras? Até que ponto a pesquisa antropológica pode ser concebida em termos de uma individualização tão absoluta de seu “sujeito de pesquisa”? A noção de indivíduo embutida nesse formato de termo de consentimento é bastante subordinada a uma visão ocidental moderna do sujeito de direito e da biomedicina, duas das formações mentais mais poderosas da cultura ocidental moderna (DUARTE, 2004, p. 126). Como sabemos, essa noção não é compartilhada por todos os grupos sociais, como indígenas, classes populares etc. Nesse sentido, não causam espanto os inúmeros relatos de situações descritas por etnógrafos, depois da Resolução nº 196/96, que vêm corroborar a inadequação desse procedimento (TCLE) entre grupos indígenas e outros.

Por fim, o mais importante: a questão do que realmente está sendo autorizado ao pesquisador fazer, no momento em que o termo é

assinado pelo pesquisado. Uma das questões que têm sido colocadas em pauta pelos antropólogos é, justamente, que o TCLE ou o Consentimento Informado (CI) beneficiariam muito mais os “direitos” do pesquisador (como garantia formal a ele), tal qual um “cheque em branco” que lhe é conferido pelo sujeito pesquisado ou informante, e menos como uma preservação de seus direitos individuais e coletivos (OLIVEIRA, 2004). Esse “tom defensivo”, não incomum no âmbito dos Comitês de Ética, sugere que, mais do que “preservar” direitos das populações e dos indivíduos, o TCLE garante direitos aos pesquisadores e às instituições a que eles pertencem, diante de possíveis processos judiciais que “informantes” insatisfeitos possam vir a instaurar.

O pesquisador, ao se tornar portador do termo e com a aprovação do Comitê de Ética, teria, então, “resolvido” as questões éticas de sua pesquisa apenas num nível instrumental, liberando-o para, então, abandonar preocupações muito mais amplas que deveriam acompanhá-lo sempre e que se situam muito além da relação intersubjetiva dele com seu(s) informante(s).

Ao que tudo indica, muitos desses Comitês acabam servindo para controlar as pesquisas que justamente denunciariam (como já denunciaram antes) os abusos cometidos pelas instituições médicas, como coloca, veementemente, Duarte (2004).

Como bem coloca o *Relatório de Guarujá*, publicado em 2007, esse tipo de dificuldade é reveladora da hierarquia interna ao campo científico e mostra que, muito embora pesquisadores das áreas humanas ou que trabalham com metodologias qualitativas tenham direito à representação em todos os Comitês, essa representação tem sido insuficiente, pois as reivindicações feitas pelos cientistas sociais (e filósofos, historiadores, críticos de arte, entre outros) não é compreendida, quando não é sequer “legitimada”, em função das hierarquias e relações de poder internas ao próprio campo científico. Assim, os Comitês têm servido, não raro, como forte desestímulo à realização de pesquisas qualitativas.

Um exemplo foi o que ouvimos, durante as inúmeras e morosas idas e vindas para conseguir a aprovação do Comitê de Ética da UFSC ao projeto “Gênero, subjetividade e saúde mental”, de um dos responsáveis pela questão da ética em pesquisa em um órgão do governo municipal: que primeiro “seria necessário avaliar o interesse da prefeitura” nessa pesquisa, o que deixa claro o quanto as “populações” e seus direitos – alvo das preocupações éticas, nem sempre são os “destinatários” das preocupações dos Comitês – são vistos como espécies de “propriedades” de seus gestores.

Outro exemplo vem da pesquisa que uma de nós desenvolveu em uma maternidade pública, na Grande Florianópolis, na qual foram necessárias muitas tentativas de entrada na instituição, para o início do trabalho de campo, mesmo após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da instituição e pelo Comitê de Ética da Universidade: a chefe da enfermagem dificultava a entrada dos pesquisadores, alegando motivos dos mais diversos, tais como “necessidade de adequar a equipe para receber mais gente, motivos de assepsia, horários inadequados etc. Somente após um moroso processo de convencimento dessa profissional – que não era o alvo da pesquisa nem a autoridade formal da qual dependia a autorização – finalmente pudemos adentrar em campo. Em pesquisa anterior, realizada em outra maternidade, também encontramos dificuldades dessa ordem, uma vez que os profissionais pareciam não estar convencidos de que, naquele caso também, nosso interesse de pesquisa não era “a qualidade” dos serviços prestados – provável fonte de seu desconforto – mas sim, as usuárias atendidas pela instituição e como vivenciavam suas experiências de parto e de abortamento (TORNQUIST, 2003). E aqui, cabe destacar que, mesmo quando nosso foco são os usuários dos serviços, é, de fato, impossível não “prestar” atenção nas relações que estes estabelecem, por força daquelas circunstâncias, com os profissionais e com as políticas de saúde daquele setor.

Nesse caso, temos atores na cena da pesquisa que não seriam, em princípio, “objetos” da pesquisa, mas que, por estarem envolvidos naquele contexto e estabelecerem relações com todos os demais “atores”, acabam por fazer parte da observação etnográfica. Devemos, então, pedir-lhes o consentimento informado? E, além disso, até que ponto esses atores (não raro, gestores e administradores) podem, de fato e de direito, complicar nosso acesso aos pesquisados “principais”? Se muitos pesquisadores reclamam – com razão – da morosidade dos processos nos Comitês de Ética, o que dizer desses “empecilhos” que se colocam antes da entrada, de fato, no campo, quando se tratam de instituições de saúde pública?

Nesse sentido, a crítica de Luis F. D. Duarte é altamente procedente, pois mostra que as bases de sustentação moral da própria Resolução nº 196/96 do CNS estão presas de tal forma à ideologia liberal que qualquer voz dissonante que busque relativizar procedimentos e instrumentos (tal como TCLE, mas não só), soam absurdas e francamente contrárias aos princípios dos Comitês.

Como colocamos anteriormente, no campo das políticas de saúde e das instituições públicas, há uma miríade de dimensões e de

sujeitos que atravessam essa relação e a enquadram; e é nesse sentido que pensamos que, além de flexibilizar a normalização atual acerca do TCLE, adaptando-a também às pesquisas qualitativas e às especificidades de cada campo disciplinar, seria muito importante recuperar, num nível mais amplo, as preocupações políticas que estão na origem da Resolução nº 196/96.

As razões para que muitos antropólogos e outros colegas das ciências sociais se coloquem em uma postura defensiva diante dos Comitês e da Resolução nº 196/96 são, certamente, compartilhadas por nós, sobretudo no que tange à inadequação do TCLE e à falta de escuta genuína por parte da maioria dos *hard* colegas e de seus representantes nos Comitês.

Além do TCLE , mais problemas e algumas “conclusões”

O *Relatório* produzido em Guarujá, em 2006, é uma novidade no debate sobre a ética na pesquisa qualitativa em saúde e na pesquisa antropológica em geral. Por que novidade? Porque ele se retira de um certo tom defensivo do discurso antropológico recente em relação à Resolução nº 196/96, em relação à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aos CEPs nas universidades e à exigência de que todos os projetos de pesquisa em/com seres humanos – não apenas sobre a temática da saúde – sejam submetidos aos Comitês de Ética. Essa exigência não é só algo burocrático ou formal, mas hoje determina que inclusive Projetos de Iniciação Científica e monografias de graduação, por exemplo, devam passar pelos Comitês, e influenciou a decisão de alguns periódicos de só aceitarem artigos baseados em pesquisa de campo feita com pessoas que tenham passado pelos Comitês de Ética e utilizado o consentimento informado.

O *Relatório de Guarujá* situa como origem das preocupações com a ética na pesquisa médica o Código de Nuremberg, de 1947, que, a partir da investigação e da condenação pelo tribunal dos experimentos médicos realizados pelos nazistas com seres humanos, criou algumas diretrizes éticas – entre as quais a mais importante é a questão do “consentimento voluntário do sujeito de pesquisa” (HARDY et al., 2004, p. 457). Essas diretrizes passaram por uma série de adequações, entre elas a Declaração de Helsinque, feita pela Associação Médica Mundial, em 1964, revisada em 1975 e em 2000: nessa última versão, a Declaração regula também a composição dos Comitês de Ética, determinando que

a proposta de pesquisa seja submetida à “aprovação de um comitê de avaliação ética especialmente designado, que deve ser independente do pesquisador, do patrocinador ou de qualquer outro tipo de influência indevida” (apud HARDY et al., 2004, p. 457). O artigo “Comitês de Ética em pesquisa: adequação à Resolução 196/96”, publicado na *Revista da Associação Médica Brasileira* em 2004, resgata essa história e traz uma análise do histórico dos Comitês no Brasil, antes de fazer uma análise sobre o funcionamento de 17 Comitês brasileiros, a partir de questionários aplicados aos seus respectivos presidentes. Um dado interessante é que os primeiros Comitês de Ética no Brasil surgiram nos anos 1980, a partir de uma Resolução do Conselho Federal de Medicina, e se chamavam Comitês de Ética Médica. Em 1988, o Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 1/88) determina que toda instituição de saúde que realiza pesquisa com seres humanos deveria ter um Comitê de Ética (HARDY et al., 2004, p. 457) que deveria atuar juntamente com o Comitê de Segurança Biológica (ou seja, aqui vale a avaliação de Luiz Roberto Cardoso de Oliveira sobre o que denomina “biocentrismo” dos Comitês de Ética, que está ligado à própria origem e formação desses Comitês). Um dado interessantíssimo, também apontado nesse artigo, é o fato de que durante os anos 1980 e 1990 ocorreu uma série de denúncias de abusos em algumas pesquisas médicas, na grande maioria pesquisas sobre contraceptivos envolvendo mulheres e na área de regulação da fecundidade. De onde vêm essas denúncias? Elas aparecem, por exemplo, na Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, em 1987, e em artigos publicados por pesquisadoras feministas, da área da Saúde e das Ciências Humanas em geral. Ou seja, denúncias feitas não só por ativistas, mas também por pesquisadoras da área de Saúde e das Ciências Sociais, reforçam a necessidade de regulação e controle ético das pesquisas feitas na área das Ciências Biomédicas e da Saúde.

Ironicamente, após essas denúncias e a revisão da resolução de 1988, o Conselho Nacional de Saúde publica a Resolução nº 196/96, que determina que “toda e qualquer pesquisa com seres humanos, não somente as da área biomédica, devem ser aprovadas por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)” (HARDY et al., 2004, p. 458). Ocorre então um alargamento não apenas das áreas de alcance dos Comitês (para além da pesquisa das áreas médicas), mas também um alargamento temático (não mais apenas pesquisas sobre saúde, mas toda pesquisa que envolva seres humanos), que é a situação atual.

Enfim, essas questões e críticas à regulamentação sobre ética e sua utilização indiscriminada em relação ao tipo de pesquisa realizada já

compõem uma espécie de consenso entre a comunidade antropológica e certamente informaram em muito o documento produzido na reunião de Guarujá.

No entanto, um dos pontos que podemos pensar como vulnerável no argumento antropológico até agora sustentado é o fato, já descrito acima, de reduzir a discussão ética à questão metodológica. Ou seja, a questão ética, ou de uma ética marcada pelo respeito ao “ponto de vista nativo”, uma “ética da alteridade”, tem sido um ponto nodal para pensar o método da pesquisa antropológica, mas isso não parece garantir que as questões metodológicas resolvam todas as questões éticas colocadas na pesquisa antropológica. Prova disso é a grande produção crítica no interior da própria antropologia, dos anos 1980 para cá, sobre questões éticas que a aplicação pura e simples dos ensinamentos clássicos da pesquisa etnográfica não garantiu: questões como a de efetivamente pensar os indivíduos e grupos pesquisados como “sujeitos” da pesquisa e não somente fonte de informação e de dados sobre a cultura pesquisada (ou seja reduzidos a “mediadores” ou “meios” para se chegar ao “verdadeiro objeto” da antropologia: a cultura); questões relacionadas ao uso de etnografias para a construção de políticas e ações governamentais que acabam prejudicando os grupos pesquisados (o exemplo mais conhecido é o uso do livro de Chagnon sobre os Yanomami pelo governo militar brasileiro para justificar a fragmentação da terra yanomami (DINIZ, 2007)); outro exemplo é o dos direitos autorais sobre os registros da pesquisa de campo, sobretudo o registro de imagens e de sons – debate atual para quem trabalha com esses instrumentos; a questão dos laudos antropológicos e do reconhecimento do “patrimônio cultural material e imaterial” – em que os antropólogos têm um papel central, e uma série de outras situações que não são simples de resolver se nos restringirmos ao aspecto metodológico *stricto sensu*.

O reconhecimento de que, no cerne do fazer antropológico, existem questões éticas presentes desde o surgimento da antropologia como campo de saber, as quais não nos colocam em uma posição confortável de acreditar que, ao aplicarmos o “método etnográfico”, essas questões estão tacitamente resolvidas: não estão. Pois o nosso método não é uma questão de “aplicação” de uma série de procedimentos (como parece ser entendido em muitos Comitês), mas é, sobretudo, a adoção de uma postura reflexiva e crítica no que diz respeito à própria pesquisa, a partir de um distanciamento que só pode ser garantido na relação com uma comunidade de pares: a produção teórica e etnográfica no campo antropológico e a avaliação das pesquisas pelos próprios pares.

Se o Consentimento Informado não deve ser tomado como um “cheque em branco” para o pesquisador, tampouco o uso do chamado “método etnográfico” deve ser tomado como um “cheque em branco” para os antropólogos. Ou seja, além da dimensão metodológica, que constrói, junto com a ética, o tripé de uma antropologia crítica e comprometida, temos que trabalhar com a questão política, em parte abordada no início deste texto, envolvendo questões como os desdobramentos da “situação colonial” e, especificamente em relação à questão da saúde, respeito à cultura e ao conhecimento local; a desigualdade e inequidade nas relações pesquisadores-pesquisados, ou entre agentes de política pública, gestores e sujeitos dessa (a essa) política, como o direito ao acesso universal à saúde, à humanização e à equidade, como a forma como os processos políticos de elaboração dos programas de gestão da saúde são conduzidos etc.

Como trabalhar a questão política num contexto em que os chamados “gestores públicos”, particularmente aqueles da área da Saúde, podem negar-se a “ceder” seu aceite e inviabilizar pesquisas fundamentais para a sociedade? Como nos posicionamos diante da subalternidade histórica das ciências sociais e humanas no campo científico brasileiro, de onde nos parece emergir a dificuldade de escuta e de compreensão – para não dizer, ausência de vontade política, por parte de nossos “pares” nos Comitês e instâncias ligadas à pesquisa? Quais os limites do sigilo e do silêncio dos pesquisadores de situações observadas em campo, que atentam contra os direitos humanos? Esses desafios não são novidades para o antropólogo, que vive a eterna tensão entre a defesa das especificidades e dos modos de pensar e viver locais e a defesa dos direitos humanos universais.

Diante disso, e esses são apenas alguns aspectos desta discussão, entendemos que não seria prudente desertar ou abandonar os Comitês de Ética – até porque muitas pesquisas têm sido modificadas a partir de exigências burocráticas, ou mesmo inviabilizadas, em função da ingerência dos Comitês sobre pesquisas já legitimadas em seus campos disciplinares – mas, antes, devemos neles permanecer e insistir na legitimação das ciências humanas como fundamentais e essenciais na garantia de direitos humanos, e na importância de levar para dentro dos comitês (assim como para dentro dos espaços de elaboração das políticas públicas, por exemplo) nossas reflexões e nossas críticas.

Referências

- BRIGGS, C. L. Anthropology, interviewing, and communicability in contemporary society. *Current Anthropology*, v. 48, n. 4, p. 551-580, 2007.
- CASTIEL, L. D. *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papyrus, 1994.
- CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.
- DIEHL, E. E. *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- DINIZ, D. O Sangue yanomami: um desafio para a ética na pesquisa. In: GUILHEM, Dirce; ZICKER, F. (Org.). *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília: Editora UnB; Letras Livres, 2007. p. 76-97.
- DUARTE, L. F. D. Ética de pesquisa e “correção política” em antropologia. In: VÍCTORA, C. et al. (Org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Brasília: ABA; Niterói: EdUFF, 2004. p. 125-130.
- ETKIN, N. L. “Side effects”: cultural constructions and reinterpretations of western medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 6, n. 2, p. 99-113, 1992.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- GARNELO, L.; SAMPAIO, S.; SILVA, R.; ROCHA, E. Representações indígenas sobre DST/AIDS no Alto Rio Negro: aspectos preliminares. In: OFICINA MACRORREGIONAL DE ESTRATÉGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/AIDS PARA AS POPULAÇÕES INDÍGENAS DAS REGIÕES SUL E SUDESTE E DO MATO GROSSO DO SUL, 1., 1997. Londrina. *Anais...* Londrina: Coordenação Nacional de DST/AIDS/Programa Municipal para DST/AIDS/ALIA, 1997. p. 61-68.
- GONÇALVES, H. D. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, L. F.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 105-117.
- GONÇALVES, H.; COSTA, J. S. D. da; MENEZES, A. M. B.; KNAUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.
- HARDY, E. et al. Comitês de ética em pesquisa: adequação à Resolução 196/96. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 4, p. 457-462, 2004.

HEILBORN, M. L. Antropologia e saúde: considerações éticas e conciliação multidisciplinar. In: VÍCTORA, C. et al. (Org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Brasília: ABA; Niterói: EdUFF, 2004. p. 57-64.

KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J.; MACLENNAN, R. Western biomedical and sibundoy diagnosis: an interdisciplinary comparison. *Social Science and Medicine*, n. 13b, p. 211-220, 1979.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; WIIK, F. B.; DIAS-SCOPEL, R. P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

LATOUR, B. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

MACHADO, L. Z. Ética em pesquisa biomédica e antropológica: semelhanças, contradições, complementaridade. In: GUILHEM, D.; ZICKER, F. (Org.). *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília: Editora UnB; Letras Livres, 2007. p. 119-142.

MALUF, S. W. *Gênero, subjetividade e saúde mental: políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e "saúde mental"*. Florianópolis: UFSC-CNPq, 2006. Projeto de pesquisa. Mimeografado.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

NATIONS, M. "I'm not dog, no!": cries of resistance against cholera control campaigns. *Social Science and Medicine*, v. 43, n. 6, p. 1007-1024, 1996.

OLIVEIRA, L. R. C. de. *O trabalho do antropólogo*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

OLIVEIRA, L. R. C. de Pesquisas em versus pesquisas com seres humanos. In: VÍCTORA, C. et al. (Org.). *Antropologia e ética*. Niterói: EdUFF, 2004. p. 33-44.

ORTNER, S. B. Theory in anthropology since the sixties. In: DIRKS, N. B., ELEY, G.; ORTNER, S. B. (Org.). *Culture, power, history: a reader in contemporary social theory*. Princeton: University of Princeton Press, 1994. p. 372-411.

ORTNER, S. B. Some futures of anthropology. *American Ethnologist*, v. 26, n. 4, p. 984-991, 2000.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório da Reunião sobre Ética em Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Guarujá, 28 a 30 de agosto de 2006. Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cepsms/>>. Acesso em: 6 nov. 2007.

SMITH, D. *Summer Seminar for College Professors: liberty, equity and fidelity*. Indiana: Department of Religion, Indiana University, 1979. Mimeografado.

SILVEIRA, M. L. da. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

TANNEN, D.; WALLAT, C. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: exemplos de um exame/consulta médica. In: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Org.). *Sociolinguística interacional: antropologia, linguística e sociologia em análise do discurso*. Porto Alegre: Age, 1998. p. 120-141.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização: etnografia de uma maternidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 19, supl. 2, p. 419-427, 2003.

TROSTLE, J. Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*, v. 27, n. 12, p. 1299-1308, 1988.

PARTE II

ESTUDOS DE CASOS

A tensão visibilizada: políticas públicas e pessoas com deficiência

Éverton Luís Pereira

Cada vez mais, nós, antropólogos, estamos sendo chamados para dar opiniões sobre as mais diferentes facetas da vida social, econômica, política e histórica do país e do mundo. Sejam os governos, sejam as organizações da sociedade civil, vários atores da contemporaneidade nos requisitam como uma das várias peças do imenso quebra-cabeças de falas que explicariam determinadas “realidades” ou que proporcionariam possíveis ações para a “resolução” das mais variadas questões que estão postas na agenda nacional e internacional.

Uma coisa hoje é inegável: existe uma profusão sem tamanho de usos das palavras “cultura”, “diferença”, “diversidade”, entre tantas outras que, em um olhar rápido pelas políticas nacionais em voga, chegam a causar certo estranhamento por parte de um antropólogo preocupado com definições. Essa apropriação e uso não é diferente no objeto que será aqui trabalhado: as políticas que versam sobre a questão da deficiência também adentram essas discussões e vêm ganhando cada vez mais força as ideias de “diferença” ou de “cultura”, tão caras a determinadas áreas da antropologia.

Minhas discussões neste artigo estão centradas em dois grandes eixos que mesclam uma série de experiências que tive antes, durante e depois da defesa de minha tese de doutorado. Todas elas falam sobre pessoas com deficiência e estão marcadas por diferentes graus de envolvimento com as políticas públicas e atendem, de diferentes maneiras, às agendas propostas pelos conceitos trazidos pelo Estado.

A tensão inerente de minha argumentação caminha nas formas como a antropologia, ou um antropólogo, dialoga com as políticas elaboradas em nível nacional.

Em um primeiro momento, faço uma breve explanação sobre algumas políticas públicas em voga hoje no Brasil que trabalham com a questão da deficiência, abordando, principalmente, conceitos que são de extrema importância para o debate, tendo como foco a surdez. A proposta, neste momento, é demonstrar a profusão de discursos sobre deficiência em nosso país e as estratégias utilizadas nos últimos anos para padronizar conceitos e, com isso, criar certas hegemonias discursivas.

O segundo momento é dedicado ao uso de meus dados de campo, construídos em uma pequena localidade rural no sertão piauiense. O material produzido nessa comunidade dialoga com diferentes políticas públicas que versam sobre surdez e deficiência e traz releituras locais de políticas nacionais e internacionais. Com essas informações, que versam sobre as apropriações e os usos de diferentes formas das políticas públicas, exponho a existência de uma profusão de discursos sobre a deficiência e um limite muito tênue entre as políticas da diversidade e reconhecimento da diferença e a produção de hegemonias “em um segundo plano”.

Para finalizar, trago a problemática: é por antropólogos ou pela antropologia que as políticas públicas almejam e clamam? Uma das possíveis contribuições que tenho visto, principalmente nas pesquisas em nível nacional nas quais estou envolvido recentemente, é que temos como auxiliar na reconstrução de certos padrões hegemônicos de produção de política que vão além dos conceitos já previamente consolidados. Porém, ainda nos faltam algumas ferramentas (ou mecanismos) que são essenciais quando falamos de Estado: quais são, de fato, nossos mecanismos de intervenção?

A visibilidade expandida

O Brasil hoje vive uma difusão de discursos e de ações sobre pessoas com deficiência e para elas. De um canto a outro do país ouvimos termos que até então não estavam em uso nas políticas públicas, como, por exemplo, diversidade, acessibilidade, inclusão social, funcionalidade. Até mesmo o termo para se referir a essa população vem sofrendo mudanças ao longo dos anos, passando a ser adotada a

expressão “pessoas com deficiência” (ou “PcDs”)¹ como a forma mais correta de se referir a esse grupo populacional.

Podemos analisar essa questão sob, pelo menos, duas perspectivas: uma delas, do ponto de vista histórico, que colocou diferentes segmentos (ou “parcelas”) das pessoas com deficiência em evidência no Brasil. Penso em como, por exemplo, diferentes leis e decretos para a inclusão de populações como “cegos” ou “surdos” no sistema educacional provocaram algumas mudanças antes mesmo da consolidação de uma política global para as “pessoas com deficiência”. A outra perspectiva é aquela que diz respeito à tomada de posição do Estado quando da retificação da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Nessa etapa, é o sujeito abstrato “pessoa com deficiência” que adentra as políticas públicas.

Uma das mudanças essenciais que ocorrem com a “tomada de posição” do Estado é a unificação de um conceito de deficiência e a garantia constitucional de que este seja implantado em todas as políticas públicas nacionais, visto o peso constitucional que a Convenção assumiu após a sua retificação. Se antes tínhamos uma série de normativas diferentes, que não estabeleciam critérios do que estava sendo considerado pessoa com deficiência, com a Convenção temos um conceito constitucional pelo qual todos os demais atos do Poder público devem (ou deveriam) se ajustar.

Para não me delongar, considerarei na primeira perspectiva apenas as políticas que versaram sobre a surdez, e na segunda pontuarei algumas questões mais gerais sobre esse novo conceito da Convenção. Trago as reflexões sobre a surdez por considerá-las, de certa forma, paradigmáticas: apontam para as inúmeras estratégias de diferenciação utilizadas pelos diferentes agentes nos processos de nomeação e, ao mesmo tempo, para uma constante produção de hegemonias em termos de políticas públicas.

Em 24 de abril de 2002, o presidente Fernando Henrique Cardoso assina a Lei nº 10.436, que dispõe sobre a constituição da Língua Brasileira de Sinais (Libras) como língua oficial no território da nação. Essa Lei é vista, especialmente por membros de grupos organizados de surdos no país, como propulsora de uma série de ações que, em longo

¹ Pontuo aqui as expressões sem problematizar quais seriam os melhores termos para serem empregados. Essas discussões são feitas em vários âmbitos, e as mudanças conceituais seguem uma agenda de transformação que engloba questões de outras ordens.

prazo, buscam inserir esses indivíduos em espaços até então de difícil acesso, como escolas e universidades. A referida Lei vem em consonância com uma série de outros documentos publicados em níveis nacional e internacional, que versam sobre a igualdade e o respeito “às diferenças”, sejam elas étnico-raciais, sexuais ou corporais.

Como documento complementar à Lei nº 10.436, o governo brasileiro, já tendo Luiz Inácio Lula da Silva à frente do executivo, lança o Decreto nº 5.626, em dezembro de 2005, que implanta as diretrizes para a inclusão da Libras nos espaços gerenciados pelos organismos do Estado nacional, especialmente aqueles vinculados à educação e à saúde. Ainda nesse decreto, faz-se uma distinção entre sujeitos surdos e deficientes auditivos: os primeiros seriam aquelas pessoas que, por “não escutarem”, interagem com o mundo e “expressam sua cultura” por meio da Língua Brasileira de Sinais; os segundos, aqueles que possuem a “perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.”

É interessante que a diferenciação trazida na “Lei de Libras” está em consonância com uma série de discussões realizadas em diferentes âmbitos. Há um debate profícuo nos meios acadêmicos em torno da surdez e dos surdos. Denominações diferenciadas com relação às definições aparecem, por algumas vezes, lançando mão do termo deficiente auditivo; por outras, sinalizando a categoria surdez (e surdo) como formas de se referir a essas pessoas. De um lado, temos aqueles que relacionam a surdez com outras deficiências e exigem o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em detrimento da Classificação Internacional de Doenças (CID);² de outro, pessoas e organizações que preferem pontuar a surdez como uma diferença linguística e negam o uso do termo deficiência no seu cotidiano.

O grupo daqueles que designam como deficiência é composto principalmente por profissionais da saúde e de alguns ramos da educação. É também essa nomenclatura, como veremos, a mais utilizada em termos de políticas globais que engendram os sujeitos “surdos” no mesmo espectro de “outras deficiências”. Deficiência auditiva surge com a mesma

² Good (1993) demonstra como a medicina também é social e historicamente construída. Mostra como esse ramo do conhecimento possui suas “crenças” e sua metodologia própria (que condiz com sua epistemologia e com seus “objetivos”), fato este que o assemelha a outras formas de lidar com a saúde e a doença. É interessante pensar, nesse sentido, como, com o passar dos anos, as concepções sobre o que é e o que não é doença vão se modificando.

eficácia semântica que as demais deficiências, diferenciando-se apenas em se tratando de outra “sensorialidade”. Teríamos, nessa conceitualização, deficiência física, visual, múltipla e, na mesma seara, deficiência auditiva.

No outro extremo, há aqueles que se dedicam à contestação da designação deficiente auditivo, preferindo a utilização do termo surdo. Surdo aparece, especialmente, nos movimentos sociais organizados, para designar não apenas uma diferença “sensorial”, mas também uma “cultura própria” (SACKS, 1998).³ A diferença entre ouvintes e não ouvintes não é, dessa forma, apenas pensada no plano corporal, mas também é vista como uma questão de identidade, trazendo, assim, a designação de comunidade e cultura.⁴

A complexidade da definição das categorias que nomeiam os sujeitos que “não escutam” aponta para pelo menos uma similaridade entre essas polaridades da definição de deficiente auditivo (surdo) e Surdo: ambos trabalham com a ideia de que há a vivência de uma experiência diferente por parte desses indivíduos. Não quero com isso reduzir as discussões a esse quesito, muito menos minimizar as reivindicações políticas tanto de um lado quanto do outro; apenas problematizar tanto uma perspectiva quanto a outra e unir as questões que giram em torno das problemáticas da linguagem e das identificações linguísticas.

As duas trabalham no sentido de produzir sujeitos em torno de diferentes pontos de vista, sempre com o intuito de construir um padrão de grupo que dialogue com perspectivas que adentram o espectro comum como, sendo do âmbito do dado, do objetivo. De alguma forma, os defensores da deficiência auditiva ou da surdez enquanto termos

³ Segundo alguns autores, o fato de não ouvir constitui culturas ou comunidades. Sobre o assunto, ver Strobel (2008), Coleção Estudos Surdos I, II e III da Editora Arara Azul (QUADROS, 2006; QUADROS; PERLIN, 2007; QUADROS, 2008), entre outros. Esses estudos apontam que, seguindo as considerações de teóricos como Padden (1999), deve existir uma diferenciação entre Surdos e surdos, sendo os primeiros aqueles identificados com a “cultura” expressa pelas línguas de sinais, e os segundos aqueles que não se identificam e que, *grosso modo*, poderíamos comparar com o que em outros espaços é chamado de “deficiência auditiva”.

⁴ Diniz (2003) apresenta um caso que leva essa discussão a um ponto interessante, já que, um casal de lésbicas surdas norte-americanas, ao realizar uma inseminação artificial, luta na justiça pelo direito de gerar um filho surdo por considerar isso não um problema, mas uma cultura e uma identificação. A autora argumenta em relação à proposta do movimento surdo de gerar crianças surdas como forma de manter uma identidade cultural, porém questiona com relação a essa liberdade reprodutiva poder, em certo sentido, limitar os futuros filhos.

definidores, do ponto de vista acadêmico ou das políticas públicas, apontam para a construção de hegemonias. Voltarei a essa questão no decorrer do texto. Neste momento cabe frisar que as duas perspectivas padronizam sujeitos de formas particulares e possibilitam poucas entradas para a diversidade das experiências.

Essa disputa pela definição e categorização dos sujeitos em torno dos conceitos de Surdo ou deficiente auditivo foi intensificada com a promulgação da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Vejamos a definição da Convenção em seu Artigo 1:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2008).

É necessário perceber que nessa nova definição, a categoria “surdo” (ou Surdo) não é utilizada como diferenciação. A distinção é feita a partir das sensorialidades e não, necessariamente, das representações ou experiências. Além disso, é impossível pensarmos que esse conceito deve ser utilizado apenas para fins de designação do que estaria em nível corporal. Nele, deficiência é o resultado entre uma série de fatores que influenciam na participação dos indivíduos em sociedade. Com essas novas visões, que passam do que chamamos de “modelo médico” para o “modelo social” (DINIZ, 2007) da deficiência, outros elementos precisam (mesmo que teoricamente) ser postos em jogo para as análises.

No novo modelo, é a totalidade da vida em sociedade que deve ser pensada e analisada para conseguirmos refletir sobre deficiência e pessoas com deficiência. O foco único das funções corporais é retirado e é colocado na interação entre pessoas particulares e uma sociedade geral, com suas desigualdades de oportunidades, sua história e suas políticas mais ou menos progressistas.

Temos duas mudanças igualmente importantes quando da vigência desse novo conceito na legislação brasileira: a primeira é de que os enfoques dados não são, necessariamente, nas propriedades físicas dos indivíduos. Isso nos leva a crer que as avaliações sobre “deficiências”, ao longo das políticas públicas, podem oscilar, dependendo das diferenças encontradas no nível sociocultural. Parece, pelo menos nesse primeiro momento e ainda do ponto de vista teórico, que as definições podem ser

muito mais abertas e passíveis de transformação, dependendo de onde, como e quem será avaliado.⁵

Podemos dizer que essa diferença é significativa dos modelos apresentados com (e na) Lei de Libras. Na normativa que institui a Libras como oficial, temos duas definições igualmente válidas: uma que definiria pela experiência e pelo compartilhamento de uma “cultura” (os Surdos); e outra que pressupõe uma diferença corporal que caracterizaria certa deficiência. Na promulgação da Convenção, essas duas possibilidades se unem na designação de que “pessoa com deficiência” seria uma definição que requer refletir sobre as interações com barreiras socioestruturais.

A segunda mudança é que no chamado “modelo social” (base para a definição da Convenção), não é mais o saber médico que seria o responsável, única e exclusivamente, pela designação do que seria pessoa com deficiência, mas a articulação de uma série de perspectivas sobre o mundo. Nessas definições, os saberes das ciências humanas são chamados para opinar sobre o que seria “pessoa com deficiência”, principalmente o serviço social, a psicologia, a sociologia e a antropologia.

O conceito de deficiência da Convenção também mexe com as configurações de força na produção dos saberes sobre as pessoas e na consequente instrumentalização deste em políticas públicas. Como sabemos, as políticas públicas exigem protocolos para definições e para encaminhamentos, e isso vem sendo fornecido historicamente pelo conhecimento biomédico. Se usarmos a Lei de Libras, podemos ver que as definições passam pelo uso de uma língua comum (a Língua Brasileira de Sinais) ou pela definição dos padrões “audiométricos”. O primeiro seria dado pela autoidentificação: eu “sou Surdo” e reivindico uma certa língua e/ou uma certa identidade. O segundo: “você é pessoa com deficiência” em função da perda de sua capacidade auditiva.

Porém, quando dizemos que a deficiência é caracterizada, principalmente, em sua articulação com aspectos socioestruturais, exigimos outros padrões de legitimação em termos de política, o que, muitas vezes, as ciências humanas não possuem para fornecer. Assim, quando falamos em uma mudança conceitual promovida pela Convenção e em instrumentalização pelo Estado brasileiro, falamos também de uma disputa inerente de conhecimentos sobre a temática

⁵ Como veremos adiante, já temos pelo menos duas políticas públicas que adotam o novo conceito trazido pela Convenção. Entretanto, não podemos fazer avaliações mais densas a esse respeito.

e uma demanda crescente de outros profissionais (para além dos biomédicos) nas definições e encaminhamentos das políticas.

No Brasil, o novo conceito de deficiência, teoricamente, deveria guiar todas as ações do Estado. Entretanto, não é o que vem acontecendo: a Lei de Libras, por exemplo, ainda serve como um indicativo de definição de “deficientes auditivos” ou de “Surdos”. É a Língua Brasileira de Sinais (Libras) a língua oficial dos “Surdos” do Brasil e ela é privilegiada em termos de acesso a recursos e tecnologias do estado nacional para essa população.

O conceito da Convenção é trabalhado em, pelo menos, duas políticas. Trata-se da concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – e da Aposentadoria Especial da Pessoa com Deficiência (Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013). As duas ações são executadas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), mesmo tendo origens diferentes.⁶

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é concedido para pessoas com deficiência e idosos que, por uma série de motivos, não contribuíram para a Previdência Social e que não possuem condições de inserção no mercado de trabalho. Esses sujeitos precisam comprovar que estão em situação de pobreza ou extrema pobreza, ou seja, vivendo com menos de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita*. O BPC é garantido constitucionalmente e vem sendo instrumentalizado pelo INSS, mesmo a verba sendo oriunda do Fundo Nacional de Assistência Social.

As formas de concessão do BPC mudaram ao longo dos anos, desde sua implementação no ano de 1996. Da comprovação da deficiência a partir de diagnósticos biomédicos, orientados pela Classificação Internacional de Doenças (CID), o BPC passou a ser concedido sob a orientação da Classificação Internacional de Funcionalidade,

⁶ Estive envolvido diretamente com as duas políticas. Com o BPC, por ter atuado como consultor na Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) na construção de orientações técnicas sobre o Programa BPC Trabalho. Esse Programa busca a inserção das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, na rede socioassistencial, em cursos profissionalizantes e no mundo do trabalho. Na LC 142 venho atuando como pesquisador do grupo vinculado à Universidade de Brasília (UnB) e responsável pela validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBrA). O desafio da validação é perceber o quão aplicável é o instrumento utilizado para fins da concessão da aposentadoria especial. A pesquisa é uma cooperação entre o Ministério da Previdência Social e a Fundação Universidade de Brasília (FUB), por meio do Centro de Desenvolvimento Tecnológico (CDT) da UnB.

Incapacidade e Saúde (CIF) e as definições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.⁷

Assim, o INSS adotou, desde o ano de 2009, a avaliação “multiprofissional” da deficiência para a concessão do BPC. Não apenas critérios biológicos e corporais são avaliados, mas também as barreiras socioestruturais que influenciam nas definições de deficiência. De alguma forma, o que o Instituto faz é a instrumentalização das definições apresentadas anteriormente e pela Convenção. Para que isso fosse possível, não apenas os médicos realizam “perícias” que orientam a concessão, como também os assistentes sociais produzem diagnósticos com critérios próprios que, somados às definições médicas, definem se determinado sujeito é uma “pessoa com deficiência” e, acima de tudo, se ela é um sujeito de direito do BPC.

A Lei Complementar nº142/2013 garante a aposentadoria especial para as pessoas com deficiência, dentro do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), com a redução do tempo de contribuição em dois, seis ou dez anos. Para que o segurado⁸ faça jus à redução de dois, ele precisa ser avaliado como “pessoa com deficiência leve”; para redução de seis anos, deverá ser considerado pessoa com deficiência moderada; e dez anos, pessoa com deficiência grave. Pela primeira vez é inserida a questão dos “graus” de deficiência na legislação brasileira e, de repente; por esse motivo, não existia qualquer índice para tal mensuração.

A aposentadoria especial está em vigor desde 2013, porém, o instrumento que é utilizado para a avaliação foi publicado em 27 de janeiro de 2014, por meio da Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP nº 1. Nessa Portaria, o Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBrA) é apresentado como forma de avaliação “médica e funcional” das pessoas com deficiência para fins de concessão da aposentadoria.

O IFBrA faz uso também das definições da CIF com 41 domínios que devem ser pontuados pelos profissionais. Assim como o BPC, dois profissionais assumem esse desafio: um médico perito e um assistente social. Ambos utilizam o mesmo instrumento, mas são autônomos em suas pontuações. A somatória dos dois profissionais indicará o “grau”

⁷ Para inúmeras análises sobre o BPC, a proteção social e outras interações, consultar o livro organizado por Diniz, Medeiros e Barbosa (2010).

⁸ Segurado é o nome utilizado pela Previdência Social para se referir aos indivíduos que contribuíram ao RGPS e que podem usufruir das garantias constitucionais para esse grupo populacional.

da pessoa com deficiência e, conseqüentemente, o direito que terá em se tratando de redução do tempo de contribuição e concessão da aposentadoria.

Além das duas políticas citadas acima, que buscam instrumentalizar o conceito de deficiência trazido pela Convenção, temos outras iniciativas em nível federal. O Plano Nacional Viver Sem Limite, implantado por meio do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, pretende agregar diferentes ações que buscariam dar conta de transformar a problemática das pessoas com deficiência em políticas públicas, tangenciando as preocupações nas diferentes esferas dos Ministérios. Quatro grandes eixos foram propostos no tal plano: acesso à saúde, acesso à educação, inclusão social e acessibilidade. Com essas transversalidades, várias ações são propostas em nível nacional para serem executadas pelos Ministérios, buscando, de certa forma, a “totalidade” da inserção das pessoas com deficiência no mundo social (e reconhecendo a desvantagem histórica sofrida por esse segmento).

O que é interessante nas ações do Viver Sem Limite (proposto após a regulamentação da Convenção) é a tentativa de unificação desse conceito no Brasil. Não mais uma série de conceitos é lançada (como foi o caso das leis citadas anteriormente), mas temos uma definição global do que seria pessoa com deficiência e que, teoricamente, seria o que guiaria todas as ações.

Se por um lado vivemos atualmente uma profusão de discursos sobre deficiência e pessoas com deficiência nas políticas públicas em nível nacional, por outro, percebemos um duplo aspecto que pode tensionar suas elaborações: primeiro, de que existem certos conceitos hegemônicos que ainda persistem e que, *grosso modo*, apresentam o desejo universalista das políticas a partir do momento que definem quem é a sua população específica; segundo, de que a profusão de discursos e de ações (e essa mudança conceitual provocada pela Convenção) também gera uma certa tensão entre os conhecimentos envolvidos, exigindo respostas de diferentes campos de atuação.

Falo aqui, neste segundo momento, do desafio que nós das ciências humanas temos de auxiliar na construção das formas de fazer as políticas públicas para pessoas com deficiência. Acima de tudo, da possibilidade (e desafio) de produzir (e auxiliar a construir) propostas diferenciadas que valorizem outros aspectos para as definições do que seriam pessoas com deficiência. Evidentemente, esse desafio é também problemático se formos levar em consideração os desejos sempre universalistas das políticas públicas e as formas como, de uma

maneira ou de outra, hegemonias são constantemente produzidas e/ou reproduzidas.

A invisibilidade inerente

Agora apresento algumas questões trazidas pela minha pesquisa de doutorado, realizada na localidade de Várzea Queimada, zona rural do município de Jaicós, estado do Piauí. Essa pesquisa foi realizada com o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e foi apoiada pelo Instituto Nacional de Pesquisas Brasil Plural (INCT Brasil Plural – CNPq/CAPES/FAPESC/FAPEAM).⁹

Várzea Queimada é uma pequena localidade rural no interior do Piauí. Sua população é de aproximadamente 900 habitantes, que vão e que vêm de outras cidades, como é o caso de Jaicós, de São Paulo e de outras que estão emergindo como alternativa válida para a busca de melhores condições de vida ou para acumular recursos para a compra de bens de consumo sonhados por diferentes gerações. Lá nasceram 34 surdos, localmente designados como mudos.

Na comunidade, todos fazem “Cena” com os “mudos”. Cena é a palavra designada para falar sobre a forma específica de comunicação gesto-visual constituída na comunidade e utilizada pelos seus membros na comunicação com mudos e entre estes. A Cena pode ser vista como um intervalo criativo entre o contexto social, o uso prático e a vivência/experiência histórico-cultural na localidade. Ela ancora e está ancorada nas relações sociais e nos participantes do ato de fala que, de alguma forma, produzem o significado a partir da manipulação das informações dadas pela própria Cena.

Cabe lembrar que a Cena é uma língua de sinais diferente da Língua Brasileira de Sinais (Libras), legitimada pelo estado brasileiro e carro-chefe das ações do estado para a “inclusão” dos surdos na sociedade. É pela Cena, e não pela Libras, que as pessoas se comunicam em Várzea Queimada. E foi na tensão entre Cena e Libras que eu cheguei na comunidade, a partir de uma das inúmeras ações de inclusão dos surdos, realizada por uma instituição católica de São Paulo nos sertões do Piauí. Para muitos, os surdos de Várzea Queimada “não tinham língua” antes do curso realizado, e a Cena é vista como inferior, que

⁹ Descrições mais detalhadas podem ser encontradas em Pereira (2013).

necessita de certo refinamento tendo como base a Libras e as outras conceitualizações das políticas públicas.

Na comunidade, a Cena “é dos mudos”. Ou seja, Cena é um dos sinais diacríticos que caracterizam um grupo. Ser mudo é, acima de tudo, fazer uso da Cena, em detrimento da oralidade. Porém, como todos na localidade são aptos a fazer Cena, não são os mudos tidos como “diferentes”. Eles sempre estiveram inseridos no processo social e respondem, em menor ou maior grau, aos anseios sociais a eles direcionados. O que quero argumentar é que, diferentemente de uma história hegemônica sobre a surdez no Brasil (e no mundo), os surdos em Várzea Queimada estão inseridos no processo social.

Eles fazem parte da comunidade de prática que constitui a Várzea Queimada, compartilhando os afazeres cotidianos, os rituais e as “regras” sociais. Eles estão na história da comunidade, seja do ponto de vista experiencial (vivenciando e partilhando histórias sobre ela), seja enquanto personagens: existe uma história nativa sobre a origem da surdez na localidade.¹⁰ Os surdos são categorizados por uma série de elementos que os transformam enquanto sujeitos liminares, mas isso não os coloca em desigualdade com os demais. Eles sofrem os mesmos desafios que seus parentes: falta d’água, dificuldade de acesso a recursos financeiros, não letramento histórico, entre vários outros que marcam as comunidades sertanejas brasileiras.

Historicamente, eles são mudos pois fazem Cena. Fazendo Cena, colocam a comunidade de prática em ação. Todos fazendo Cena, a diferença se transforma em insignificante do ponto de vista relacional. Se todos fazem Cena, não há, teoricamente, barreiras que os diferenciam. Com a interação coletiva “na Cena”, os mudos não podem ser enquadrados como pessoas com deficiência da forma como encararíamos em outros contextos. Os mudos, em Várzea Queimada, precisam ser analisados de outras perspectivas e não necessariamente do ponto de vista do conceito hegemônico de “pessoa com deficiência”.

Porém, como já anunciado no início deste texto, a expansão da “visibilidade” da deficiência, a partir de políticas públicas, marcou também a pequena localidade no sertão piauiense. No ano de 2005, uma equipe de “doutores de São Paulo”¹¹ realizou o primeiro diagnóstico

¹⁰ Mais detalhes sobre as teorias nativas sobre a origem da surdez na Várzea Queimada podem ser obtidos em Pereira (2012).

¹¹ “Doutores de São Paulo” é a expressão utilizada no vilarejo. Trata-se de um conjunto de pesquisadores vinculados à Universidade de São Paulo que se dirigiram até a

biomédico de deficiência auditiva na comunidade. Essa história está marcada no cotidiano dos moradores da Várzea Queimada e serve como um disparador de uma série de releituras das práticas sociais da (e na) comunidade.

O diagnóstico trouxe um nome para os mudos: eles são deficientes auditivos e o “problema” está ancorado no parentesco. Com a leitura da equipe de São Paulo sobre a surdez bilateral profunda, as causas foram averiguadas e o veredicto disparado: é pelo excesso de casamentos entre consanguíneos que a surdez seria predominante na comunidade. Com o veredicto, vieram também algumas indicações: proibições de casamento entre primos (uma das formas preferenciais na comunidade) e a necessidade de inserção de “políticas de inclusão”.

Após a visita dos pesquisadores de São Paulo, várias ações foram disparadas em Várzea Queimada. No ano de 2008, uma reconhecida instituição de educação de surdos da cidade de São Paulo iniciou o primeiro curso de Língua Brasileira de Sinais (Libras). Instrutoras da metrópole foram para o interior do Piauí ensinar “uma língua” para a comunidade. O objetivo era ensinar a língua de sinais oficial brasileira para aquela população e também fomentar outras políticas de inclusão social para o que elas chamavam de “comunidade surda” de Várzea Queimada.

O intuito das educadoras de São Paulo estava de acordo com o ponto de vista das políticas públicas: trabalhava com conceitos hegemônicos (e em voga) de surdez, enquanto uma “diferente cultura” e de língua de sinais, vista a Libras enquanto oficial do Brasil, e com o fato de os surdos necessitarem aprender uma língua única para a inserção na comunidade surda nacional. Para elas, era indispensável fomentar a “autoestima” dessas pessoas a partir do fortalecimento delas enquanto grupo diferente dos demais da localidade. Ou seja, ensinando a Língua Brasileira de Sinais, a cultura surda seria garantida e existiria uma maior coesão do grupo de surdos da localidade. O que essa primeira ação do Estado na localidade fala é mais do que o ensino de uma língua oficial: é o pressuposto da construção homogênea de formas de “ser” surdo. Essas ações nos falam, pelo menos, três coisas: surdo se comunica em Libras, surdo “é diferente” e tem uma cultura, e surdo precisa de ações de inclusão.

comunidade com o intuito de conhecer e estudar os motivos do nascimento de um número expressivo de “deficientes auditivos” em Várzea Queimada. Esse fato é bastante importante nas histórias dos moradores de Várzea Queimada, especialmente quando o assunto é a surdez.

Pois bem, parece que essas ações dialogam muito mais com pressupostos globais sobre surdez e deficiência do que com as formas locais de pensar e se relacionar com o mundo.

Mas, as inserções de políticas públicas na localidade não param nessa ação da referida instituição. A prefeitura do município, tendo como base as ações nacionais e estaduais, lança uma série de ações para “as pessoas com deficiência em Jaicós”. Vale ressaltar que o estado do Piauí cria uma Secretaria Especial para inclusão da pessoa com deficiência, visto o envolvimento pessoal do governador e sua esposa com essas questões: uma de suas filhas é uma pessoa com deficiência, Daniele Dias, que dá o nome para um famoso centro de reabilitação na cidade de Teresina.

O interessante é que vivenciei exatamente essa efervescência da questão da deficiência no município de Jaicós. Em quase todos os eventos do municípios, os “surdos” de Várzea Queimada eram chamados para participar. Eles eram lembrados nos discursos oficiais do prefeito e de outros secretários. Ações de “resgate da autoestima” e de “inclusão” dos surdos eram amplamente divulgadas e promovidas pela administração pública.

O discurso era o mesmo que o da maioria das políticas: criou-se um sujeito específico, nomeado como “pessoa com deficiência”, que precisaria de ações do estado para a promoção do seu bem-estar. Esse sujeito, notadamente homogeneizado e hegemônico, precisaria ser atingido pelas políticas públicas. E os mudos de Várzea Queimada foram o foco privilegiado das ações. Porém, nada foi pensado sobre a realidade local para a aplicação de tais políticas.

Por exemplo, criou-se uma turma de Alfabetização de Jovens e Adultos (EJA) para letrar os surdos, agora pensados enquanto os sujeitos macro das políticas. O dilema era grande quanto às formas de alfabetização: contratava-se uma professora de Libras ou se utilizaria como recurso humano uma professora nativa que dominava a língua local? Mesmo tendo escolhido a segunda opção, a ação não foi bem recebida, nem pelos mudos, nem pela comunidade em geral. Nos discursos dos moradores de Várzea Queimada, escola é coisa de “criança”, e os surdos não eram crianças. Além disso, eles estavam em uma turma específica, composta exclusivamente por surdos, o que provocou uma segregação e era vista como a “sala dos mudos”. Antes, eles eram iguais aos demais adultos não alfabetizados. Depois das ações, era “tudo para os mudos”.

E isso se repetiu com a Dança de São Gonçalo, manifestação tradicional da comunidade. Durante as ações da instituição de educação

de surdos de São Paulo, um dos agentes da prefeitura municipal “percebeu a potencialidade” dos surdos na Dança de São Gonçalo e propôs, como uma forma de inserção social e resgate da cultura local, que fosse formado um “Grupo de São Gonçalo por Pessoas Surdas”.¹²

Mais uma vez, cabe relacionar isso com as propostas do governo do estado do Piauí de resgate de uma “identidade nacional” e de identidades regionais a partir de ações que contemplem coisas “tipicamente piauienses”. O governo do estado lançou a campanha e um vídeo com o hino estadual. Nele, figuras folclóricas do Piauí são trazidas em imagens como “os vaqueiros”, o São João, algumas comidas típicas como o baião de dois e a “margarida na manteiga”. Junto com essa proposta, vem uma série de investimentos nesse tipo de ações, que contemplam, enaltecem e visibilizam a “cultura piauiense”.¹³

O grupo foi criado, primeiramente, para fazer uma apresentação para a presidente da Fundação Nacional de Cultura, que estaria na cidade de Jaicós. Para prestigiar os “surdos de Várzea Queimada”, ela passaria uma noite na localidade para assistir à apresentação do grupo. Depois da primeira apresentação, o grupo virou uma das ações de “resgate da autoestima” dos deficientes auditivos da comunidade.

Porém, a Dança de São Gonçalo não é dançada por todos. Ela é um processo ritualístico em que as mulheres dançam para o santo agradecendo ou solicitando casamento. Os homens apenas assistem. No “São Gonçalo por pessoas surdas”, todos os surdos de Várzea Queimada são chamados a dançar: homens e mulheres, de todas as idades. Mais uma vez, a ideia de um grupo homogêneo, os surdos, daria o suporte teórico da ação.

Além das ações municipais, outras políticas públicas federais reconfiguraram as relações locais e as formas de a comunidade encarar os mudos. Na esteira das novas definições de “pessoa com deficiência” trazida

¹² Rodas de São Gonçalo são formas utilizadas pela população de Várzea Queimada para pagar uma promessa feita ao santo. Geralmente são promessas para arrumar relações maritais, feitas por mulheres. Elas devem “pagar” tantas rodas de São Gonçalo quantas foram acordadas com o santo casamenteiro. Na forma tradicional, mulheres da comunidade são chamadas para dançar, sendo aos homens reservado o direito de assistir, exceto quatro deles que são responsáveis pela condução da música (os “caqueiros”).

¹³ O que legitima essa ação são discursos de que o Piauí sempre fora um estado esquecido pela nação e faz um chamamento aos governos municipais para o resgate da cultura local. Não menos importante é o vídeo, semelhante ao produzido pelo estado do Piauí, com o Hino Nacional Brasileiro vinculado a imagens que “valorizam a cultura nacional”, enfocando diferentes aspectos regionais (danças gaúchas, carnaval, “bairanas” etc.).

pela Convenção, os anos de 2009 e 2010 foram marcantes para os mudos de Várzea Queimada. Quase todos obtiveram o Benefício de Prestação Continuada (BPC), ampliando em um salário mínimo a renda familiar mensalmente. Considerando a realidade de Várzea Queimada, esse dinheiro os coloca em um *status* diferenciado na localidade: eles acabam assumindo grande parte das obrigações financeiras da família e transformam-se em “superiores” do ponto de vista da renda familiar. Além disso, a concessão ou não do BPC para os mudos é fruto de várias especulações na comunidade.

Se o Bolsa Família, um benefício também bastante comum (e importante) na localidade tem os seus critérios quase que universalizados (a maioria absoluta das famílias recebe “o cartão”) e bem definidos, os motivos de obtenção do BPC não estão tão evidentes para os habitantes de Várzea Queimada. Com isso, várias suposições são feitas, que jogam com diferentes opiniões sobre por que determinado indivíduo recebeu o Benefício e outros não. Mais uma vez, uma série de critérios de diferenciação é acionada e gera, de alguma forma, pressupostos de “exclusão”. “Agora é tudo para os mudos” é a frase da vez quando se trata das políticas públicas na localidade.

Quando se propõe a mudança nas formas tradicionais de organização, seja com a implantação do São Gonçalo por pessoas surdas, seja pelo privilégio da “surdez” enquanto fator diacrítico para a construção de políticas, está-se valorizando a construção de um grupo que, antes disso, não era encarado enquanto passível de classificação “pela surdez”, mas sim pelas características liminares que o vinculavam.

Mas essas ações vão além e produzem também perigos para o desenvolvimento e a manutenção da Cena, língua de sinais local. Quando as políticas públicas produzem saberes hegemônicos que auxiliam na produção de grupos, elas trabalham com certos conceitos que, em sua esteira, trazem outras questões como a necessidade de padronizar a língua de sinais por meio da Libras.¹⁴

Nonaka (2011) já pontuava o risco de assistirmos, em pouco tempo, ao desaparecimento de um número incontável de línguas de

¹⁴ Não podemos esquecer das considerações de inúmeros autores sobre os elementos que são indispensáveis para a produção de uma “língua”. Bourdieu (1996) e Gumperz (1972) argumentam sobre isso, ressaltando que para que haja uma língua é necessário o “código” e também os falantes. Esses falantes constituiriam a “comunidade de fala” responsável pela manutenção dessa língua. Tratando-se da constituição da Língua Brasileira de Sinais (Libras) como oficial no país, faz-se necessário também a constituição de um grupo, qual seja, o que é nomeado como pertencente à “cultura surda”. Fiz algumas considerações sobre o papel da Libras na consolidação da nação (PEREIRA, 2009).

sinal pelo mundo. Sem dúvida, a extinção de várias línguas de sinais já ocorreu. Entretanto, como não existiram pesquisas, não conseguimos nem mesmo precisar os locais onde elas existiram, como e quando elas desapareceram. Essas formas locais estão sendo englobadas pelas políticas de “inclusão dos surdos”, que, geralmente, trabalham com perspectivas hegemônicas sobre o que seria uma língua e como se daria a educação ou a inserção dos surdos nas sociedades globalizadas.

A autora nos fala da fragilidade das relações sociais que mantêm vivas as línguas de sinais rurais ou indígenas (aquelas não oficiais nos países). Da mesma forma que as demais línguas de sinais não oficiais, é na complexidade das relações sociais em Várzea Queimada que a Cena se mantém acesa. É na produção cotidiana, dentro dos encontros face a face, que essa linguagem se perpetua, se complexifica, se aprimora e se torna passível de reprodução. É na relação imbricada entre cultura e linguagem que ela continua viva.

Revisando a literatura sobre as línguas rurais ou indígenas de sinais, podemos ver que a grande maioria das comunidades nas quais essas formas de comunicação se desenvolveram vem sofrendo a influência de políticas públicas. Em quase todas as comunidades, a linguagem local tende a ser substituída pelas línguas nacionais, com a argumentação de que é necessária a inserção dos surdos nas “culturas surdas nacionais”, sendo a língua a primeira forma de aproximação.

Devemos pensar, assim, que ao mesmo tempo que as políticas vêm aumentando significativamente a qualidade de vida de uma parcela significativa da população, especialmente surdos, elas também homogeneízam formas de vida. No embate da produção de políticas globais aplicadas em nível local, os modos de vida das comunidades acabam sendo os menos privilegiados, o que acarreta profundas transformações. Quando pensamos em uso da língua, e aqui saliento a Cena de Várzea Queimada, devemos pensar que nem sempre a homogeneização proposta pela Libras (ou por outras políticas) pode ser aplicada com todos os seus elementos.

É nesse sentido que urge uma reflexão sobre a Cena enquanto uma língua que corre sérios riscos de desaparecer. Autores já apontaram essas questões e demonstraram a importância de nós, cientistas, assumirmos a responsabilidade da descrição, documentação e reflexão sobre essas formas específicas de comunicação que estão na berlinda. Como argumenta Nonaka (2009, p. 214) “*Indigenous sign languages tend to arise suddenly, spread rapidly, and disappear quickly*”.

Para que possamos assumir de vez o desafio de documentar essas outras línguas, os autores apontam a importância de estudos etnográficos

que descrevam as comunidades onde essas formas de comunicação nasceram. É a antropologia, e suas formas clássicas de trabalho, que está sendo chamada para contribuir nessa questão.

As descrições etnográficas das comunidades onde as línguas de sinais não oficiais surgiram e se mantêm podem auxiliar também no estabelecimento de políticas públicas que levem em consideração o pluralismo linguístico entre os surdos no território. Já tivemos inúmeros avanços com a criação da Lei de Libras, mas ainda precisamos pensar em como transformar a diversidade em material de elaboração de políticas públicas; diversidade não apenas no nível discursivo, mas também em seu uso prático, a começar pelo respeito à preservação e ao uso de uma língua de sinais específica no território nacional, com a elaboração de estratégias educacionais, sociais, entre outras, que levem em consideração essas *nuanças*.

O retorno às políticas ou das formas possíveis de interlocução

O desafio deste artigo é trazer elementos de diferentes esferas para compor um quadro sobre as políticas para pessoas com deficiência no Brasil, seus marcos legais e suas “consequências” em uma pequena localidade no sertão piauiense. Como argumentei, existe um desafio constante em produzir políticas para um grupo específico, fazendo uso de um arcabouço clássico e teórico em que a antropologia tem contribuições históricas, porém, sem levar em consideração as realidades locais para tal aplicação.

Dessa forma, volto ao questionamento: as políticas públicas querem antropólogos ou a antropologia?

Isso parece fazer sentido tomando como base de análise o que expus anteriormente: existe uma profusão de discursos sobre diversidade e um chamamento das novas definições de deficiência de profissionais para além do corpo médico e pedagógico. Demandam-se profissionais de outras áreas, como vimos com as novas definições trazidas pela Convenção e a inserção de assistentes sociais, por exemplo, para a realização de avaliações no INSS. Demanda-se também o saber teórico e metodológico da antropologia.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), por exemplo, desde 2011, reconheceu as línguas de sinais como passíveis de serem inseridas em seu atlas sobre as línguas

em risco de desaparecimento. Desde então, a organização insere em seu catálogo línguas de sinais de todo o mundo que, *grosso modo*, podem ser extintas caso não sejam elaboradas políticas de valorização e revitalização dessas formas de comunicação. Para que essas línguas não sejam perdidas ao longo dos anos, antropólogos também estão sendo convidados a realizar etnografias como forma de documentar as sociabilidades características desses locais. Ao mesmo tempo que profissionais de diferentes áreas estão sendo chamados a participar de debates públicos, o arcabouço teórico e metodológico da antropologia é visto como uma das possíveis contribuições na elaboração de políticas públicas.

Porém, pelo que parece, as respostas esperadas seguem a mesma lógica anterior: ao mesmo tempo que temos uma evolução conceitual no que tange às pessoas com deficiência, ainda temos dificuldade em instrumentalizar alguns conceitos ou formas de ver em nível de política pública. Ou seja, temos uma dificuldade em colocar a antropologia “a funcionar” quando estamos nas esferas da elaboração das intervenções.

Assim, parece que, antes de respostas de cunho antropológico, o que se espera é a atuação de antropólogos para, de alguma forma, legitimar certos discursos. O desafio da diversidade está posto; porém, levar essa diversidade a sério ainda não acontece de fato quando da construção das novas estratégias de intervenção. Se, por um lado, temos novas definições, por outro, temos as mesmas respostas que eram dadas anteriormente.

O sujeito hegemônico e homogêneo das políticas públicas continua imperando, mesmo com os discursos socioantropológicos sendo proclamados em várias frentes no país. Cabe a nós, agora, repensar o papel da antropologia (ou dos antropólogos) nesses espaços de construção de políticas.

Referências

BOURDIEU, P. *A economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: EdUSP, 1996.

BRASIL. Senado Federal. *Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm>. Acesso em: 12 ago. 2013.

DINIZ, D. Autonomia reprodutiva: um estudo de caso sobre a surdez. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 175-181, 2003.

DINIZ, D. *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, L. (Org.). *Deficiência e igualdade*. Brasília: LetrasLivres; Ed. UnB, 2010.

GOOD, B. J. *Medicine, rationality and experience*. New York: Cambridge University Press, 1993.

GUMPERZ, J. The speech community. In: GIGLIOLI, P. P. *Language and social context*. New York: Cambridge University Press, 1972.

NONAKA, A. Estimating size, scope, and membership of the speech/sign communities of undocumented indigenous/village sign languages: the Ban Khor case study. *Language and Communication*, v. 29, n. 3, p. 201-229, 2009.

_____. Language socialization and language endangerment. In: DURANTI, A.; OCHS, E.; SCHIEFFELIN, B. *The handbook of language socialization*. New York: Blackwell, 2011.

PADDEN, C. Deaf. *Journal of Linguistic Anthropology*, v. 9, n. 1-2, p. 57-60, 1999.

PEREIRA, E. L. Surdez e beleza: o caso de Vanessa Vidal. In: SEMINÁRIO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE, 4., 2009. Rio Grande. *Anais...* Rio Grande: FURG, 2009.

_____. Narrativas sobre a “origem da surdez” em uma localidade no nordeste brasileiro. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 28., 2012. São Paulo. *Anais...* São Paulo: PUC, 2012.

_____. “Fazendo cena na cidade dos mudos”: surdez, práticas sociais e uso da língua em uma localidade no sertão do Piauí. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

QUADROS, R. M. (Org.). *Estudos surdos I*. Florianópolis: Arara Azul, 2006.

_____. (Org.). *Estudos surdos III*. Florianópolis: Editora Arara Azul, 2008.

QUADROS, R. M.; PERLIN, G. (Org.). *Estudos surdos II*. Florianópolis: Arara Azul, 2007.

SACKS, O. *Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

STROBEL, K. *As imagens do outro sobre a cultura surda*. Florianópolis: EdUFSC, 2008.

Pescadoras artesanais no litoral de Santa Catarina, Brasil: algumas reflexões sobre reconhecimento e (in)visibilidades

Rose Mary Gerber

Introdução

Este artigo advém de meu doutoramento em Antropologia Social pelo PPGAS/UFSC, cuja pesquisa foi realizada com pescadoras no litoral de Santa Catarina, sul do Brasil, entre os anos de 2010 e 2012, em uma experiência em que exercitei um deixar-me afetar (FRAVET-SAADA, 2005) pela vida e pelo cotidiano dessas mulheres. Nesse empreendimento em que quis ficar tão próxima quanto uma *sombra* (GERBER, 2013), emergiram questões densas relacionadas às dificuldades com as quais essas mulheres se defrontam para serem reconhecidas como profissionais.

A igualdade “não é a ausência ou a eliminação da diferença, mas sim o reconhecimento da diferença e a decisão de ignorá-la ou de levá-la em consideração” (SCOTT, 2005, p. 15). Por ser vista como feita por homens, não se vê como possível que mulheres possam ter na pesca uma experiência individual que diz respeito não apenas a uma experiência profissional, mas social; seu modo de ser e estar no mundo. Quando técnicos ignoram ou desconsideram essa possibilidade singular de ser e existir, ou não a reconhecem como possível, de uma forma ou de outra, contribuem para que seja cortada qualquer forma de visibilidade de mulheres pescadoras.

Assim fazendo, “retiram da vida o sentido de experimentação e de criação coletiva. Retiram do ato de viver o caráter pleno de luta política e o da afirmação de modos singulares de existir” (BAPTISTA, 1999,

p. 49). Quando o *sistema*, que poderíamos considerar um poderoso *amolador de facas* (BAPTISTA, 1999) contemporâneo, é alimentado e *automaticamente* classifica sujeitos, a mulher pescadora não encontra seu reconhecimento porque estaria fora dos *enquadramentos* possíveis. Em assim sendo, fica alijada do que seria um direito inalienável – o direito que todos têm a ter direito – posto que *erga* (para) *omnes* (todos).

Sobre reconhecimento de direitos

A referência de que o mundo da pesca é eminentemente masculino se pauta por um olhar hierárquico que não reconhece a existência, e que, portanto, invisibiliza, as pescadoras, cuja trajetória de busca por direitos e reconhecimento é ainda incipiente. Enquanto as agricultoras já podem computar resultados advindos de uma longa caminhada de luta, as pescadoras iniciam-se nesse percurso. Para efeito de direito aos benefícios previdenciários e à aposentadoria, a pesca artesanal está classificada como atividade que, junto com a agricultura, define seus membros como Segurados Especiais, aí incluindo pescadores, agricultores e indígenas que vivem do que é denominada atividade rural. A condição de Segurado Especial (SE), que deveria abrigar as pescadoras em decorrência das especificidades de atividades exercidas em situações distintas de trabalhadores urbanos, como horário diferenciado e exposição constante às intempéries, à periculosidade e ao desgaste físico precoce, na fala de técnicos do INSS que encontrei no decorrer de minha pesquisa, emerge revelando uma visão segundo a qual essa classificação – especial – dar-se-ia pelo fato de se tratar de trabalhadores qualificados como *coitadinhos*, *pequeninhos*.

Entendo que para compor a trajetória de busca por seus direitos como sujeitos profissionais da pesca é central desconstruir a homogeneização e construir o aporte de uma *diferença que difere* de outras categorias profissionais que possam compor o chamado espaço rural. Trata-se de pescadoras, cujos contextos de trabalho nos quais as muitas atividades ocorrem implicam diferenças cruciais quando comparados aos de outras profissões, como a agricultura. Para Abu-Lughod (1991), um dos problemas centrais com a generalização são seus efeitos em não considerar as diferenças existentes. Isso porque a generalização preza pelo homogêneo que, por sua vez, simula coerência e atemporalidade, ambos produzidos visando melhor criar uma situação sobre a qual se pretenda dar conta e manter sob controle.

Enquanto as agricultoras lidam com a terra, as pescadoras trabalham com o mar e nele. Esta é a primeira grande diferença. A segunda diz respeito ao fato de que as agricultoras têm como espaço de trabalho a terra, local fixo que lhes dá uma segurança maior do que a das pescadoras, para as quais “há ausência de posse do recurso explorado” (MALDONADO, 1994, p. 29). Embora em ambas as atividades se conviva com um tempo Cronos (LEACH, 1974) e com os efeitos de intempéries e imprevistos, o mar é investido de mobilidade. Mesmo que se tenha o reconhecimento do que chamam *pontos de pesca*, em princípio, o mar é de todos e a circulação é livre. Terceira diferença: na agricultura se planta, cuida, limpa; se cultiva e espera o tempo da colheita; na pesca artesanal não há cultivo, há extração em que todo dia é dia de observar como foi a pescaria.

Em comum, um calendário anual imbuído de uma ritmanálise (BACHELARD, 1994) que diz respeito aos ciclos de plantio e colheita por um lado; de épocas de diferentes peixes por outro. Pescadoras e agricultoras vivem a partir de ciclos que dizem respeito a épocas de mais ou menos produção. Ambas têm jornadas de trabalho extenuantes, cuidam da casa e dos filhos; porém, uma tem a terra, outra tem o mar como seu referencial. São exemplos breves que dizem respeito às diferenças e aproximações que precisam ser consideradas para que as pescadoras sejam plenamente reconhecidas como trabalhadoras, tendo acesso aos direitos previdenciários e às linhas de crédito, vindo a adquirir aparelhos, embarcações e equipamentos. Um reconhecimento que diz respeito às especificidades e formas de vida e trabalho. Há ainda, portanto, um longo percurso quando pensamos em reconhecimento profissional. É preciso mostrar as diferenças visando conquistar direitos iguais.

Acerca de (in)visibilidades e anonimatos

Anônimo é, em princípio, aquele que não tem nome. Anonimato diz respeito a todos e a tudo quanto existe, mas não se vê, posto que não apareça quando diluído em alguma categoria genérica. O exemplo que eu gostaria de discutir é o da expressão *autônoma* sugerida por uma instituição como o INSS, responsável pelos trâmites exigidos e relacionados à aposentadoria de trabalhadores brasileiros, para as pescadoras se registrarem e terem direito à aposentadoria. A simplificação sugerida por meio da categoria *autônoma* faz desaparecer a diversidade com que mulheres se exercem como pescadoras.

Na obra intitulada *Pode o subalterno falar?* Gayatri Spivak (2010) aborda centralmente a situação da mulher, pobre, trabalhadora, habitante do terceiro mundo e migrante, em que a condição global de subalternidade encontra seu emblema, apontando que o lugar da teoria é masculino. Porém, mais do que a teoria, eu diria que há um âmbito bem mais amplo que a tudo abrange e que a tudo vê e classifica dentro e a partir da ótica do masculino. Em uma sociedade pautada por essa lógica, torna-se impensável considerar que há mulheres pescadoras. Tal pressuposto vai repercutir em uma das exigências do INSS, segundo a qual, para se aposentar, a mulher deve provar que é esposa ou filha de pescador. Ou seja, sozinha, como um sujeito, trabalhadora, ela não é pescadora. Autônoma, portanto, engloba e homogeneiza o que não se enquadra, o que diz respeito ao que Abu-Lughod (1991) se refere como efeito da generalização. Uma homogeneização que faz desaparecer qualquer indício de diversidade.

Embora previsto em nossa Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, Inciso I, que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”, na prática obrigações e direitos não encontram a igualdade tão propalada. Nos espaços em que circulei e participei em reuniões viabilizadas pela Epagri envolvendo pescadores e pescadoras com técnicos do INSS, cujo objetivo era que os primeiros conhecessem seus direitos e obrigações ligados aos processos de aposentadoria, pude perceber que a mulher pescadora não tem sua autonomia profissional reconhecida.

Cabe aqui um breve parêntese para recorrer rapidamente ao que se define por pesca e pescador. No *Grande dicionário Houaiss da língua portuguesa* (HOUAISS, 2001, grifo nosso), podemos encontrar que pescador é “adjetivo singular masculino; que ou *aquele* que pesca”. Pesca “é o ato de pescar; pescaria; arte ou técnica dos pescadores; aquilo que se pescou; ato de retirar algo da água; ação de procurar, de pesquisar”. Por outro lado, artesanal é definido como “relativo ou próprio de artesão ou artesanato; diz-se das coisas feitas *sem muita sofisticação*; rústico”. No *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (FERREIRA, 1986, grifo nosso), lê-se que “pescador (latim *piscatore*); que pesca; *aquele* que pesca”.

No *New International webster's Student Dictionary of the English Language* (LANDAU, 1997), encontramos: “*fish is to catch or try to catch fish in (a body of water); fisherman, one who fishes for sport or as an occupation*”. Não encontrei em dicionários a denominação clara de pescadora, mas nesse dicionário de língua inglesa ainda se pode ler:

“*fishwife: a woman who sells fish*” (LANDAU, 1997). Ou seja, é difícil encontrar a definição reconhecida de pescadora, ou *fishwoman*, para a mulher que vive em atividades que compõem os processos de pesca. Porém, observa-se em verbetes que, sendo uma mulher de pescador, uma *fishwife*, cabe a ela, em decorrência, a venda de peixes.

É interessante atentarmos que nos dicionários pesquisados há uma definição que não nos deixa dúvida: masculino singular: aquele que pesca. Não se cogita em nenhum dos dicionários, que são obras referenciais sobre a escrita, mas também reflexo de como uma sociedade pensa e se vê, uma conceituação mais ampla. Ainda hoje é considerado pescador – substantivo masculino – o homem que embarca e vai para o mar, rio ou lagoa, ou seja, retira da água e traz o produto de sua respectiva pescaria, seja ela industrial ou de pequeno porte quando falamos de pesca profissional.

Por sua vez, as pescadoras são vistas – e aqui me detenho em destacar o INSS por estar falando da temática aposentadoria, mas quero deixar claro que não se trata de uma postura exclusiva desse órgão – a partir de um homem. Necessariamente, para conseguir se aposentar com a denominação pescadora, a mulher deve estar inserida no chamado grupo familiar, mas não porque aí estando seja prontamente visibilizada como uma pescadora daquela família. É aposentada como pescadora quando consegue *provar* sua ligação com um pescador.

Ao questionar um dos técnicos do INSS sobre a possibilidade de a mulher, por exemplo, não ser casada, como ficaria, ele respondeu: “*Mas tem que ser, tem que ter alguma ligação; ou ela é filha, ou é mulher. Sozinha, ela não é. Ela é em função dele. Então tem que provar que é mulher, filha etc.*”. Aqui me parece plausível dialogar com Rosaldo (1995, p. 22), quando afirma que “gênero, em todos os grupos humanos, deve ser entendido em termos políticos e sociais com referência não a limitações biológicas, mas sim às formas locais e específicas de relações sociais e particularmente de desigualdade social”. E uma das formas de desigualdade social joga com a dupla (in)visibilidade e reconhecimento.

Se considerarmos a visibilidade como o conhecimento que as comunidades têm sobre as mulheres que trabalham nas pescas (SEMPERE; SOUSA, 2008, p. 74), podemos dizer que oscila entre a visibilidade mais expansiva que as mulheres que embarcam desfrutam tendo em vista o viés de gênero que tradicionalmente pauta essa atividade como sendo feita por homens. Elas teriam, portanto, um prestígio que as que atuam em atividades feitas em terra não têm. No entanto, ainda é muito forte reconhecer oficialmente as mulheres como

pescadoras, mais em relação ao seu estatuto de casadas com pescador do que como profissionais que efetivamente são. É inegável que se avançou em termos de se garantir o registro de mulheres nas colônias de pesca quando elas passaram a acessar o direito ao seguro desemprego e à aposentadoria. Porém, há muito ainda a ser feito no intuito de reconhecê-las como profissionais, independentemente de serem filhas ou esposas de pescadores.

Nas experiências de pescadoras, encontrei exemplos alusivos ao despreparo de alguns técnicos do INSS que, imbuídos do poder de representar o Estado, exercitam vigilância e punição (FOUCAULT, 2009), não as reconhecendo como sujeitos. Seus atos e ações diziam respeito à hierarquia de gênero, a uma visão estigmatizada (GOFFMAN, 1993) sobre essas mulheres que eles supunham não ter condições de ser o que são: pescadoras; impasses, dificuldades, que elas denominavam de situações de *humilhação* pelas quais passaram quando alguns técnicos entendiam ser impossível uma mulher trabalhar na pesca e, portanto, ter direito à aposentadoria como pescadora.

Wolf (2003) considera o poder como um aspecto das relações entre as pessoas ao afirmar que, “ao tratar das relações de grupos de uma sociedade complexa, não podemos esquecer de enfatizar o fato de que o exercício do poder por algumas pessoas sobre outras entra em todas elas, em todos os níveis de integração” (WOLF, 2003, p. 75). Tanto aquele que se imbuí do poder quanto o que sofre a ação estão impregnados do poder. Técnicos que agem em nome de uma instituição e pescadoras que, diante dessa ação, reagem. Ou seja, reconhecem no poder que em nome do Estado é exercido a própria constituição do poder estatal.

Continuando, um dos técnicos do INSS, em uma reunião, afirmou que *para o Direito o que vale é o fato. Para o fato, vale a prova*. Também falou que há o que denominam de Cadastro Específico de Segurado Especial, que objetiva que o Governo do Brasil tenha controle sobre os trabalhadores brasileiros, aí incluídos os pescadores. O referido técnico comentou categoricamente: “*o Segurado Especial é o último estágio que a Previdência chegou para automatizar o controle. Alguns casos já estão automatizados. Está cada vez mais automático. Não é mais possível fazer com o jeitinho*”. “É o fim do jeitinho”, corroborou um pescador.

A fala diz respeito não apenas a um jeitinho identificado como da malandragem (DAMATTA, 1990), mas, mais do que isso, aponta para o fim do *tete a tete*, das possibilidades de conversa e de diálogo, pois é o sistema informatizado que passa a deter o poder de definir sim ou não. Com o atendimento do segurado de forma direta com os técnicos

do INSS, poderia haver tentativas e a consequente compreensão sobre as trajetórias dessas pescadoras, cujos meandros estão, para além e fora dos enquadramentos (FOUCAULT, 2009, p. 143), formalizados e previstos nos questionários.

Cada vez mais sai da mão do servidor e vai para o sistema. Agora é o sistema que define. Chega à frente do computador e vai respondendo, e o sistema vai negar ou aceitar. O sistema não é uma pessoa, mas é ele que define. Depois, chega lá, no presidente do INSS, que assina aquilo que o sistema definiu. O Segurado Especial é o último estágio da sociedade. Todos estão enquadrados no sistema. (Técnico do INSS).

Podemos analisar a fala do técnico num diálogo contundente com Foucault (2009), já que o autor preconiza que o poder disciplinar é um poder que tem como função maior adestrar, de forma que todos, em algum momento, estejam enquadrados dentro da normatização prescrita. Ou se está fora. Punição, vigilância e disciplina são poderes destinados a fazer com que as pessoas cumpram normas, leis e exigências de acordo com o preconizado. A vigilância é uma maneira de observar o cumprimento dos deveres. Portanto, um poder que regulamenta gestos, atividades, aprendizagens e constitui-se mais em um enredamento do qual não se consegue sair. Uma espécie de prisão sem paredes.

Fazendo alusão às muitas redes, no universo da pesca seria uma *rede feiticeira* em que *nada escapa*. Nas palavras anteriormente ditas pelo técnico: *todos estão enquadrados*; parafraseando a linguagem da pesca, todos estão enredados. E trata-se de uma rede poderosa: quem entra não consegue sair. O mar talvez seja, dessa forma, um dos últimos territórios a ser domesticado, enquadrado. O mar e os que pescam talvez sejam dos últimos redutos livres.

A partir da fala de um dos técnicos do INSS, a solução para as mulheres seria o uso do registro profissional como *autônomas*. Porém, foi na sequência, que sua ênfase denotou uma espécie de aversão e total despreparo para lidar com os ditos Segurados Especiais, além de demonstrar claramente sua visão a respeito dos *pequenos produtores rurais*, entre os quais se incluem os ligados à pesca. Afirmava o referido técnico: “*Tem que parar com essa coisa do pequenininho, coitadinho, inho. Tem que buscar ser um EI [Empresário Individual]. Sair desse negócio de especial*”.

Essa fala aponta para outro aspecto do despreparo de muitos profissionais de instituições públicas para atuar com as pescadoras. Um despreparo que tem a ver com a desconsideração e/ou desconhecimento

de diferentes formas de vidas; de ser e estar no mundo. Esses técnicos aludiam à assimilação de um discurso que poderíamos reconhecer como “sebraeniano”¹ de que todos devem se tornar um Empresário Individual (EI) e deixar de se considerar e agir no diminutivo, como se o fato de querer ser, ou ser um pequeno pescador, o tornasse um ser a menos. Algo “inho”.

Parece-me que o raciocínio poderia e deveria ser outro. O amparo da lei, segundo a qual se pauta o Segurado Especial, não é pelo “inho, de coitadinho, pequenininho”, mas pelo tipo de trabalho diferenciado, pautado por um contínuo desgaste físico e realizado em situações de insalubridade, entre outros aspectos, que fazem com que esses profissionais tenham conquistada a prerrogativa do direito garantido de se aposentar com um menor tempo de trabalho do que um assalariado urbano que tem outras condições e horários.

Fui a uma das comunidades da grande Florianópolis 15 dias depois dessa reunião com o INSS e, ao conversar com uma das pescadoras que lá havia estado, ela comentou que no período da tarde iria ao referido órgão. Perguntei a ela: Para quê?

Vou dar baixa de minha situação como Segurada Especial, pois estou com medo. Se vier alguma fiscalização, como fico? O moço lá falou aquilo tudo. Todo mundo saiu desconfiado, com medo. Falei com o pai e ele concordou em dar baixa. Eu não sou mais considerada como grupo familiar, pois sou casada. Quer dizer, vivo junto. Então vou pagar como autônoma. (Jussara).

Mesmo ponderando com ela para que pensasse melhor, esperasse um pouco, ela não se demoveu da ideia de deixar de ser Segurada Especial. Parece que o poder exercido pela grande *torre pan-óptica* chamada INSS, vigilante e presente no *cuidado de si* do qual alude Foucault (2009), estava resumida na decisão e na fala dessa pescadora, que deixava de o ser: “*E se a fiscalização vem?*”. A sua reação e decisão foram decorrência de uma mensagem passada sobre uma pretensa ilegalidade em que a maioria das mulheres da pesca se encontraria, pois não comporiam mais o quadro de economia familiar, não sendo, portanto, reconhecidas

¹ Sebrae é uma empresa cujo objetivo central é transformar pequenos produtores em microempresários. Percebi nas falas dos técnicos uma forte alusão a um discurso que podemos denominar de “sebraeniano” que diz respeito claramente ao empreendedorismo que aponta que é mais interessante se constituir em empresariado. Resta saber para quem isso é mais interessante, haja vista que há, por trás desse discurso, uma série de exigências que se referem à legalização de empreendimentos bem como à padronização dos produtos e de formas de vida.

e consideradas pescadoras. O trabalho informal que faziam ganhava, na fala de técnicos que, em princípio, lhes orientariam sobre seus direitos, um tom de ilegalidade, cuja saída sugerida era invisibilizar a si por meio da assimilação de uma categoria ampla: *autônoma*.

A categoria *autônoma*, assim como *do lar*, que muitas vezes usam para responder a itens de formulários em lojas, órgãos governamentais ou nas certidões de casamento às quais tive acesso, depõe contra a visibilidade dessas mulheres, pois, ao assim se autodenominar, desaparecem como pescadoras. Pescadoras estas que, além de agregar valor aos produtos e de fazer parte da linha de produção necessária para que o setor pesqueiro funcione e seja visível, muitas delas embarcam. É preciso, pois, repensar a definição de pesca como uma atividade genérica, e a de pescador, para além de um substantivo masculino.

A denominação *autônoma* esconde a visibilidade de mulheres que atuam/vivem/são na/da pesca, mas não se enquadram nos preceitos do INSS como pescadoras, não havendo, portanto, como constituir provas centrais. Encontrei em campo mulheres que não vivem mais com suas famílias de origem, não estando algumas legalmente casadas. Outras são casadas com homens que não são pescadores. São elas as que pescam.

Para melhor entender os trâmites necessários para a aposentadoria, conversei com algumas secretárias das colônias de pescadores, pois percebi que são elas que detêm o conhecimento a esse respeito, tendo em vista que se encarregam dos processos. Suas falas confirmaram as narrativas sobre as dificuldades que algumas enfrentam quando recorrem ao INSS. Segundo uma das secretárias, *“tudo depende de quem a gente pega para atender, porque a burocracia define, mas quem faz é o técnico do INSS. Alguns atendem melhor, escutam, mas a maioria não sabe, não foi preparado para lidar com a pesca”*.

Ao se reportarem aos processos burocráticos, as pescadoras demonstravam conhecê-los e ter noção de que o poder pelas decisões que lhes afetavam vem de níveis mais altos na hierarquia burocrática e, portanto, de locais mais distantes. Ao responderem sobre suas trajetórias de vida e momentos que denominavam de tristeza ou humilhação, aproveitavam para solicitar o envio do que chamavam *recado para as autoridades, para a Dilma*:²

[...] Eu digo que o governo. Na verdade, a Dilma devia. Eu digo pra ti Dilma: devia olhar para as mulheres pescadoras porque aqueles

² Dilma Rousseff, presidenta do Brasil.

540 reais são muito pouco. Podias fazer um pouco mais pela classe pescadora, porque a gente escuta na televisão que ela vai ajudar a mulher da pesca. Que Deus abençoe! Que ela possa ter muita luz no coração dela, mas que faça logo porque muita mulher vai morrer, como já estão morrendo, sem ter o reconhecimento. (Judith, Balneário Camboriú).

A burocracia apareceu durante a pesquisa como uma grande agente que define como as pessoas devem a ela se submeter, limitando possibilidades e determinando enquadramentos. Como uma forma leviana e artilosa, ela respalda a ação de alguns burocratas que exercem *posições de poder* que, se por um lado, não levam em conta as consequências de suas decisões, decretos, atitudes nas vidas a serem afetadas, por outro não medem esforços para mostrar o quanto podem interferir, desestabilizar, alterar rumos de vidas em meio aos possíveis meandros dos poderes que, em nome da burocracia, detêm.

Em sendo o sistema, conforme informou um dos técnicos do INSS, o detentor do poder de decidir quem se enquadra ou não se enquadra dentro das prerrogativas ali definidas, ele não deixa dúvidas, haja vista ter sido criado para definir o destino de aposentadoria de uma pessoa. *Ele é transparente*. Não há espaço para dúvidas, alegavam os representantes do referido Instituto. No entanto, e ironicamente, sendo transparente, ele não permite visibilidade para quem não se enquadra: as pescadoras. Como constituir provas se o reconhecimento desse sujeito, mulher pescadora, por si só não existe? Se órgãos públicos entendem o trabalho dessas mulheres como *ilegal*, ou como não existente, até quando continuarão invisíveis, diluídas na categoria *autônoma*, ou *do lar*? Não haveria para essas mulheres mais do que um devir pescadora?

Considerações finais

Entre todas as redes, uma das consideradas mais perversas, tendo em vista que dela nada escapa, é a *rede feiticeira*. No formato cônico de um funil, ela arrasta tudo nos fundos por onde passa. Nela, o que entra, não consegue sair. Dela, nada foge. Por um lado, me inspirei nessa rede, que, tudo o que pode, captura. Por outro, me alio aos pressupostos de Foucault (2009), segundo os quais a vigilância é uma função definidora dos processos reguladores e de controle, “uma peça interna no aparelho de produção e uma engrenagem específica do poder disciplinar” (FOUCAULT, 2009, p. 169).

A partir de ambos, considero que se faz possível falar de enredamentos de controle e vigilância vinculados aos processos de cadastramento e recadastramento de trabalhadores brasileiros visando à futura aposentadoria. Falo do que considero os enredamentos das classificações trabalhistas que compõem os enquadramentos pelos quais se pauta o INSS, entendendo que esta discussão se faz central quando nos propomos a tentar entender algumas das implicações que perpassam a busca por reconhecimento de mulheres como profissionais da pesca. Portanto, como pescadoras, cujos (a)sujeitamentos dizem respeito ao que Maluf (2009, 2011, 2012) considerou “modos e regimes de subjetivação no contemporâneo, pensando o sujeito não apenas como *objeto* da análise antropológica, mas como *categoria analítica* e paradigma para uma abordagem antropológica do contemporâneo” (MALUF, 2012, p. 2).

Tais modos de subjetivação se relacionam com as trajetórias de mulheres pescadoras na busca por suas conquistas como profissionais, repercutindo no processo e nas dificuldades de aposentadoria em que emerge, perante o critério definido pelo INSS de Segurado Especial, a questão central do anonimato e da invisibilidade da mulher no setor da pesca; posturas e visões de órgãos públicos e de pessoas que, de forma geral, não sabem de suas existências e desconfiam de suas capacidades de vivenciar uma “experiência subjetiva” (MALUF, 2009, p. 13).

Finalmente, inspirando-me em Nancy Fraser, 2007, eu afirmaria que é preciso mais do que uma quebra da invisibilidade via um princípio de reconhecimento tímido que ora avança, outras retrocede ou fica estagnado. Ao se propor a pensar como se poderá revigorar a teoria e a prática da igualdade de gênero sob as condições atuais, Fraser (2007) aponta o que deveria ser descartado ou preservado para as lutas que virão. Ao discutir a questão dos direitos das mulheres, a autora enfatiza que a representação não é apenas uma questão de assegurar voz política igual às das mulheres em comunidades políticas já constituídas. É necessário reenquadrar as disputas sobre justiça que não podem ser propriamente contidas nos regimes estabelecidos. Em contestando o mau enquadramento, o feminismo transnacional estaria reconfigurando a justiça de gênero como um problema que Fraser (2007) denomina de tridimensional. Ou seja, composto por uma tríade a ser pensada de forma conjunta e que implica redistribuição, reconhecimento e representação (FRASER, 2007, p. 305).

Em outra obra, a proposta de Fraser já apontava para o sentido de buscar um equilíbrio que alie tanto a questão do reconhecimento

quanto a da redistribuição e da representação, e no qual as situações devem ser analisadas dentro do contexto em que estão inseridas.

Nos casos em que o não reconhecimento envolve a negação da humanidade comum de alguns participantes, o remédio é o reconhecimento universalista; assim, a primeira e mais fundamental compensação para o *apartheid* sul-africano foi a cidadania universal “não racializada”. Ao contrário, quando o não reconhecimento envolve a negação daquilo que é distintivo de alguns participantes, o remédio pode ser o reconhecimento da especificidade. (FRASER, 2001, p. 120, grifo do autor).

A autora defende que é possível aproximar ética e justiça, justiça e *boa vida*, perspectiva tanto de Charles Taylor quanto de Axel Honneth, lembra Fraser. Para ela, há uma questão central que precisa ser olhada de frente, de forma rápida e livre de dicotomias desnecessárias.

Se falharmos em formular essa questão, se nos agarrarmos, ao invés, a falsas antíteses e dicotomias enganadoras, perderemos a chance de vislumbrar arranjos sociais que possam compensar injustiças econômicas e culturais. Apenas olhando para abordagens integrativas que unem redistribuição e reconhecimento, nós podemos alcançar as exigências da justiça para todos. (FRASER, 2001, p. 137).

Se os argumentos de Fraser (2001, 2007) se fazem bons para pensar, eu diria que quando o não reconhecimento envolver a negação da humanidade comum das pescadoras, o acionamento de um reconhecimento universalista visibilizado em uma expressão generalizada como *mulheres do campo* pode ser acionado. No entanto, quando o não reconhecimento envolver a negação do que lhes é distintivo – ser pescadora – minha proposta corrobora com Fraser (2001): que se reconheça a especificidade.

Referências

- ABU-LUGHOD, L. Writing against culture. In: FOX, R. G. (Ed.). *Recapturing Anthropology: working in the present*. Santa Fe: School of American Research Press, 1991.
- BACHELARD, Gaston. *A dialética da duração*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1994.

BAPTISTA, Luís. Antonio. A atriz, o padre e a psicanalista: os amoladores de faca. In: BAPTISTA, Luís. Antonio. *A cidade dos sábios*. Rio de Janeiro: Summus Editorial, 1999.

DAMATTA, Roberto. *Carnavais, malandros e heróis*. Para uma sociologia do dilema brasileiro. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 2009.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. In: SOUZA, J. (Org.). *Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea*. Brasília: Ed. da UnB, 2001.

_____. Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 291-308, 2007.

FRAVET-SAADA, Jeanne. “Ser afetado”. *Cadernos de Campo*, n. 13, p. 155-161, 2005.

GERBER, Rose Mary. *Mulheres e o mar: uma etnografia sobre pescadoras embarcadas na pesca artesanal no litoral de Santa Catarina, Brasil*. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: la identidad deteriorada*. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

HOUAISS, Antônio. *Grande dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Instituto Houaiss, 2001.

LANDAU, Sidney. *New international Webster's student dictionary of the english language*. Naples: Trident Press International, 1997.

LEACH, Edmund. Cronos e crono. In: LEACH, Edmund. *Repensando a Antropologia*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

MALDONADO, Simone. *Mestres e mares: espaço e indivisão na pesca marítima*. São Paulo: Annablume, 1994.

MALUF, Sônia Weidner. Por uma antropologia do sujeito: esboços. *Campos*, v. 14, n. 1-2, p. 131-158, 2009.

_____. A antropologia reversa e “nós”: alteridade e diferença. *Ilha*, v. 12, n. 1, p. 40-56, 2011.

_____. *Eficácia simbólica: dilemas teóricos e desafios etnográficos*, Florianópolis, 2012. Texto trabalhado em sala de aula.

ROSALDO, M. O uso e o abuso da antropologia: reflexões sobre o feminismo e o entendimento inter-cultural. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, UFRGS, v. 1, n. 1, p. 11-36, 1995.

SCOTT, Joan. O enigma da igualdade. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-30, 2005.

SPIVAK, Gayatri. *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

SEMPERE, M. J.; SOUSA, R. (Coord.). *Estamos cá. Existimos: as mulheres na pesca nos Açores*. Açores: UMAR Açores, 2008.

WOLF, Eric. Encarando o poder: velhos *insights*, novas questões. In: FELDMAN-BIANCO, B.; RIBEIRO, G. L. (Org.). *Antropologia e poder: contribuições de Eric Wolf*. Brasília: Ed. da UnB, 2003.

Vó Nadir e as políticas públicas de saúde: por uma clínica plural

Alberto Groisman

Anotações introdutórias¹

1) Este artigo é baseado no *paper* proposto ao Colóquio “Pesquisa Antropológica e Políticas Públicas”, do INCT-IBP, que ocorreu entre 18 e 20 de novembro de 2013, na UFSC. Mais especificamente, este *paper* foi apresentado na mesa-redonda “Políticas Públicas e Saúde”, que tinha como debatedoras as professoras Sônia Maluf e Márcia Grisotti. Nesta versão procuro ampliar ainda que singelamente os horizontes de reflexão, apresentando considerações que na apresentação original no dia 19 de novembro de 2013 não era possível incluir. Talvez essas inclusões contribuam para avançar sobre algumas questões suscitadas. Não penso que este debate possa terminar, e, mais ainda, que possa ser encerrado de forma simples ou fácil num documento com recomendações. Penso que a contribuição mais direta que cientistas sociais podem fazer no campo das políticas públicas é o que chamo de “ativismo epistemológico”.

¹ Agradeço às pessoas que participaram, colaboraram e contribuíram para a realização da pesquisa de campo, particularmente os participantes das *religiões do daime*, por sua generosidade, mas particularmente aos que me interpelaram e/ou compartilharam comigo os momentos de convivência, o interesse genuíno no conhecimento produzido pela pesquisa, a disponibilidade e o estímulo. Agradeço ainda às agências que financiaram o projeto, CNPq e INCT – Instituto Brasil Plural, e especialmente às organizadoras desta publicação, às contribuições das debatedoras e dos demais participantes da sessão da mesa-redonda em que o *paper* original foi apresentado

Sumariamente essa forma de ativismo consiste em refletir criticamente sobre atitudes e agenciamentos do ponto de vista de praticar e cobrar a autorreflexividade, um valor importante da contemporaneidade da antropologia, e de parte das ciências sociais. Essa autorreflexividade se desdobra de uma preocupação de que a produção do conhecimento deve sempre estar sob autocrítica, que não se resumiria a analisar resultados de pesquisa e adequação formal dos instrumentais de estudo. A expectativa aqui é a permanente reflexão sobre o que pesquisadores e pesquisadoras fazem, como fazem, e por que fazem do ponto de vista das relações, particularmente as sociopolíticas, éticas e analíticas, que estabelecem com demais participantes de suas pesquisas e com as informações que administram ao estabelecer enfoques e escolhas analíticas.

Lamentavelmente, embora tenha procurado manter o espírito da contribuição, que era levantar questões que a meu ver ainda padecem de discussão e reflexão quando se trata de analisar “saúde e políticas públicas”, a sensação é ainda de fragmentação e frustração. Mas considero que se as questões e eventos levantados aqui possam ajudar ou estimular alguma ressonância, me dou por conformado.

2) Apresento e abordo neste trabalho um evento que acompanhei na religião do daime mais conhecida como Barquinha, organizada em torno do Centro Espírita e Obras de Caridade Príncipe Espadarte. Esse evento ocorreu durante pesquisa de campo em agosto de 2011. Trata-se então de uma reflexão sobre a experiência de ter desenvolvido projeto de pesquisa envolvendo o tema da “saúde mental”, primeiramente planejado para ser abordado com participantes das religiões ayahuasqueiras e profissionais de saúde. Com a posição do Centro Espírita Beneficente União do Vegetal de não autorizar a coleta de dados em suas entidades filiadas, passei a considerar somente os participantes do que chamei “religiões do daime” como interlocutores de pesquisa. As religiões do daime incluem igrejas e centros cuja fundação está associada à tradições de Daniel Pereira de Mattos e Raimundo Irineu Serra. Escolhi as cidades de Florianópolis (SC) e Rio Branco (AC) por abrigarem agrupamentos consolidados das religiões, e por estarem em “dois polos” de uma linha contínua cujo conteúdo seria a apuração das etapas de implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.²

² A implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem sido avaliada regionalmente e a partir, de um lado, da desativação de manicômios ou redução da população internada, ou a chamada desinstitucionalização, ou desospitalização, e, por outro lado, da criação

Particularmente aqui meu enfoque é a Barquinha. A Barquinha é um dos agrupamentos religiosos, fundados a partir do início do século XX na Amazônia brasileira. A cosmoteologia da Barquinha é conhecida e atribuída por pesquisadores como Costa (2008) à experiência com a espiritualidade do fundador da primeira organização cuja inspiração está no mar, Daniel Pereira de Matos, um ex-marinheiro. Em suma, ele sugere que o daime nos leva a “navegar” no plano espiritual, um mar sagrado. O trabalho pioneiro sobre os grupos tributários da obra doutrinário-musical de Daniel Pereira de Matos foi elaborado por Wladimir Sena Araújo (ARAÚJO, 1999), que argumentou que a cosmologia da Barquinha está “em construção”, procurando refletir num modelo teórico a dinamicidade e a criatividade presentes nessa tradição de uso do daime. Outros dois trabalhos relevantes foram elaborados por Sandra Lucia Goulart (2004) e Marcelo Simão Mercante (2006). Muito resumidamente, eu diria que as reflexões deste trabalho foram inspiradas de forma central em evento que presenciei de incorporação de uma entidade do plano espiritual, a Vó Nadir, uma Preta Velha que se dedica a ajudar e orientar jovens participantes de uma religião daimista e nos quais intervém ritualmente em suas dificuldades e problemas.

3) Por *daime* podemos reconhecer a bebida fabricada com as plantas *Banisteriopsis caapi* e *Psychotria viridis*. Não se sabe quando pela primeira vez essas plantas foram combinadas pelas populações locais da Amazônia, e nem mesmo se foram efetivamente as “populações locais” que experimentaram pela primeira vez a combinação a partir de sua própria exploração do mundo, que me parece a hipótese menos “provável”, mas mais “plausível”. O que parece evidente é que no decorrer dos séculos XVIII, XIX e XX, pesquisadores e viajantes registraram que eram populações indígenas e outras residentes na Amazônia que a utilizavam.

Essas plantas, encontradas na Amazônia, produzem e carregam, digamos, *agentes* conhecidos pela farmacologia como *alcaloides*, que

dos chamados Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS). Seguindo critérios e concepções associados ao número de habitantes, e indiretamente vinculado à noção de “complexidade” – categoria elaborada no sistema e saúde oficial para classificar os tipos de serviços oferecidos e investimentos realizados. Os CAPS são classificados numérica e crescentemente conforme a especialização (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I II e CAPS ad II). Sumariamente, enquanto Florianópolis havia sido considerada a primeira cidade no país a implantar um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) precursor dos CAPS e contar com CAPS I e II e CAPS ad, e assim ser considerada “em estágio avançado” de desinstitucionalização, Rio Branco tinha um hospital psiquiátrico público em pleno funcionamento e nenhum CAPS (os CAPS existentes no estado do Acre ficavam em outros municípios).

em determinada quantidade e circunstâncias, e conjuntamente, podem produzir, particularmente em mamíferos, experiências de mudança de estados de relação com o mundo e percepção dele. Entre os daimistas e outras pessoas que provaram o daime, há outras formas de ver esses agentes para além da farmacologia e da neuroquímica. Nesse sentido, há pessoas que o reconhecem como uma combinação de plantas que são ou contêm “mestres”, ou espíritos. Essa perspectiva deriva das experiências que as pessoas podem ter e dos enunciados que as populações de usuários elaboram em suas trajetórias.

Essas plantas processadas (no caso dos daimistas, cozinhadas num evento especial) resultam no daime. A palavra daime é o que se poderia chamar de um dispositivo semântico e evoca uma “fórmula cultural”³ para referir-se à bebida, que é tomada nos chamados “trabalhos”, organizados pelos chamados daimistas. Não são só os daimistas que tomam o daime, mas seria inviável num trabalho como este fazer uma distinção entre o que me expressaram aquelas pessoas que poderiam ser consideradas “daimistas” e as que não, mesmo porque não perguntei explicitamente como definiam sua relação com os grupos em cujos “trabalhos” tomavam a bebida.

4) Registro aqui que faço considerações e reflexões digamos “metodológicas” no artigo procurando incluir o que penso ser incontornável na pesquisa qualitativa contemporânea e que já mencionei como fundamental: a autorreflexividade.

Equilíbrio na (e desequilíbrio da) biomedicina(?)

É importante ressaltar que à parte a grande profusão de reflexões que consideram fundamental a necessidade de revisão dos princípios dos sistemas de saúde e das propostas de multidisciplinaridade, particularmente as políticas de saúde mental, sempre encerram em seus conteúdos, intenções e aplicações, a premissa de que não se pode abrir mão de uma dominância última e definitiva do *ponto de vista de autoridade biomédica* e, na reflexão que faço aqui, da autoridade psicológico-psiquiátrica, como fundamental e *estruturante de todo o sistema*. É claro que o papel de outros agentes é reconhecido, mas essa visão dominante,

³ Aqui elaborei esta expressão “fórmula cultural” para tensionar e problematizar perspectivas etnocêntricas que pensam o daime como uma substância que resulta de uma formulação “bioquímica”, ou seja, que o concebem como uma “fórmula farmacológico-terapêutica”, e que relevam particularmente suas “propriedades terapêuticas”.

por sua vez, está fundamentada por um paradigma unilinear – mesmo que encerre variações – de que as doenças e o sofrimento que podem ser tratados pelo sistema de saúde são aspectos de um *epifenômeno* do corpo, como um mecanismo bioquímico, e da “natureza”, no sentido de que esse mecanismo funcionaria predominantemente a partir de uma lógica biológica. Esta, por sua vez, é condicionada por condições morfológicas, fisiológicas e dinâmicas, que, por sua vez, derivam e mesmo são determinadas por um estado de, ou por uma tendência à, “normalidade”. Em suma, o sistema funciona para “reestabelecer” um tal “equilíbrio homeostático”.

A “homeostase do corpo humano”, segundo a popular e reconhecida Wikipédia é

A capacidade de sustentar a vida dos fluidos [...] afetada por todo um leque de fatores, como a temperatura, a salinidade, o pH, ou as concentrações de nutrientes, como a glicose, vários íons, oxigênio, e resíduos, como o dióxido de carbono e a ureia. Dado que estes fatores afetam as reações químicas que mantêm o corpo vivo, este inclui mecanismos fisiológicos para os manter dentro dos limites desejáveis. (HOMEOSTASE, 2013).

Já encontrei na internet uma defesa da possibilidade de constituir um *equilíbrio homeostático da personalidade*, o que penso que de certa forma deriva da ideia geral de que doença é “desequilíbrio”. Esse princípio e o ponto de vista biomédico se articulam quando se pensa que a intervenção profissional é em geral efetivada para *restabelecer* um *equilíbrio*, condição importante do rol de critérios de diagnóstico da “normalidade”.

Colocada dessa forma, a situação que envolve mal-estar e sofrimento requer uma *intervenção equilibrante*, que é condicionada conforme esse ponto de vista pela ideia de que o *desequilíbrio* se constitui e é causado por uma característica genética ou modificação ecológica do funcionamento do corpo, e que se configura digamos bioquimicamente. Nesse sentido, quando se trata de abordar “saúde mental”, o *desequilíbrio* é causado por uma espécie de “descompensação” bioquímica, considerando que a teoria mais aceita sobre a dinâmica do sistema de substâncias do corpo humano é a que estabelece, com significativa demonstração de eficiência, que neurologicamente, nosso corpo funciona compensando a necessidade de determinadas substâncias, particularmente a serotonina e a dopamina e outras menos mencionadas, que afinal “equilibrariam” os estados mentais. Nesse

sentido, como ser humano comum que lê enunciados na internet, ou seja, sob o risco de se equivocar, o que sei sobre os diagnósticos de depressão é que envolvem uma produção e/ou circulação problemática de serotonina, na que o medicamento vai atuar.

Além disso, o encadeamento das noções de “desequilíbrio” e “reequilíbrio”, como *metaforizantes* da experiência do sofrimento, sugere que a intervenção terapêutica é provedora de uma espécie de reversão da transformação que a pessoa experimenta. Ou seja, de certa forma legítima a concepção de que a transformação deve ser ou é indesejada.

Essa abordagem serve para situar a reflexão em relação ao princípio de que somente o psiquiatra pode efetivamente intervir em situações de crise e sofrimento de forma efetiva, pois ele pode “intervir” nessa dinâmica de “equilíbrio bioquímico”. Esse princípio, embora muito questionado, condiciona o sistema de saúde mental no Brasil e em muitos países do chamado ocidente, criando um parâmetro instrumental e pragmático difícil de romper, ou o apelo à necessidade de resolução das crises e das eventuais ameaças à ordem pública (GOFFMAN, 1978). Assim, esse condicionamento também se desdobra nas relações de poder e controle no sentido de que um paradigma individualizante se constitui, apagando nas abordagens “psicoterapêuticas” dimensões fundamentais dos eventos que se desdobram dos processos de sofrimento e conflito e que se projetam efetivamente na vida das pessoas, modificando aspectos centrais de sua volição no mundo.

Sobre monopólios e biopoderes

Um outro aspecto a ser considerado aqui é que a articulação entre (bio)medicina e ciência criou num primeiro momento um monopólio dos médicos em relação à morte. Como afirma José Carlos Rodrigues, ao agenciar o prolongamento da vida e substituir sacerdotes nas cabeceiras dos moribundos, os médicos passaram a controlar a morte e legalmente tornaram-se quem reconhece legalmente a morte de uma pessoa.

Da mesma forma, historicamente no que chamamos ocidente, os psiquiatras passaram a monopolizar a abordagem das chamadas “doenças mentais” e assim passaram a deter prerrogativas legitimadas pelo estado que os colocaram numa posição central no que Foucault chamou de biopoder, nesse caso especificamente sobre a chamada “doença mental”. A principal implicação que considero aqui é que a legitimação do controle psiquiátrico emergiu da atuação *biomedicalizada* dos

psiquiatras sobre o chamado “sofrimento psíquico”. Este foi *semantizado* e instrumentalizado pela relação direta da psiquiatria de um lado com a biomedicina e, de outro, com a psicologia e a psicanálise freudiana. Nesse sentido, essa articulação mesmo que se expresse com variações e ponderações – muitas ocasionadas por uma espécie de movimento inverso, o da *sociologização* dos sistemas de saúdes oficiais – se desdobra numa ideia de que o sofrimento é um evento “individualizado” e que de certa forma parece, ao fim e ao cabo, desprezar o sofrimento como uma experiência fundamentalmente *relacional*. Ou seja, que ao ser medicalizado e encarado como um evento individualizado, o sofrimento – ou se considerarmos a conversão biomédica da aflição para a categoria “doença” – e seu “tratamento” se constituem, por exemplo, e se efetivam, pela intervenção face a face, bem apelidada criticamente por Erving Goffman como relação “cabine telefônica” (GOFFMAN, 1978) ou por atendimento centrado e instrumentalizado no “indivíduo sofredor”.

Reflexões contemporâneas⁴ entretanto argumentam que o sofrimento se constitui não só como evento do indivíduo “biopsicológico”, mas como experiências e processos, que se constituem socioculturalmente nas relações sociais e cósmicas, e através de negociações específicas e genéricas que envolvem redes de relações e de poder. Assim, essas experiências e processos de doença e sofrimento se projetam na vida relacional, e mesmo a constituem. Essa vida relacional abarca/faz parte de uma espécie de *economia existencial*. Esta que chamo aqui de “economia existencial” envolve processos e experiências que nem sempre estão associados à saúde, mas com as formas e conteúdos com os quais os seres (aqui tanto humanos quanto não humanos) estabelecem as relações sociais e cósmicas, a partir de processos de tensão, distensão e acomodação característicos das circunstâncias e contingências que constituem o mundo tal qual o percebemos.

Nesse sentido, este artigo procura abordar a questão das políticas públicas de saúde mental, primeiro como expressão do poder psiquiátrico na forma da administração dos fluxos bioquímicos dos indivíduos; segundo, como forma de gerenciamento de um suposto sofrimento individualizado, que despreza o aspecto fundamental do sofrimento como experiência relacional.

Experiências e relações entre “saúde mental” e religião têm sido bastante exploradas entre pesquisadores de diversos campos de conhecimento. O recurso à etnografia como inspiração e instrumento

⁴ Ver, por exemplo, Langdon (2003).

do trabalho empírico tem sido fundamental. Registra-se e se analisa de forma “densa”, inspirados pelas leituras localizadas de Clifford Geertz (1978). Parte-se do princípio que a abordagem etnográfica permite analisar não só o discurso, mas sua articulação com os dados de observação (direta e/ou participante) e da convivência. Aliás, cabe aqui registrar que não há pesquisa sem participação; somente pesquisa em que a participação passa a ter *status* empírico-analítico. Nesse sentido, considero que a convivência ou a *socialidade* são fundamentais tanto metodológica quanto epistemologicamente para as reflexões e as ações no campo da chamada “saúde mental”.

Por outro lado, é relevante considerar a possibilidade de eventuais (ou a ausência de) interlocuções entre profissionais de “saúde mental” e agentes religiosos. Parte-se – quase sempre – do princípio que são “sistemas de pensamento” e “campos de intervenção” absolutamente distintos, e mesmo incompatíveis. Para o primeiro, atribui-se “cientificidade”; para o outro, “eficácia mística” como razões de sucesso – ou fracasso – na prevenção ou na resolução de situações problemáticas. Esta questão tem sido significativamente levantada particularmente com a expansão do *uso ritual-religioso da ayahuasca*, uma bebida psicoativa, que envolve um argumento de que seu uso tem “propriedades curativas”, particularmente para os “problemas espirituais”. Ou seja, o uso da ayahuasca tem uma extraordinária potencialidade de reflexão, já que reúne aspectos bastante relevantes como o fato de ser ingerida eventualmente como uma “medicina”, ser encarada como um “sacramento”, ou ainda ser tomada como uma “droga” e assim estar sob a mira da indústria farmacêutica por suas chamadas “propriedades terapêuticas”.

Com o projeto mencionado, procurei investigar fronteiras, interstícios, articulações e interlocuções entre *participantes* desses que considero preliminar e hipoteticamente “campos semânticos” *implicitamente articulados*, o que tenho chamado de religiões do daime e os serviços de saúde mental, mas *explicitamente distinguidos* por critérios exclusivistas.

A abordagem considera particularmente uma perspectiva de reflexão sobre esses aspectos num período de implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A partir de uma inspiração etnográfica, acompanhei e participei de eventos, entrevistei “profissionais de saúde mental” e “agentes religiosos”, ou participantes das religiões do daime, particularmente na cidade de Rio Branco (AC). Nesse sentido, convivi, compartilhei momentos e conversei muito também com outros participantes de eventos que testemunhei no decorrer da pesquisa de campo.

Procuro aqui analisar um dos eventos da pesquisa e problematizar aspectos importantes das condutas empírica, analítica e epistemológica, no sentido de levantar questões sobre a opção pela etnografia como inspiradora das escolhas instrumentais de pesquisadores e pesquisadoras, particularmente no campo da saúde. Assim, um dos dirigentes da Barquinha me sugeriu que conversasse com os médiuns Hita e Luiz, que “trabalham espiritualmente”, como se diz na Barquinha, com um espírito, uma preta velha chamada Vó Nadir. Pretas e Pretos Velhos são entidades espirituais vinculadas aos escravos negros mortos, que vêm do plano espiritual para ajudar os seres humanos encarnados.

Vó Nadir, Hita e Luiz: *cuidado espiritual* e “política pública”

O evento⁵ que vou abordar aqui é um bom exemplo para apoiar a perspectiva de que, antes de tudo, há uma pluralidade de formas possíveis para lidar sistematicamente com as situações associadas ao que chamamos “saúde mental”, e nesse sentido, para além dos serviços de saúde oficiais, que em geral são avaliados como tendo desempenho muito problemático, existe uma espécie de cuidado que me parece é sintetizado pela ideia do “trabalho espiritual”. Procurando levantar e pensar esse “cuidado espiritual”, percorri organizações daimistas e na Barquinha, liderada pela Sra. Francisca, fui orientado por um dos dirigentes da casa a entrar em contato com dois médiuns, Hita e Luiz.

Um relato sucinto e esquemático, mas muito significativo da sequência do que foi acontecendo, espero, dará uma noção da relevância do evento que acompanhei e testemunhei.⁶ Assim, alguns dias depois de saber de Hita e Luiz, entrevistei os médiuns, e em uma de nossas reuniões eles me convidaram para vir a um trabalho espiritual especial. Nesse trabalho espiritual, me contaram, Vó Nadir ajuda jovens participantes da comunidade da Barquinha com seus problemas. Muito brevemente, são vários os tipos de trabalho espiritual realizados na Barquinha, mas

⁵ Tenho procurado reproduzir a narrativa sobre esse evento de certa forma padronizada nos trabalhos que tenho elaborado, para que se estabeleça o que eu chamaria de “ciclo da análise”, ou seja, para que os parâmetros de reflexão sejam mantidos até que as formas de abordagem se esgotem e a narrativa tenha que ser modificada em razão de novas perspectivas.

⁶ Este relato é recorrente em outros trabalhos, pois se constitui numa narrativa sintética e relevante para ser abordada de diferentes perspectivas.

um deles, que de fato é parte dos trabalhos gerais, é chamado Obras de Caridade. Nas Obras de Caridade, entidades espirituais incorporam em médiuns desenvolvidos para atender as pessoas.

Eles também me contaram sobre uma situação que aconteceu com Hita, relevante para entender em que contexto eles decidiram organizar e realizar esse trabalho espiritual especial. Hita me disse que ele estava percebendo que sua filha não estava tendo boas experiências usando seu telefone celular. Então, ele decidiu apreender o celular. Não foi uma decisão fácil. Mas um dia, após a apreensão, quando Vó Nadir incorporou nas Obras de Caridade, a filha de Hita, dirigiu-se à entidade para consultá-la sobre um problema que estava enfrentando, na verdade mencionando que seu pai (Hita), havia confiscado o seu celular. Vó Nadir comprometeu-se a resolver a situação, mas exigiu que a sua consulente se comprometesse a não se envolver nos problemas que seu pai achava que ela estava se envolvendo. A filha de Hita concordou, e em geral eles não tiveram mais problemas, afinal.

Essa situação estimulou os médiuns a dar a mesma oportunidade, de ter Vó Nadir ajudando outros participantes jovens da comunidade, principalmente aqueles que estariam enfrentando situações conflitivas como aquela. Então, a ideia era abrir um espaço ritual diferente para ajudar os participantes da Barquinha. Assim, o desdobramento interessante dessa experiência fez Hita e Luiz consolidarem a sua ideia sobre a organização do trabalho com Vó Nadir no Mutum, área da Barquinha que fica na periferia rural de Rio Branco.

Então, chegamos a Mutum no início da noite. Cerca de vinte jovens estavam lá, além de mim, Hita e Luiz. Fique surpreso e pensei o que se pode fazer para ter vinte jovens (provavelmente de 15 a 30 anos) lá, numa sexta-feira à noite, em um lugar remoto e não muito confortável. Além disso, para tomar o daime, que tem um sabor amargo e desagradável para muitos, e que, na maioria das vezes, faz uma “limpeza espiritual-corporal”.

As pessoas colocaram roupas brancas. Tomamos o daime e nos sentamos na área à frente da pequena edificação de madeira. Alguns dos participantes armaram suas redes numa área contígua. Hita se concentra em um lugar remoto e começamos a orar. Então, seguindo esse momento, uma voz que me fez lembrar de uma avó, sintonizada, soou alto na floresta silenciosa.

Eu venho de Aruanda nestas matas trabalhar
Eu venho de Aruanda nestas matas trabalhar
Só se vê a quebradeira, é fogo no canaviá
Só se vê a quebradeira, é fogo no canaviá
Chegou a Preta Guerreira eu chego pra trabalhar
Eu sou a Preta Guerreira que cheguei pra trabalhar

Vó Nadir tinha acabado de chegar do plano espiritual. Vó Nadir chegou cantando seu ponto, ou um canto com o qual que se identifica e conta um pouco sobre quem ela é. Eu devo dizer que eu filmei a sua chegada, mas não posso mostrar o filme aqui, porque mesmo tendo a permissão de Hita e Luiz, eu queria também a permissão de Vó Nadir, que ainda não tenho, e pela qual tenho que voltar para o Rio Branco para obter. Então vocês têm que imaginar. Em minha frente está um homem de quase um metro e oitenta, vestindo uma saia e falando como uma avó. Em seguida, ele coloca uma estola no pescoço. Agora é só Vó Nadir que podemos reconhecer como presente. Ela continua cantando e executando sua coreografia cadenciada. Logo, ela desafia em voz alta e individualmente, alguns participantes, mencionando coisas sobre suas vidas – de uma forma enigmática para aqueles que não conheço, mas de uma maneira direta e muito afetiva, para aqueles que já sabiam que ela está se referindo à recorrência de suas “falhas”.

Vó Nadir particularmente menciona eventos sem identificação direta. Esses eventos indicam que a pessoa estava negligenciando as relações com as pessoas mais próximas, mas sempre, mesmo com jocosidade, com “carinho” e familiaridade, como se espera de uma vó querida que está ali para nos auxiliar em nossa caminhada na vida. A entidade se refere a cada pessoa em particular, sugerindo que conhecia todo mundo também individualmente.

Depois, Vó Nadir começou um atendimento individualizado. Ela fazia perguntas inaudíveis e também dava passes com sua estola. Nesse caso, os processos eram geralmente em silêncio, eventualmente com diálogos curtos e sussurros, e gestos controlados. Ela passava sua estola em torno do corpo de cada pessoa e a sacudia, como se estivesse tirando algo que estava percebendo e que precisa ser eliminado. Parecia uma limpeza e eliminação do que devia ser descartado.

Sobre a inspiração e organização desses trabalhos espirituais, Hita me disse:

[...] *Depois de este trabalho com esta entidade, eu comecei a ver os nossos defeitos, nossa falta de atenção, a nossa falta de cuidado, de amor, de ternura, de cuidado com nossas famílias [...]. Talvez esse questionamento abriu margem para a ação desse espírito benfeitor, que se apresentou de uma forma: “Olha, você vai conhecer esta mulher negra velha” [...]. Trata-se de reuniões de duas pedras preciosas [...].*

Ele se refere aos jovens que perceberam que não estavam indo bem, e a ideia de ter Vó Nadir para ajudar de uma forma mais frequente. Também é importante notar aqui a relevância conferida a um interessante processo de interação. Que pode ser que entre a contingência da participação de um médium no cotidiano político-social-espiritual de uma organização religiosa, e o que tem a ver com a contribuição, incorporação e presença de pretas e pretos velhos num determinado contexto, e uma habilidade para lidar digamos sociorritualmente com os problemas sociais pessoais.

Concentro-me na nota final, então, a partir da reflexão sobre esse evento, em três aspectos que considero relevantes: a etnografia como inspiração empírico-analítica, a agência, ou os agenciamentos envolvidos numa pesquisa como esta, e as interlocuções relevantes neste campo de articulações, mas também desarticulações.

Nota final

Procurei neste artigo reunir minhas anotações, ainda que rústicas, devo dizer, sobre aspectos que considero relevantes e que emergiram particularmente na pesquisa de campo que estou concluindo. De um lado, minha intenção não era fazer uma abordagem exaustiva, mas levantar questões relevantes para reflexão. Penso que, nessas oportunidades, levantar as questões para reflexão é tão produtivo quanto apresentar resultados depurados. Nesse sentido, procurei destacar estas três dimensões que a pesquisa qualitativa com inspiração etnográfica suscita. Uma primeira, suas implicações analíticas e epistemológicas. Ou seja, que ao fim e ao cabo, deve-se ter cuidado em não reificar o esforço etnográfico na atribuição de valor empírico apenas para as “representações”, “significados simbólicos” do que está “contido no discurso” dos sujeitos de pesquisa. E também que tanto *discurso* (que é elaborado e expresso pelo interlocutor) quanto a atribuição do estatuto epistemológico de “representação” (este elaborado pelo pesquisador) são

atos relacionais, que se desdobram para além da simplificação de tomá-los exclusivamente como “significados” a serem organizados em sistemas *cosmoideológicos* ou modelos empíricos, articulados artificialmente, desses sistemas. E que um dos recursos para transcender esse simplismo, penso, é encontrar um lugar empírico, analítico e epistemológico para o convívio que qualquer pesquisador(a) estabelece em campo, e que em geral é tratado apenas como *anedotário de pesquisa*.

O segundo aspecto, ainda no mesmo sentido, é pensar o projeto de pesquisa como um agenciamento, que se desdobra de, e em, outros agenciamentos, aqui particularmente é importante reconhecer que a pesquisa qualitativa é um projeto acadêmico, mas fundamentalmente é um *projeto relacional*, ou contém implícita em sua formulação e desenvolvimento *estabelecer relações com outros*, e pensar essas relações. Nessa formulação, pesquisador ou pesquisadora estabelecerá implícita ou explicitamente o *status* do “outro”, seja ele (a) “nativo”, “informante”, “sujeito”, “interlocutor” ou “interator”. Esse *status* que tem como motivação estabelecer uma assimetria, ou projetar simetria, é constituído particularmente pela forma que encaramos o “saber” do outro. E o último aspecto que destaquei refere-se à noção de interlocução, consolidada por Roberto Cardoso de Oliveira (1998). A forma com que encaramos o “outro”, ou fundamentalmente com que trabalhamos em nossas pesquisas, e como menciono acima, está vinculada a esse *status* que atribuímos ao outro, ou seja, seu lugar empírico, analítico e epistemológico, em nosso projeto. Ou como *o tratamos*: se como um “arquivo vivo” de informações, do qual coletamos o que nos interessa, e gentilmente agradecemos e levamos para nossos gabinetes para analisar, ou se o tratamos como alguém que está apto a intervir em nossa atuação e transformá-la. São dois caminhos legítimos, não há certo ou errado. Entretanto, a condição de consistência do caminho escolhido é reconhecer e tratar analiticamente nossa escolha.

Esses três aspectos da formulação e desenvolvimento do projeto de pesquisa podem muito bem ser projetados analiticamente tanto para as relações que profissionais de saúde mental, quanto de agentes religiosos estabelecem com as pessoas que atendem. Ou seja, acho que há uma correspondência entre os dilemas que pesquisadores e pesquisadoras vivenciam e os dilemas que vivenciam profissionais de saúde e agentes religiosos e experimentam em seu dia a dia. Por que então é tão difícil que se estabeleçam diálogos e partilhas?

Essa é uma questão que deixo ao final deste trabalho como um problema sobre o qual possamos refletir aqui e em outras oportunidades.

Não para resolver esta questão, penso aqui em um *epistemological healing* (cura epistemológica), com que Gregory Bateson via as repercussões do método *descondicionante* da organização *Alcoholics Anonymous*, nos Estados Unidos, na passagem dos anos 1960 para os anos 1970. A ideia de *healing* aqui não se refere à cura dos sintomas que a biomedicina enfoca, mas a uma abordagem ampla e irrestrita de diversas dimensões da experiências das pessoas que buscam “saúde”. Ou uma abordagem da “cura” como promoção do conhecimento e/ou reconhecimento de um tipo de alteridade. Talvez uma alteridade que se desdobra em um levantamento, uma relativização ou talvez a supressão dos efeitos deletérios que certos condicionamentos assumem nas trajetórias de vida das pessoas, e que promovem problemas que se convertem em limitações, dificuldades, falta de fluidez pessoal e social, e outros que as singularidades estabelecem e que não há como prever numa perspectiva crítica da sintomatologia convencional.

De outro lado, penso que seria interessante aqui, “abrir” a noção de “clínica”, como fazem, por exemplo, alguns antropólogos como Marcio Goldman, quando aborda a forma problemática com que o trabalho extraordinário de Jeanne Favret-Saada (1977, 2005) foi recebido – com uma “incompreensão entusiasta” (GOLDMAN, 2005, p. 151) –, e projeta de certa forma o trabalho antropológico do ponto de vista do “clínico” médico e psicanalítico:

Para fazê-lo seria preciso abandonar de vez o paradigma cientificista no qual ainda nos movemos em benefício de um método “clínico”, no sentido médico e psicanalítico do termo. Na primeira opção, as escolhas são limitadas: ou procedemos indutivamente, generalizando a partir do maior número possível de casos empíricos, ou dedutivamente, por meio da aplicação a qualquer caso concreto de alguns princípios gerais previamente estabelecidos. Favret-Saada, por outro lado, procede por meio da observação, exame e constituição de casos cuja singularidade não elimina o fato de que cada um pode compartilhar com outros certos elementos e características. Isso faz com que, aos olhos do clínico, cada caso seja, ao mesmo tempo, uma síndrome única e parte de síndromes mais gerais, e que cada um se beneficie indiretamente das anamneses anteriores e contribua para as futuras. (GOLDMAN, 2005, p. 151).

E aqui se projetam outras formas de intervenção que não são “antropológicas” ou “biomédicas”. Penso assim que numa militância pelo

epistemological healing com todas as suas implicações, controvérsias, riscos e paradoxos, e me esforçando para encontrar formas de contribuir para a avaliação e a implementação de políticas públicas, tarefa ou missão autoatribuída por nós ao IBP, repenso as “práticas” do cuidado como *práxis clínica*, e manejo amplo e inclusivo de singularidades e pluralidades. E corro outro risco: reconheço o caráter prescritivo de minha contribuição.

Embora pareça que o prognóstico de Foucault (2008) sugere, ou que a *desmedicalização* e a *despsiquiatrização* da clínica seria o único caminho para que tenhamos um cuidado efetivo e consistente em saúde mental, penso que não se pode “jogar o bebê fora junto com a água do banho”. Para os efeitos esperados dessa reflexão, penso que incluir outros saberes, a meu ver tão ou mais relevantes que a biomedicina, na *práxis clínica*, pode ser uma forma efetiva para se lidar com as situações do que eu chamaria de sofrimento e, particularmente, o *sofrimento relacional*. Dessa forma, o manejo dessas situações pode ser abordado a partir de um ponto de vista que de fato considere um número cada vez mais ampliado de singularidades e pluralidades, a serviço do cuidado. Assim pensando, chego à ideia de *pluralizar a clínica*.

Tento então aqui projetar esta expectativa de “pluralizar a clínica” na elaboração da noção de “Clínica Plural”. Não estou aqui propondo uma iniciativa de arquitetura ou engenharia, mas a consideração de uma configuração da noção de clínica. O intuito é promover uma ampliação dos horizontes de reflexão. Minha motivação não é só o embate epistemológico relacionado a desconstruir pontos de vista reificadores e restritivos, mas também enfrentar os problemas que trazem uma postura de considerar a biomedicina e a psiquiatria como únicas formas efetivas e consistentes de tratar as questões e situações que implicam considerar o conhecimento sobre a chamada “saúde mental”.

Apenas como recurso heurístico, eu penso que a inscrição de uma concepção como a de “Clínica Plural” nas reflexões sobre políticas públicas poderia permitir criar serviços públicos que envolvessem o que hoje existe como recurso privativo: as chamadas “clínicas de práticas integrativas”; e, assim, viabilizaria uma formulação do que se tem chamado de “prática”, mas que eu chamaria de *práxis integrativa*. A Clínica Plural não substituiria a Clínica Médica existente, mas seria menos um “local de oferta de serviços biomédicos e seus derivados”, mas sim um espaço para que outros saberes pudessem ocupar o espaço das escolhas. Não me atrevo a dizer como seria composta essa clínica plural, mas certa e semanticamente teríamos que repensar o projeto

implícito de saúde no Brasil, ou o princípio de existir somente um único sistema – *sistema único* de saúde legal e legitimamente habilitado.

Referências

ALVARADO, C. S.; ZINGRONE, N. L. The pathology and treatment of mediamania, by Frederic Rowland Marvin (1874). *History of Psychiatry*, v. 23, n. 2, p. 229-244, 2012.

ARAÚJO, W. S. *Navegando sobre as ondas do Daime*. Campinas: Editora da Unicamp, 1999.

COSTA, C. A. *Uma casa de “preto-velho” para “marinheiros” cariocas: a religiosidade em adeptos da Barquinha da Madrinha Chica no estado do Rio de Janeiro*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2008.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. C.; MINAYO, Maria C. de S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FAVRET-SAADA, J. *Les mots, la mort, les sorts*. Paris: Gallimard, 1977.

_____. “Ser afetado”. Tradução de Paula Serqueira. *Cadernos de Campo*, n. 13, p. 155-161, 2005.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Lisboa: Texto & Grafia, 2008.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GIDDENS, A. *Dualidade e estrutura, agência e estrutura*. Oeiras: Celta, 2000.

GOFFMAN, E. Sintomas mentais e ordem pública. In: FIGUEIRA, S. A. (Coord.). *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

GOLDMAN, M. Jeanne Favret-Saada, os afetos, a etnografia. *Cadernos de Campo*, São Paulo, n. 13, p. 149-153, 2005.

_____. Os tambores do antropólogo: antropologia pós-social e etnografia. *Portourbe*: revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP, Ano 2, versão 3.0, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.pontourbe.net/04/apresentacao4.html>>. Acesso em: 7 set. 2013.

GOULART, S. L. *Contrastes e continuidades em uma tradição amazônica: as religiões da ayahuasca*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

HOMEOSTASE. In: WIKIPEDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2013. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Homeostase&oldid=44866909>>. Acesso em: 7 set. 2013.

LANGDON, E. J. Cultura e os processos de saúde e doença. In:

SEMINÁRIO CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 1., 2003. Londrina. *Anais...* Londrina: Vigisus/FML/MS, 2003. p. 91-107.

MERCANTE, M. S. *Images of healing: spontaneous mental imagery and healing process of the Barquinha, a Brazilian ayahuasca religious system.* 2006. Tese (Doutorado em Ciências Humanas/Consciência e Espiritualidade) – Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco, 2006.

MOREIRA, P.; MACRAE, E. J. B. das N. *Eu venho de longe: mestre Irineu e seus companheiros.* Salvador: EDUFBA, 2011.

OLIVEIRA, R. Cardoso de *O trabalho do antropólogo.* São Paulo: Unesp; Brasília: Unesp; Paralelo 15, 1998.

SEGATO, R. L. Um paradoxo do relativismo: o discurso racional da antropologia frente ao sagrado. *Religião e Sociedade*, v. 16, n. 1-2, p. 31-46, 1992.

Entre reformas e revoluções: tensionamentos no campo da política de saúde e saúde mental no Brasil

Ana Paula Müller de Andrade

“ah... a reforma psiquiátrica... pra mim a reforma psiquiátrica anda igual um caranguejo, vai assim... depois vai assim...”. Foi assim que Daniel, colocando seu corpo em movimento para demonstrar idas e vindas, respondeu ao ser questionado sobre o que pensava sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira logo no início do trabalho de campo da pesquisa intitulada “Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica na perspectiva dos *experientes*”¹.

O processo da reforma psiquiátrica está em curso no Brasil há aproximadamente trinta anos e tem como objetivo principal transformar a assistência psiquiátrica no país, através da criação de uma rede de serviços de saúde mental que permita a extinção progressiva e planejada dos leitos em hospitais psiquiátricos e da crítica aos saberes instituídos, em especial o saber psiquiátrico, bem como aos modelos tradicionais, privatizantes e hospitalocêntricos de saúde/saúde mental.

O objetivo da pesquisa foi realizar uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira do ponto de vista dos usuários e das usuárias dos

¹ Tal pesquisa subsidiou a tese de doutorado, de mesmo título, da autora, desenvolvida sob a orientação da Dra. Sônia Weidner Maluf. Compôs a pesquisa Gênero, Subjetividade e Saúde Mental: políticas públicas, ativismo e experiências sociais, coordenada pelas professoras Dra. Sônia Weidner Maluf e Dra. Carmen Susana Tornquist e foi realizada com apoio da CAPES-CNPq e do Instituto Brasil Plural.

serviços de saúde mental e, para tanto, o foco do trabalho de campo voltou-se para as experiências desses sujeitos em suas rotinas ordinárias e extraordinárias. A escolha por essa interlocução se deu pelo entendimento de que é através das experiências que conduzem esses sujeitos aos serviços de saúde/saúde mental e os “usos” que fazem destes que tais pessoas se constituem bem como constituem os serviços e tensionam a política pública.

A experiência desses sujeitos foi entendida, a partir do argumento de Scott (1999, p. 27) de que “não são os indivíduos que têm experiência, mas os sujeitos é que são constituídos através da experiência.” Foram inúmeras as experiências compartilhadas, através das narrativas escutadas como também nas observações feitas durante as atividades acompanhadas. Em sua maioria diziam respeito a experiências e trajetórias marcadas por algum tipo de “crise” que variaram em seus contextos, mas que se aproximavam nas suas resoluções. O que as aproximava era o fato de terem como “resolução” a procura ou encaminhamento para algum tipo de serviço de saúde, em geral, saúde mental.

Daniel e os demais interlocutores da pesquisa eram adultos, pertencentes às classes populares e não fossem os serviços de saúde mental criados e legitimados pela política nacional de saúde mental brasileira, estariam internados em algum hospital psiquiátrico, já que haviam recebido diagnósticos denominados pela biomedicina como “transtornos mentais graves e persistentes”.² Com a criação de tais serviços, viam-se diante de possibilidades de ir e vir e de construir outros significados para suas experiências no campo da saúde mental.

No texto da Política Nacional de Saúde Mental, em atividades científicas e acadêmicas, em conferências e reuniões técnicas de saúde mental, entre outros, tais pessoas são denominadas pela expressão “pessoas portadoras de transtornos mentais”. No âmbito da reforma psiquiátrica brasileira são comumente denominadas como “usuárias”, por “usarem” o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essa expressão muitas vezes confundida com os também chamados “usuários e usuárias”, porém de drogas.

Para Amarante (1995) a expressão “usuário” surge no interior do processo de reforma psiquiátrica brasileira e pretende substituir as

² Os transtornos mentais são classificados na literatura biomédica como leves, moderados ou graves. Eles são classificados pelo Código Internacional de Doenças (CID), ordenado pela Organização Mundial de Saúde. Também são classificados no *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais* (DSM) organizado pela Associação Americana de Psiquiatria.

expressões: louco, doente mental ou cliente, “que passam a ser restritivas e inadequadas” diante do protagonismo dessas pessoas nesse processo. Contudo, para o autor, em pouco tempo se percebe que a expressão usuário remete às mesmas consequências anteriores. O autor não sugere outra expressão capaz de substituí-la.

No primeiro item da “Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental”, produzida no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, na cidade de Santos-SP, em dezembro de 1993, eles fazem referência a tal expressão e explicam:

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos. (USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 1993).

Como resultado das reflexões produzidas durante a pesquisa e da relevância das experiências desses sujeitos, passamos a denominá-los de experientes.³ Além disso, outro aspecto significativo para a escolha da interlocução com tais sujeitos partiu do entendimento de que em suas experiências de suposta “desrazão” bem como em suas estratégias micropolíticas de resistência ao modelo hegemônico que os captura enquanto “não sujeitos” – aqueles que não sabem quem são, nem o que fazem – eles se produzem enquanto sujeitos e informam sobre um plano importante da política, que é o da ordem do vivido, da produção de sentidos e de saberes.

Ao conferir um estatuto epistemológico ao saber desses sujeitos – pessoas que ocupam um lugar paradoxal de ser o centro das ações da política pública e ao mesmo tempo manterem-se “à margem” – foi possível ampliar a capacidade de análise crítica não apenas pelo ponto de vista a partir do qual foi possível perceber o processo da reforma psiquiátrica brasileira, mas também porque foi possível perceber outros processos construídos por esses sujeitos no emaranhado de relações, práticas e discursos que conformam a política nacional de saúde mental.

³ Para uma discussão mais aprofundada desta denominação, ver Andrade (2012).

Do conjunto da análise realizada foi possível antever uma tensão entre os processos institucionais e aqueles das experiências das pessoas, dos lugares pelos quais transitam e que são visibilizados de variadas maneiras na concretude de suas vidas. Como será discutido aqui, o processo da reforma psiquiátrica brasileira é complexo e composto de alguns planos situados entre o âmbito institucional e o âmbito das experiências singulares dos sujeitos, que foram articulados durante a construção da análise crítica realizada e que subsidiaram as discussões aqui apresentadas.

Ao confrontar o plano institucional com o plano das experiências dos sujeitos, talvez o processo da reforma psiquiátrica brasileira pudesse receber outras interpretações, tal como fez Daniel ao dizer que a reforma psiquiátrica se parece com um caranguejo. Também poderia ser denominado como “as” reformas, considerando a heterogeneidade do processo e a pluralidade de práticas presentes no contexto brasileiro. Outra denominação também poderia ser a de “revoluções”, se considerarmos a potência das experiências de tais pessoas, suas práticas cotidianas, seus contatos com os serviços de saúde mental, enfim, seus agenciamentos, desagenciamentos, produções de fazeres e saberes que emergem em acontecimentos diversos.

Considerando as possibilidades de reflexão que a intersecção entre os diferentes planos das políticas públicas colocam, a intenção aqui é discutir os tensionamentos presentes nos planos e entre eles, no âmbito da política pública de saúde/saúde mental no Brasil.

Entre reformas e revoluções

O campo da saúde mental, especialmente aquele relacionado à política nacional de saúde mental, tem sido palco de muitas reformas, colocadas em curso no Brasil nas últimas décadas. São muitas reformas não apenas pela diversidade de práticas, teorias e ideologias emergentes desse contexto, mas sobretudo por seus objetos e/ou aquilo que pretendem reformar.

No trabalho em que discutem a reforma psiquiátrica brasileira como um processo rizomático, Fonseca et al. (2007) a apresentam como uma obra plural, composta de tensões e “inquietudes”, para usar as palavras das autoras. Ao usarem o conceito de rizoma, as autoras demonstram os infinitos percursos, tensões, embates e movimentos presentes nesse processo. Tal conceito advém das reflexões de Deleuze

e Guattari (2007, p. 32), que definem que um rizoma “não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda”.

Na perspectiva de Amarante (1996, p. 14), a reforma psiquiátrica “trata-se de um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica [...]”. Para o autor, a reforma psiquiátrica abrange quatro dimensões: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, que ora se entrelaçam, ora são conflitantes e/ou consensuais. Pelo movimento que mobilizam, geram tensões, contradições e paradoxos.

Como processo rizomático (FONSECA et al., 2007) é difícil definir seu começo, sabe-se de sua época: final dos anos 1970 e desenrolar dos anos 1980, quando algumas pessoas se articulavam em diferentes lugares do Brasil para construir possíveis respostas aos problemas relacionados às práticas assistenciais de saúde mental. Cabe lembrar que no final dos anos 1970 e início dos 1980, o Brasil vivia seu processo de redemocratização, abertura política, e os movimentos sociais apresentavam alternativas aos modelos hegemônicos em diferentes áreas. A assistência psiquiátrica brasileira, no bojo das discussões sobre a reforma sanitária e também situada no contexto de transformações que aconteciam em outros países, foi alvo de críticas ao seu modelo vigente, baseado na custódia e isolamento dos considerados loucos nos hospitais psiquiátricos.

O movimento da reforma psiquiátrica, assim como o movimento da reforma sanitária, foi protagonizado por diferentes atores sociais, desde profissionais da saúde e de outras áreas até familiares, usuários e usuárias, artistas, dentre outros, assumindo o caráter interdisciplinar, intersetorial, híbrido e complexo da saúde.

A proposta da reforma sanitária representava à época um projeto de saúde contra-hegemônico que criticava as precárias condições de saúde bem como a mercantilização e apontava para a saúde como um direito de todos os cidadãos. Com a proposta da criação de um sistema único de saúde na Oitava Conferência Nacional de Saúde e a sua aprovação na Constituição Federal de 1988, a saúde, enquanto política pública passou a ser norteadas pelos princípios da integralidade do cuidado, da universalidade do acesso, da equidade, da descentralização como forma de organização e, por fim, do controle social.

Tais propostas desencadearam várias transformações no campo da saúde, especialmente no da saúde mental. As transformações provocadas por essas propostas modificaram e possibilitaram outras configurações

nas relações até então estabelecidas em torno da assistência psiquiátrica e suas terapêuticas diante da “doença mental”, ou melhor, da loucura tornada objeto, até hoje bastante impreciso. Foram mudanças de diferentes ordens e níveis, do coletivo ao singular, do institucional ao individual, que impactaram e/ou afetaram muitas pessoas.

Essas transformações se concretizaram como resultado do movimento da reforma sanitária e da consolidação do Sistema Único de Saúde como política pública no Brasil, que colocaram no centro de suas propostas uma concepção ampliada dos processos de saúde e doença, compreendidos como processos históricos, culturais e multideterminados. Tal concepção apresentou como um de seus pressupostos a ideia de que seria o sujeito e não a doença que deveria ser o centro das práticas de/em saúde/saúde mental.

Contudo, esse pressuposto ainda encontra uma série de desafios para sua consolidação no campo da saúde mental. Um desses desafios está relacionado ao fato de a política pública de saúde mental estar situada no campo da saúde mental, reconhecido como de maior discordância no âmbito da saúde, especialmente no que se refere ao próprio conceito de “saúde mental”, alvo de muitas críticas.

Na discussão que faz em *A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?* Luiz Fernando Duarte (1994) argumenta que o conceito “saúde mental”, assim como o de “doença mental” e “distúrbio psicossocial” além de culturalmente específicos, representa uma dinâmica eminentemente psicológica, própria das sociedades modernas. A proposta de Duarte (1994) traz à tona elementos que ajudam a entender algumas concepções – muitas vezes pouco relativizadas – presentes no processo da política de saúde mental no país.

Na interlocução com os interlocutores da pesquisa, foi possível tensionar algumas categorias significativas do plano institucional da política pública – tais como a de “doença mental” e mesmo a de “uma reforma psiquiátrica” – com aquelas presentes no plano das experiências dos sujeitos, especialmente as relacionadas aos processos de saúde, doença e suas possíveis terapêuticas, onde foi possível reconhecer o seu caráter heterogêneo e rizomático.

O tensionamento entre esses planos permitiu reconhecer a importância dos movimentos minoritários, das pequenas rupturas e resistências provocadas pelos sujeitos que acionam os serviços de saúde mental constituídos pela política pública, fazendo pensar na ideia de que o que é denominado de “reforma” psiquiátrica poderia ser denominado ou de “reformas” ou de “revoluções”. Considerando os argumentos de

Deleuze e Guattari (2007), cabe ressaltar que dizer que os movimentos são minoritários não significa dizer que eles têm menos importância ou que são inferiores, mas sim que estão fortemente relacionados com o devir e se realizam através de movimentos rizomáticos.

A ideia de revolução se apoiou nos argumentos de Guattari (1987) sobre revolução molecular. Para o autor, tal revolução “não se refere apenas às relações cotidianas entre homens, mulheres, homossexuais, heterossexuais, crianças, adultos etc. *Ela intervém também no interior da produção econômica enquanto tal*” (GUATTARI, 1987, p. 220, grifo do autor).

Assim, não se trata de processos descolados do contexto cultural e institucional em que ocorrem, mas ainda que relacionados a estes, provocam pequenas resistências e rupturas neles. Por isso não podem ser interpretados sem levar em consideração a articulação entre a dimensão sociocultural e a conduta singularizada das pessoas.

A ideia de que no contexto da política de saúde mental haveria “reformas” e/ou “revoluções” também encontra respaldo no reconhecimento de que no campo da reforma psiquiátrica brasileira existem muitas reformas acontecendo. Elas são heterogêneas, caracterizam-se pela multiplicidade de práticas e teorias construídas em diferentes contextos socioculturais e são rizomáticas, considerando a sua dinâmica e seu caráter inventivo.

Assim, ao dizer que existem múltiplas reformas e revoluções acontecendo, estou dizendo que além das reformas sanitária e psiquiátrica, que ganharam legitimidade através da consolidação da política pública de saúde/saúde mental, outras reformas acontecem cotidianamente. Tais reformas se dão no dia a dia dos sujeitos, nas relações que eles estabelecem com seus vizinhos, seus familiares e com a sociedade da qual fazem parte. Especificamente no campo da saúde mental, os sujeitos com história de longas e sucessivas internações psiquiátricas realizam reformas e revoluções ao compartilharem o transporte coletivo, ao frequentarem restaurantes, ao ocuparem os espaços públicos da cidade, entre outras atividades que realizam em seus cotidianos.

Os diferentes planos e processos da política: as contribuições da antropologia

Como discutido até aqui, o processo da reforma psiquiátrica brasileira é complexo, composto de planos, atravessamentos e configu-

rações. Para realizar uma análise crítica que contemplasse seus diferentes planos, foi preciso percorrer alguns tempos e espaços que compõem o contexto da política pública de saúde mental.

Tais planos foram contemplados em diferentes tempos e espaços. O trabalho de campo foi desenvolvido durante nove meses na cidade de Joinville-SC, escolhida como o “local” de onde seria possível analisar o processo “nacional” de reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, também foi realizada uma pequena incursão etnográfica na cidade de Barbacena-MG e visitas aos serviços de saúde mental das cidades de Torino, Trieste e Gorizia, na Itália.

Em um dos planos, que talvez possa ser denominado institucional, participei das Conferências de Saúde Mental realizadas no ano de 2010 em algumas cidades de Santa Catarina bem como do Grupo de Desinstitucionalização do Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, de 2008 a 2010, que se constituíram como espaços institucionais mais amplos. Além disso, frequentei serviços de saúde mental, um grupo de autoajuda mútua e um núcleo da luta antimanicomial, que também podem ser considerados espaços institucionais, porém num plano diferente.

Outro plano está constituído pelas experiências singulares que acompanhei com as interlocutoras e interlocutores em suas rotinas ordinárias e extraordinárias, em seus percursos pelas cidades, em visitas que fiz a suas casas, nas caminhadas que fizemos juntos, enfim, nas atividades que compartilhamos ao longo do trabalho de campo da pesquisa. Tais planos estão interligados, conectam-se de distintas maneiras e se mostram relevantes pelos deslocamentos e perspectivas que permitem vislumbrar a complexidade das reformas colocadas em curso no país.

Esses planos estão em relação e ganham sentido nas práticas que são conjugadas de diferentes maneiras pelos sujeitos. Como sugeriu Marcus (1995), os locais, ou os sítios, para usar a expressão do autor, fazem parte de uma complexa rede tramada pela confluência de práticas, de processos, conexões e justaposições que conformam as dinâmicas locais e rompem com a dicotomia entre o local e o global, uma vez que estes estão imbricados.

Nesse sentido, a pesquisa poderia ser descrita como um estudo multissituado, levando em consideração os argumentos de Marcus (1995) de que as pesquisas que visam analisar mudanças culturais ultrapassam fronteiras e lugares e colocam o etnógrafo em movimento. Ele, o etnógrafo, deve perceber e percorrer linhas, trajetos e estabelecer conexões entre os diferentes “sítios”, espaços aos quais tem acesso. Para o autor:

Pesquisas multissituadas são desenvolvidas em torno de cadeias, padrões, fios condutores, conjunções ou justaposições de locais nos quais o etnógrafo estabelece alguma forma de presença literal, física, com uma lógica explícita e postulada de associação ou conexão entre lugares que, de fato, define o argumento da etnografia.⁴ (MARCUS, 1995, p. 105).

No entanto, como argumentou Sônia Maluf (2011) sobre as pesquisas de campo que envolvem sujeitos, elas não são apenas multissituadas pois “combinam planos e platôs diferenciados”, que a autora chama de “platôs etnográficos”. Além dos lugares (sítios) percorridos pelo pesquisador, importam também os atravessamentos, os fluxos, os agenciamentos que podem ser colocados em conexão. Para Maluf,

Se as experiências contemporâneas não são capturadas na circunscrição da aldeia, ou de várias aldeias, são os fluxos, os vários planos de realidade aos quais os sujeitos estão expostos, os diferentes agenciamentos (centrais e periféricos) que se cruzam e confrontam, que implicam nessa outra perspectiva metodológica de reconhecer essas diferenças e rastreá-las, de imaginar que esses diferentes planos podem eventualmente ter alguma autorresolução (como os platôs de Deleuze) ou se dispor como partes que contêm em si mesmas essa multiplicidade do todo. (MALUF, 2011, p. 10).

O desafio dessa estratégia metodológica foi conseguir inicialmente perceber tais planos e, logo, construir uma análise e uma narrativa que permitissem conectar as perspectivas, situações, experiências e as diferentes configurações que as constituem. A fim de enfrentar o desafio e construir uma análise que possibilitasse uma articulação dos dados, também tomei como referência o conceito de platô, como entendido por Deleuze e Guattari (2007).

Os autores chamam de platô “toda multiplicidade conectável com outras hastes subterrâneas superficiais de maneira a formar e estender um rizoma” (DELEUZE; GUATTARI, 2007, p. 33). A ideia de trabalhar com tal conceito foi agenciar, colocar em conexão os enunciados (que conformam os discursos) emergentes em determinados tempos e

⁴ “Multi sited research is designed around chains, paths, threads, conjunctions or justapositions of locations in which the ethnographer establishes some forms of literal, physical presence, with an explicit, posited logic of association or connection among sites that in fact defines the argument of the ethnography” (MARCUS, 1995, p. 105).

espaços (regimes de enunciados/formações discursivas) nos quais pude estar, na tentativa de perceber as coisas pelo meio, rizomaticamente.

Cabe destacar a importância do trabalho etnográfico nesse processo, uma vez que foi a partir de seus pressupostos que consegui me aproximar das experiências dos sujeitos, estabelecer um diálogo horizontal entre os discursos “nativo” e “científico” e dar a ele uma qualidade perspectiva, no sentido de perceber que existiam outros pontos de vista que não olhavam necessariamente para o mesmo processo, mas também construía outros processos.

Considerando o impacto social e político da pesquisa, bem como a contribuição para as políticas públicas, entre outros aspectos, destaco também a relevância dos sujeitos da pesquisa para a análise crítica realizada e para as discussões aqui apresentadas.

Tensionamentos da política de saúde mental brasileira

A constituição de uma rede de serviços de saúde mental capaz de substituir o hospital psiquiátrico é um dos objetivos centrais do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Essa rede vem se consolidando ao longo dos anos, promovendo processos de desinstitucionalização importantes. Pensada enquanto política pública, a rede de serviços de saúde mental é acionada e tensionada pelos sujeitos que dela fazem parte. As suas configurações e interpretações são variadas, mas ela mantém como referência comum estar em casa ou em “internamento”.

Trata-se não apenas de uma rede de cuidado, mas de um emaranhado de ofertas, possibilidades e negociações. Como argumentam Alves e Souza (1999, p. 133): “Uma coisa é o significado objetivo de um dado fenômeno sociocultural definido por um padrão institucionalizado; outra coisa, o modo particular como o indivíduo define a sua situação nos seio dele”.

Para a maioria das pessoas que ajudaram a pensar as questões aqui discutidas, a atual política nacional de saúde mental representa ao menos a possibilidade de acesso a serviços de saúde mental com propostas de atendimento psicossocial,⁵ abertos e inseridos nas cidades. Seu Adão, um dos interlocutores da pesquisa, considerando seu histórico de longas e

⁵ Para uma discussão sobre o paradigma psicossocial e o paradigma manicomial, ver Costa-Rosa (2000).

sucesivas internações em hospitais psiquiátricos, argumentou que “*bom mesmo é ficar em casa, com as coisinhas da gente [...]*”.

“*Ficar em casa com as coisinhas da gente*” significa para essas pessoas a possibilidade de não romper vínculos sociais e familiares importantes, não se afastar daquelas pessoas com quem estão familiarizadas bem como não estar sujeito aos desdobramentos (em geral preconceituosos) que uma internação em hospital psiquiátrico desencadeia.

Entretanto o internamento é possível não apenas no hospital psiquiátrico, mas também nos demais serviços que se querem abertos. Eva, interlocutora da pesquisa, por exemplo, contou que havia sido internada no “*hospital, dia, aqui atrás*”, se referindo ao Centro de Atenção Psicossocial localizado próximo de onde estávamos, revelando um tipo de lógica de funcionamento que, para ela, se assemelhava ao do hospital psiquiátrico.

Eva, assim como Seu Adão, é da geração das pessoas que tiveram suas primeiras “crises” quando só existiam os hospitais psiquiátricos para atendê-los. Ela, além de ter um histórico longo de internações psiquiátricas e ser considerada incapaz para os atos da vida civil pelo Estado, teve suas experiências atravessadas por outras dimensões, como o sexo, a raça e a classe, já que era uma mulher, negra e que pertencia às classes populares. Segundo ela, o fato de frequentar os serviços da rede de saúde mental haviam-na ajudado a evitar novas internações no hospital psiquiátrico. Contudo, suas percepções sobre os serviços da rede apontavam para uma lógica semelhante entre estes e o hospital psiquiátrico, ao menos no que diz respeito às suas “internações”. A partir das considerações de Eva, foi possível pensar que o que os diferencia é que os serviços da rede têm a intenção de funcionar a partir de uma lógica que não tem como princípio o isolamento e a custódia das pessoas, ainda que mantenham algumas das suas características.

Algumas características da reforma psiquiátrica brasileira foram reconhecidas pelos sujeitos da pesquisa e, de maneira geral, estavam situadas no fato de ter a opção de cuidar-se em casa e tudo que isso podia representar na concretude de suas vidas. Também o afastamento temporal dos tempos das longas internações e das impossibilidades que estar “doente” e dentro de um hospital psiquiátrico impõem.

Cabe dizer que os interlocutores vivenciavam, na época da pesquisa, esse processo do lado de fora dos hospitais psiquiátricos que (infelizmente) ainda existem no Brasil, ainda que alguns tenham tido – e ainda tenham – experiências de internações neles. A partir de suas experiências e de suas perspectivas, o processo institucional, amplo,

nacional da reforma psiquiátrica, se desdobra e se declina em práticas cotidianas em que uma série de acontecimentos é possível.

Do ponto de vista deles, ao menos para alguns, tais níveis (social/institucional e individual) do processo são bastante visíveis, em especial, para aqueles que participam mais ativamente do movimento político coletivo da saúde mental, como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. Para eles, o processo da reforma psiquiátrica significou poder estar em outros lugares, estar em contato com outras pessoas e também provocar mudanças mais amplas na cidade e no país. Alguns deles foram delegados nas conferências de saúde mental e, para muitos destes, a reforma psiquiátrica oferece a possibilidade de ampla participação em espaços políticos e públicos onde podem fazer uso da palavra e expressar seus desejos, ainda que entre eles se discuta sobre o eco de tais possibilidades.

Essas possibilidades não estão necessariamente ligadas a estar ou não no hospital psiquiátrico (ali, para a maior parte deles não existem possibilidades), mas estão relacionadas às possibilidades de “agência”, dadas pela abertura e algumas rupturas com os saberes hegemônicos. De um modo geral não se fala de “reforma psiquiátrica”, mas sim de embates, debates e combates entre estar no hospital ou no Centro de Atenção Psicossocial, poder falar ou não o que sente, poder escolher sobre o uso ou não da medicação prescrita e, algumas vezes, fazer uso do diagnóstico para falar, reivindicar ou negociar a própria existência.

Outro aspecto importante diz respeito à categoria “doença mental”, pouco relativizada pela política pública de saúde, mas tensionada pelos sujeitos. Mateus, outro interlocutor, enquanto discutia em um grupo quais os motivos que os reunia naquele momento, perguntou: *“Isso que não aparece em raio-x, não aparece em exame de sangue, que que pode ser?”*. Sua pergunta trazia à tona uma inquietação a respeito de que tipo de adoecimento era esse, denominado “doença mental”.

Quando Basaglia (1985) sugeriu colocar a “doença mental” entre parênteses para pensar as instituições psiquiátricas, referia-se ao fato de colocar “entre parênteses todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido” (BASAGLIA, 1985, p. 29). Respondendo à pergunta do jornalista italiano Nino Vascon sobre o fato de ele e seu grupo prescindirem da doença, como se ela não existisse, Basaglia respondeu:

Não, nós não prescindimos da doença, mas pensamos que, para estabelecer uma relação com um indivíduo, é necessário

considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define. [...] O diagnóstico tem um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar o fato de que o doente seja, de alguma forma, um doente. É este o sentido de colocarmos o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição e o rótulo. (BASAGLIA, 1985, p. 28).

A questão da “doença mental” também foi discutida por Amarante (1996, 2007) a partir das concepções de Basaglia, mostrando que colocá-la entre parênteses significava uma importante inversão para o processo da reforma psiquiátrica brasileira. Para o autor

[...] a necessidade de colocar a doença entre parênteses significa a negação, isto sim, da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento; significa realizar uma operação prático-teórica de afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência da condição do estar institucionalizado, quanto no mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico. (AMARANTE, 1996, p. 80).

É a partir do argumento de que não é preciso negar a existência da doença, mas de compreender como a experiência de sentir-se “doente” é significada pelos sujeitos, que entendo ser necessária a discussão. Nesse sentido, penso que em vez de de colocá-la entre parênteses, seria mais adequado colocá-la entre aspas, como se faz com aquelas palavras ou expressões que precisam ser relativizadas e questionadas incessantemente.

Como apontaram os dados da pesquisa “Sujeitos (em) movimentos”, dada a complexidade do campo da política nacional de saúde mental e da chamada “saúde mental”, é possível dizer que este é permeado por diferentes modelos interpretativos, que guardam diferentes concepções sobre o que seria a “doença mental” e suas terapêuticas. Tais modelos apresentam fronteiras tênues e porosas. Convivem, dialogam, se visibilizam, são reconhecidos ou não, dependendo dos contextos em que se apresentam. Como disse Foucault (2000), em seu texto sobre loucura e cultura, “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (FOUCAULT, 2000, p. 71).

Contudo, numa sociedade em que o modelo biomédico é hegemônico, a “doença mental” é naturalizada, reconhecida como uma categoria universal e pouco problematizada. Decorre daí que o louco segue sendo aquele que não é, já que ao ser uma pessoa “portadora de uma doença mental” e, por isso destituída da condição de sujeito, já que destituída de Razão, outro valor central nessa mesma sociedade. Assim, são consideradas “não sujeitos” não apenas porque são percebidas como destituídas da razão e por isso muitas vezes consideradas incapazes para os atos da vida civil, como Eva, interlocutora citada anteriormente, mas também porque ocupam o lugar da subalternidade e são invisibilizadas nas complexas relações de poder nas quais estão envolvidas. Ocupam, em geral, o lugar da “subalternidade” (SPIVAK, 1998), daqueles que não podem falar, que têm o encargo simbólico de corporificar a loucura (PELBART, 1990) e/ou de ser a “carta fora do baralho” (GUATTARI; ROLNIK, 2008). Para Guattari e Rolnik (2008, p. 416),

[...] ao transformar a loucura em doença, classificada no quadro de uma nosografia e confinada em espaços médicos, o saber psiquiátrico produz tanto a identidade de tais pessoas quanto o ponto de vista desde o qual a sociedade as vê e com elas se relaciona. No jogo de cartas marcadas instituído pelo dispositivo da psiquiatria, o “louco” é para sempre uma carta fora do baralho.

Ainda assim, são tais sujeitos que questionam as categorias da política, as subvertem de várias formas e, de maneira persistente, criam resistências, escapam aos regimes hegemônicos de subjetivação, protagonizam processos e projetos de vida. Como discutido em Andrade (2012), apesar de o enunciado de “louco” ter muita importância na constituição dos sujeitos e na fixação de seus lugares na hierarquia própria do modelo biomédico, estes lidam com isso de diferentes maneiras. Os sujeitos utilizam estratégias diversas que vão desde a utilização do diagnóstico para negociar com o mundo; o seu uso para sobreviver economicamente em um mundo marcado por desigualdades de todo tipo e também a sua relativização, ou seja, as pessoas entendem por que foram diagnosticadas dessa ou daquela maneira e não acatam passivamente tais diagnósticos.

Por fim, destaco que existem movimentos minoritários capazes de subverter regimes hegemônicos de subjetivação por parte dos sujeitos que frequentam os serviços de saúde mental instituídos pela atual política de saúde mental no Brasil e que são, sobretudo, esses

movimentos que tensionam a rede de cuidados em saúde/saúde mental e são capazes de produzir reformas e revoluções.

Referências

- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Miriam et al. (Org.). *Experiência da doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- _____. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ANDRADE, A. P. M. de. *Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. 2012. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- BASAGLIA, Franco (Coord.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- COSTA-ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34, 2007.
- DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FONSECA, T. M. G. et al. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação*. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2007.
- FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MALUF, S. W. Além do templo e do texto: desafios e dilemas dos estudos de religião no Brasil. *Antropologia em Primeira Mão*, Florianópolis, v. 124, p. 5-14, 2011.

MARCUS, G. E. Ethnography in/on the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review os Anthropology*, n. 24, p. 95-117, 1995.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúdeloucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCOTT, J. Experiência. In: SILVA, A.; LAGO, M. C. de S.; RAMOS, T. R. O. (Ed.). *Falas de gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Mulheres, 1999.

SPIVAK, G. Can the subaltern speak? In: WILLIAMS, P.; CHRISMAN, L. (Ed.). *Colonial discourse and post-colonial theory: a reader*. London: Harvester-Wheatsheat, 1998.

USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 3., 1993. Santos. *Anais...* Florianópolis: Abrasme, 1993. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=642>. Acesso em: 1º dez. 2014.

Suicídio é suicídio e ponto final? Será?

Maximiliano Loiola Ponte de Souza
Jesem Douglas Yamall Orellana

Introdução

O projeto “Suicídio indígena no estado do Amazonas: uma abordagem interdisciplinar” compõe a rede “Saúde: práticas locais, experiências e políticas públicas” do Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural. Esse projeto surgiu a partir de uma parceria entre pesquisadores que estão ancorando suas práticas investigativas nos campos da epidemiologia e da antropologia da saúde, e vem sendo operacionalizado com efetiva participação de estudantes de graduação e pós-graduação. Um dos principais propósitos desta iniciativa de investigação é fomentar o diálogo interdisciplinar para a melhor compreensão do suicídio indígena no estado do Amazonas, afastando nossos pressupostos de pesquisa de abordagens fragmentadas e contribuindo para a superação da notável dicotomia existente entre abordagens quantitativas e qualitativas no campo da saúde.

Esforços de pesquisa com este recorte parecem necessários e oportunos quando, a exemplo de Minayo (1998, p. 423), encara-se o suicídio como um fenômeno de natureza histórica, cultural, individual e coletiva que se expressa “numa síntese biopsicossocial”. Ou seja, a importância se explicita quando entendemos que o suicídio é um daqueles objetos rebeldes aos limites disciplinares, que demanda

tanto uma “compreensão/explicação’ em profundidade”, como uma “explicação em extensão” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 195).

No Brasil, apesar de o suicídio não ser considerado um problema de saúde pública (LOVISI et al., 2009; BRZOZOWSKI et al., 2010), há algum tempo autores já chamavam a atenção para a importância do suicídio em certos grupos indígenas nacionais (POZ, 2000; ERTHAL, 2001; COLOMA et al., 2007). Não obstante, em tempos recentes, há quase um clamor em determinados contextos nacionais para a definição de políticas públicas para o enfrentamento do suicídio entre indígenas. Idealmente, políticas públicas deveriam ser direcionadas para problemas claramente definidos, buscando adequações ao contexto socio-sanitário e cultural, assim como soluções para o enfrentamento dos múltiplos condicionantes associados ao alvo da intervenção. Entretanto, de forma recorrente no Brasil, elaboram-se políticas públicas para populações indígenas sem levar em consideração a diversidade e as especificidades dos contextos culturais existentes (GARNELO, 2012).

O projeto “Suicídio indígena no estado do Amazonas: uma abordagem interdisciplinar” vem enfrentando o desafio de investigar em extensão e em profundidade o fenômeno do suicídio, com o objetivo de contribuir na elaboração de políticas públicas mais sensíveis e culturalmente adaptadas para o enfrentamento desse agravo em contextos indígenas. Assim, a proposta deste texto é apresentar e analisar de forma integrada e sintética os principais achados de um conjunto de publicações que de algum modo estão relacionadas a este projeto.¹

Síntese dos achados

O suicídio no município mais indígena do Brasil

São Gabriel da Cachoeira, município de 29.947 habitantes, localizado no noroeste do estado do Amazonas, é conhecido como o “município mais indígena do Brasil”, em virtude de aproximadamente 76% de sua população se autodeclarar indígena (IBGE, 2012). Há tempos circulam comentários na mídia, nos meios acadêmicos e nos serviços de saúde sobre a ocorrência relativamente elevada de suicídios em São Gabriel da Cachoeira. Entretanto, até muito recentemente

¹ Incluímos aqui outros artigos já publicados dos autores do presente artigo, com ou sem outros parceiros, e uma dissertação de mestrado orientada pelo primeiro autor deste texto.

não havia dados sistematizados que evidenciassem esse importante acontecimento de saúde.

A partir dessa constatação, o ponto de partida desse projeto foi realizar um estudo epidemiológico exploratório para estimar a magnitude do suicídio nesse município no período de 2000 a 2007 (SOUZA; ORELLANA, 2012b). Os dados sobre os suicídios utilizados nessa pesquisa são oriundos das declarações de óbito preenchidas por profissionais de saúde, que estão acessíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

No período investigado, analisaram-se 44 casos de suicídio. A taxa de mortalidade é um indicador utilizado para estimar o risco de morte por uma causa específica em determinado período e população, permitindo a comparação da sua importância relativa em diferentes cenários.² Neste estudo optamos pela utilização da taxa bruta de mortalidade por suicídio (TBMS), que consiste na divisão do total de óbitos por suicídio ocorridos em São Gabriel da Cachoeira, pela população do período, que é finalmente multiplicado por 100 mil.

Para a população geral de São Gabriel da Cachoeira, a taxa bruta de mortalidade por suicídio foi alta, de 16,8/100 mil. Observamos ainda importantes variações da TBMS entre sexos e grupos etários. Na população masculina, a taxa bruta de mortalidade por suicídio foi de 26,6/100 mil, e na feminina foi de 6,3/100 mil. As taxas mais elevadas foram observadas nas faixas etárias 15-24 e 25-34 anos, com taxa bruta de mortalidade por suicídio de 43,1 e 30,2/100 mil habitantes, respectivamente.

Em diferentes contextos não indígenas, apesar de o maior número de óbitos por suicídio ocorrer entre jovens, as taxas mais elevadas costumam ser observadas entre idosos (BORGES et al., 2010; VICHI et al., 2010; MINAYO; CAVALCANTE, 2010). Cabe lembrar que a maior frequência de óbitos por suicídio entre jovens se deve ao fato de a população juvenil, em geral, ser bem mais numerosa que a de idosos. Porém, após a relativização desses mesmos dados, ou seja, após a sua interpretação a partir de taxas e não mais a partir de números absolutos, nota-se que o suicídio em idosos é relativamente mais importante.

² Uma forma amplamente aceita para classificar a magnitude do suicídio em uma população foi proposta por Diekstra e Gulbinat (1993), que classifica a taxa de mortalidade por suicídio em quatro categorias: baixas (< 5 mortes/100 mil); médias (5 a 14 mortes/100 mil); altas (15 a 29 mortes/100 mil) e muito altas (30 ou mais mortes/100 mil).

Apesar disso, em diferentes contextos indígenas (SILVIKEN, 2009; MULLANY et al., 2010; KIRMAYER et al., 2007), observa-se que o suicídio é um problema eminentemente juvenil, caracterizado não só por elevadas taxas de mortalidade, mas também por ser o grupo etário que concentra as maiores taxas em relação às demais faixas etárias.

Desta feita, nesse trabalho demonstramos que em São Gabriel da Cachoeira o suicídio é um importante problema social e de saúde pública, na medida em que a taxa bruta de mortalidade por suicídio encontrada apresenta valores considerados não só altos, como atípicos no contexto regional. É importante destacar que neste estudo utilizamos como denominador para o cálculo da taxa bruta de mortalidade por suicídio o somatório da população de todas as faixas etárias. No entanto, considera-se que a população de menores de 5 anos não comete suicídio (WHO, 2011). Dessa forma, tal opção, que foi revista em trabalhos posteriores, subestimou a taxa, na medida em que usamos para compor o denominador uma parcela da população que não concorre para o numerador.

O suicídio indígena é um problema de saúde pública no Brasil?

Após a constatação de que São Gabriel da Cachoeira, município com a mais elevada proporção de autodeclarados indígenas do Brasil, apresentava altas taxas de mortalidade por suicídio, optamos por verificar se tal situação era ou não encontrada em outras localidades/regiões do país. Consideramos essa etapa relevante por entendermos que o adequado conhecimento dos padrões de mortalidade em populações humanas prescinde não só da elucidação de sua magnitude em um contexto ou localidade específica, como também da verificação de sua distribuição em uma perspectiva mais ampla, como é o caso do comportamento das taxas de suicídio no nível regional e nacional.

Nesse sentido, realizamos outra investigação (SOUZA; ORELLANA, 2012a) cujo objetivo foi comparar as taxas de mortalidade por suicídio entre as populações indígenas e não indígenas, das cinco macrorregiões do país durante o período de 2006 a 2010. As fontes de dados e os procedimentos metodológicos foram semelhantes aos descritos no trabalho anterior, com a diferença de que as taxas de mortalidade por suicídio foram calculadas para os diferentes estados, macrorregiões e para o país como um todo, excluindo os menores de 5 anos.

Nesse trabalho, precursoramente, demonstramos que a taxa de mortalidade por suicídio entre as populações indígenas do Brasil (12,6/100 mil) foi mais do que o dobro da não indígena (5,3/100 mil). No Centro-Oeste, a taxa de mortalidade por suicídio entre as populações indígenas (42,5/100 mil) foi 7,0 vezes maior que a não indígena (6,1/100 mil); para o estado do Mato Grosso do Sul, a taxa de mortalidade por suicídio entre as populações indígenas foi de 76,4/100 mil, enquanto entre as não indígenas foi de 6,9/100.000 mil. Na macrorregião Norte a taxa de mortalidade por suicídio entre as populações indígenas foi de 15,1/100 mil, 3,8 vezes maior que a não indígena (4/100 mil). Nos estados do Amazonas e de Roraima, a taxa de mortalidade por suicídio entre as populações indígenas foram de respectivamente 20,0 e 20,2 por 100 mil – ou seja, 5,0 e 2,5 vezes maiores que as não indígenas. No entanto, cabe frisar que nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, as taxas de mortalidade por suicídio entre as populações não indígenas foram ligeiramente maiores que as indígenas.

De modo geral, esse trabalho permitiu evidenciar que apesar de a taxa de mortalidade por suicídio entre as populações indígenas e nacional ter sido consistentemente maior do que a não indígena, a sua ocorrência não é homogênea no território nacional. Isto é particularmente verdadeiro nas regiões Centro-Oeste e Norte do país, mais especificamente nos estados de Mato Grosso do Sul, Amazonas e Roraima, onde se encontram as mais elevadas taxas de mortalidade por suicídio indígena do Brasil. Concluímos esse trabalho apontando para a necessidade de uma maior atenção por parte das autoridades nacionais e locais para a questão do suicídio entre os povos indígenas e a necessidade de desenvolver estratégias de enfrentamento culturalmente sensíveis e adequadas para os contextos socioculturais e sanitários.

Qual é a extensão e padrão da diferença entre o suicídio de indígenas e não indígenas no estado do Amazonas?

A próxima investigação que realizamos (ORELLANA et al., 2013) foi motivada por três questões principais: o Amazonas, nosso lócus preferencial de investigação no contexto amazônico, foi um dos estados nos quais se observaram elevadas taxas de mortalidade por suicídio entre indígenas; São Gabriel da Cachoeira, um município com elevada proporção de autodeclarados indígenas, apresentava também

elevadas taxas de mortalidade por suicídio; além da existência de um conjunto de evidências que apontavam para diferenças importantes nas taxas de mortalidade e características dos suicídios entre indígenas e não indígenas (KIRMAYER et al., 2007).

Dessa forma, buscamos nesse estudo analisar as taxas de mortalidade e descrever as características demográficas e epidemiológicas dos suicídios registrados no estado do Amazonas durante o período 2005-2009.

Sem diferir dos estudos anteriores quanto às fontes de dados, este trabalho avança na medida em que investiga a ocorrência de óbitos por suicídio de modo desagregado nos 62 municípios do Amazonas. Explora também a sua ocorrência nos municípios que apresentaram, simultaneamente, alta proporção de população autodeclarada indígena (superior a 25% no ano de 2010)³ e taxas de mortalidade por suicídio altas ou muito altas (DIEKSTRA; GULBINAT, 1993). O município de Manaus, capital do estado, também foi explorado, numa perspectiva comparativa, por apresentar um percentual muito baixo de autodeclarados indígenas (0,2%), e por não ter sido observado nenhum suicídio entre autodeclarados indígenas. Essa estratégia constituiu-se em um indicador indireto para investigar possíveis diferenças entre o suicídio entre indígenas e não indígenas no Amazonas.

Em três municípios amazonenses (aqui chamados de municípios selecionados) encontraram-se simultaneamente elevada proporção de autodeclarados indígenas e taxas de mortalidade por suicídio altas/ou muito altas: Tabatinga (25,2/100 mil), São Gabriel da Cachoeira (27,6/100 mil) e Santa Isabel do Rio Negro (36,4/100 mil). Já em Manaus, a taxa foi baixa, de 4,6/100 mil. Tanto nos municípios selecionados como em Manaus, as taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas foram observadas entre jovens de 15 a 24 anos, embora apenas nos primeiros observem-se valores muito altos. A maior relevância epidemiológica do suicídio entre jovens no contexto dos municípios selecionados quando comparados a Manaus pode ser demonstrada quando verificamos que em todos eles o suicídio foi a principal causa de morte nesse grupo etário.⁴ Em Manaus, por outro lado, o suicídio sequer configura como

³ No mesmo ano, a proporção de autodeclarados indígenas no estado no Amazonas foi 4,84%, e no Brasil, de 0,43% (IBGE, 2012).

⁴ Aqui utilizamos outro indicador epidemiológico chamado de “mortalidade proporcional por causa específica de óbito”, o qual se propõe a medir a participação relativa das principais causas de morte no total de óbitos com causa definida. Dentre os

um das três principais causas de morte entre os jovens da faixa etária de 15 a 24 anos.

Também se observaram importantes diferenças entre os suicídios ocorridos nos municípios selecionados e os que se deram em Manaus, na medida em que nos municípios selecionados observou-se, entre as pessoas que cometeram suicídio, um maior percentual de indígenas; de indivíduos mais jovens; da maior ocorrência de óbitos no domicílio e nos dias de final de semana;⁵ assim como a notável preponderância do enforcamento como método para lograr o ato suicida.

Em síntese, nesse trabalho pudemos evidenciar que o suicídio desponta como um sério problema de saúde pública em alguns municípios do Amazonas, particularmente naqueles com alto percentual de autodeclarados indígenas, afetando de forma mais intensa a população juvenil. Ademais, nesses municípios o suicídio apresenta características particulares, sugerindo possíveis especificidades nesses contextos. Entende-se que as diferenças observadas entre as taxas e características do suicídio entre os municípios selecionados e Manaus possam ser tomadas como um indicador aproximado das diferenças desse fenômeno entre indígenas e não indígenas.

Questionando a ampla adequação do conceito do suicídio no contexto indígena

Simultaneamente ao exercício de descrever a extensão e as características da mortalidade por suicídio entre indígenas em diferentes cenários, tivemos também a preocupação de buscar empreender o exercício teórico de analisar possíveis limitações do uso dessa categoria no contexto indígena.

Dessa forma, realizamos um estudo teórico com o propósito de refletir sobre as dificuldades para utilização do conceito de suicídio

seus principais usos destacamos a sua utilidade como indicador que permite a comparação de distintas populações; a identificação de situações de desigualdade; assim como método auxiliar em processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas.

⁵ Consideramos como óbitos ocorridos no final de semana aqueles que foram consumados em dias de sexta-feira, sábado e domingo. Usamos essa estratégia como um indicador indireto, para buscarmos acessar uma eventual ligação entre o suicídio e o consumo abusivo de álcool. Essa estratégia pautou-se em alguns estudos de cunho etnográfico que evidenciaram o maior consumo abusivo de álcool em populações indígenas nos dias de final de semana (SOUZA; GARNELO, 2007; SOUZA et al., 2010).

no contexto indígena (SOUZA; FERREIRA, 2014). Para alcançarmos esse objetivo, recorreremos ao chamado “estranhamento antropológico”, que pode ser compreendido como a postura teórico-metodológica de buscar transformar aquilo que lhe é familiar em algo exótico, diferente ou inusitado (PEIRANO, 1995). O que propusemos “estranhar” foi o próprio conceito biomédico contemporâneo de suicídio, que a um primeiro olhar pode ser concebido como uma definição simples, inequívoca e de aplicabilidade universal.

O conceito biomédico de suicídio, apesar de algumas pequenas variações, se assenta sobre três ideias principais: (1) É um ato intencional, (2) que leva à morte e (3) é praticado pelo próprio sujeito (OMS, 2000). Apesar de não ser muito extenso, há um conjunto de estudos etnográficos, sobretudo entre os Guarani Kayowá e Nhandeva, os Tikuna e os Sorowaha, que abordam de forma mais ou menos direta a questão do suicídio. O desafio então foi explorar o quanto as ideias que compõem o conceito biomédico de suicídio encontram dificuldades de transposição para o universo simbólico e das práticas culturais desses povos indígenas brasileiros, tendo como guia as seguintes questões norteadoras: (1) Quem se mata quer morrer?; (2) Quem se mata morre?; (3) Quem mata quem se mata?

Através da análise realizada, demonstramos três dos principais desafios na transposição do conceito biomédico de suicídio para o contexto indígena. O primeiro foi a *amplificação das dificuldades de se falar de intencionalidade* no contexto indígena. Essa amplificação é observada na medida em que em diferentes contextos há a associação do suicídio ao uso de bebidas alcoólicas, que estaria por sua vez associado em certos grupos indígenas, como os Tikuna, à ideia de perda de razão (ERTHAL, 2001).

A segunda dificuldade verificada foi a existência de *diferentes concepções indígenas sobre morte e morrer*. Ou seja, existe um conjunto de estudos antropológicos (POZ, 2000; CASTRO, 1986; CESARINO, 2011) que apontam para o fato de que vários povos indígenas não consideram a morte o fim da vida e da pessoa. Nesse caso, a morte por suicídio também poderia, pelo menos em tese, remeter à transformação do *status* da pessoa indígena no contexto sociocósmico do qual ela faz parte. Desse modo, foi possível evidenciarmos o quão é difícil em contextos culturalmente diferenciados avaliarmos o que, de acordo com as concepções nativas, ocorreria com a pessoa quando ela comete suicídio.

Já a terceira dificuldade que demarcamos foi a *complexa correlação entre suicídio e homicídio nos sistemas etiológicos nativos*.

Pudemos verificar em diferentes estudos etnográficos (ERTHAL, 2001; LEVCOVITZ, 1998; POZ, 2000) a ideia de que nem sempre o sujeito que se mata é realmente reconhecido como o autor de sua morte, visto que o suicídio de modo recorrente seria concebido como fruto da ação de um terceiro (inveja, feitiço, encantos xamânicos, ataques de seres de outros mundos etc.), e não exclusivamente da pessoa que morreu. Tal entendimento é amplamente difundido entre os indígenas das terras baixas sul-americanas que tendem a conceber que doença e a morte são em última instância fruto da agência exercida por terceiros (BUCHILLET, 2004).

Por meio da abordagem teórica empreendida, pudemos apresentar alguns apontamentos potencialmente úteis à prática da pesquisa em torno da temática do suicídio entre indígenas. No que se refere às estratégias qualitativas, apontamos a necessidade de um aprofundamento teórico-conceitual para a abordagem do suicídio entre povos indígenas bem como a importância de se indagar se, do ponto de vista nativo, aqueles que induzem a sua própria morte estão realmente se suicidando. Apontamos que um possível caminho para buscarmos compreender o suicídio a partir do ponto de vista nativo seria a própria utilização das três perguntas que construímos para operacionalizar o estranhamento do conceito biomédico de suicídio. Demarca-se que não se trata simplesmente de apresentar essas perguntas para eventuais entrevistados, mas de tê-las em mente durante todo o processo de investigação, buscando estratégias criativas para respondê-las. Dentre essas estratégias, destacamos a busca de termos em língua nativa que designem ou estejam de algum modo correlacionados com a temática do suicídio; a investigação de narrativas míticas e suas possíveis correlações com a temática da morte; explorar sistematicamente narrativas de familiares (e de outros atores sociais relevantes) sobre os momentos que antecederam e sucederam a morte, bem como a forma específica como foi efetuada. Tais aspectos têm a potencialidade de revelar as especificidades que a morte por suicídio pode adquirir em contextos específicos.

Em relação às estratégias de corte quantitativo-epidemiológico, defendemos que a transposição sem qualquer mediação do conceito biomédico de suicídio de corte individual para os universos indígenas que se guiam por outras premissas pode colaborar de um algum modo para a subnotificação do suicídio. Por exemplo, um jovem que foi a óbito por enforcamento pode ter sua morte compreendida pelos indígenas como consequência de um feitiço que foi lançado contra ele por uma

terceira pessoa; portanto, uma espécie de assassinato. Do ponto de visto biomédico, a despeito dessa compreensão nativa, a morte desse jovem continuaria sendo por suicídio. Por outro lado, os indígenas, ao relatarem o ocorrido a partir de suas concepções para profissionais de saúde, poderiam destacar, sobretudo a questão da externalidade da morte, contribuindo para que aquele caso não fosse classificado como suicídio pelos profissionais de saúde que estavam investigando aquela causa de morte.

Operacionalmente propomos que pesquisas quantitativas de campo sejam precedidas por investigações prévias de corte qualitativo. As informações coletadas preliminarmente podem não apenas auxiliar na compreensão do suicídio, mas também fornecer subsídios para delinear uma abordagem quantitativa que, ao ser orientada por uma perspectiva que valora e incorpora o ponto de vista indígena, tem o potencial de atenuar eventuais dificuldades mútuas de comunicação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa.

Em busca de um modelo explicativo para o suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira

O estudo seguinte teve o propósito de realizar uma investigação qualitativa em São Gabriel da Cachoeira explorando as representações sociais a respeito do suicídio indígena. Para realizarmos esse estudo, partimos do pressuposto de que as pessoas que vivem e atuam profissionalmente numa região têm um conjunto de informações potencialmente úteis para a compreensão desse importante problema social e de saúde pública.

Entendemos que um estudo como o realizado seria potencialmente importante por pelo menos dois motivos. O primeiro seria constituir-se, tal como sugerido anteriormente, como uma etapa qualitativa prévia a uma investigação quantitativa. As reflexões oriundas dessa pesquisa qualitativa poderão fornecer elementos para construção de um instrumento padronizado, tipo autópsia psicológica,⁶ que possibilite a investigação do suicídio, que incorpore aspectos considerados relevantes pelas próprias pessoas, indígenas e não

⁶ A autópsia psicológica é um instrumento estruturado ou semiestruturado que busca reconstituir retrospectivamente o *status* da saúde física, mental e as circunstâncias sociais das pessoas que se suicidaram, a partir de entrevistas com familiares e informantes próximos às vítimas (WERLANG, 2012).

indígenas, que vivem na região. Já o segundo motivo seria permitir o acesso às diferentes formas circulantes de compreender o suicídio em São Gabriel da Cachoeira, o que forneceria subsídio para uma análise em profundidade do fenômeno.

Assim, uma das pós-graduandas de nosso grupo realizou uma pesquisa cujo objetivo foi analisar as representações sociais de diferentes grupos locais a respeito do suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira (PEREIRA, 2013). Para tanto, realizou um conjunto de grupos focais e entrevistas em profundidade com profissionais de saúde, de assistência social e de educação, bem como com religiosos, linguistas e lideranças indígenas. O material obtido por meio desses instrumentos foi analisado tendo como horizonte teórico a proposta de Helman (2003) para a sistematização das teorias leigas de doença. Nessa proposta, as formas como as pessoas compreendem o infortúnio poderiam estar situadas em quatro diferentes universos: a) individual; b) natural; c) social; e d) sobrenatural. Embora proponha essas diferentes instâncias, o autor aponta que a etiologia da doença costuma ser atribuída pelos indivíduos a combinações multicausais de duas ou mais interações entre estes universos (HELMAN, 2003).

A análise empreendida pela autora, juntamente com esforços posteriores (SOUZA; PEREIRA, 2013), permitiu que elaborássemos a proposta de um modelo explicativo para o suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira. Nesse modelo, o suicídio foi relacionado aos atributos do mundo individual, social e sobrenatural. Em relação aos atributos do mundo individual, a condição de serem indígenas jovens do sexo masculino vulnerabilizaria para suicídio. Essa vulnerabilidade se configura na medida em que sofreriam uma “concorrência desleal” (uma espécie de desvantagem *a priori* no mercado matrimonial/afetivo) por parte de não indígenas pela preferência das jovens indígenas e estariam em um momento de aprendizado do consumo de álcool, o qual “daria coragem para se matar”.

Essa fase da vida, nesse cenário específico, seria marcada por atributos “psicológicos” de falta de controle, falta de crença no futuro e de desobediência a prescrições rituais e aos conselhos dos mais velhos. No que se refere aos atributos do mundo social, destacam-se os possíveis conflitos familiares, as dificuldades em adaptar-se ao mundo urbano e a possibilidade de serem vítimas de “sopro ou estrago” (encanto xamânico, em geral motivado por inveja). Haveria uma grande vulnerabilidade juvenil a esse tipo de agressão, pois os jovens não conheceriam as estratégias de proteção ou deliberadamente não seguiriam os conselhos

dos mais velhos, deixando de tomar medidas preventivas contra esse tipo de ataque. Haveria, ainda, a influência de atributos do mundo sobrenatural, na medida em que espíritos de jovens mortos viriam buscar outros jovens. Assim, em São Gabriel da Cachoeira atuariam diferentes fatores, vulnerabilizando os jovens indígenas ao suicídio.

Em síntese podemos afirmar que o suicídio é representado de um modo complexo, articulando diferentes modelos explicativos e fatores que atuam de modo sinérgico, vulnerabilizando a população local ao suicídio. Destacamos ainda que por meio dessas análises evidenciamos especificidades psicológicas dos suicidas em São Gabriel da Cachoeira e algumas motivações particulares, possivelmente associadas ao contexto étnico e social local. Por fim, entendemos que foi possível também obter subsídios para construção de instrumentos (tipo “autópsia psicológica”) que permitirão o aprofundamento da compreensão de suicídio no contexto local.

Considerações finais

Embora as taxas de mortalidade por suicídio na população geral do Brasil sejam baixas, há fortes evidências de que em indígenas esse fenômeno se expresse de modo diverso, apresentando valores bem mais elevados.

As macrorregiões Centro-Oeste (com destaque para o estado do Mato Grosso do Sul) e Norte (especialmente em Roraima e no Amazonas) concentram o maior contingente e as maiores taxas de mortalidade por suicídio em indígenas, sendo significativamente superiores ao observado em não indígenas. No estado do Amazonas, as taxas de mortalidade por suicídio são particularmente elevadas nos municípios de Tabatinga, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira, caracterizados pela elevada proporção de autodeclarados indígenas.

Em termos teóricos, demonstramos que existem importantes dificuldades para transposição da categoria suicídio para os contextos indígenas, dadas as especificidades no modo como os diferentes povos se relacionam com o tema. Destacamos que tais especificidades devem ser levadas em consideração ao se propor quaisquer estratégias de intervenção sobre essa questão.

Por meio da investigação qualitativa, foi possível evidenciar que o suicídio é representado de forma complexa, de maneira que diferentes

fatores atuam de modo inter-relacionado, vulnerabilizando a população indígena, principalmente a jovem. Tal aspecto, por sua vez, indica que o suicídio deve ser entendido para além do campo da “saúde mental”, e que estratégias para seu enfrentamento deveriam se pautar em ações intersetoriais, que respeitem os conhecimentos e práticas tradicionais e se orientem pelo compromisso com o protagonismo político dos indígenas.

Referências

- BORGES, G.; OROZCO, R.; BENJET, C.; MEDINA-MORA, M. L. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, v. 5, n. 4, p. 292-304, 2010.
- BRZOWSKI, F. S.; SOARES, G. B.; BENEDET, J.; BOING, A. F.; PERES, M. A. Tendência temporal do suicídio no Brasil no período 1980-2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1293-1302, 2010.
- BUCHILLET, D. Sorcery beliefs, transmission of shamanic knowledge, and therapeutic among Desana of the upper Rio Negro Region, Brazil. In: WHITEHEAD, N. L.; WRIGHT, R. (Ed.). *Darkness and secrecy: the anthropology of assault and witchcraft in Amazonia*. Durham: Duke University Press, 2004.
- CASTRO, E. Viveiros de. *Araweté: os deuses canibais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986
- CESARINO, P. *Oniska: poética do xamanismo na Amazônia*. São Paulo: Perspectiva; Fapesp, 2011.
- COLOMA, C.; HOFFMAN, J. S.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; BENNETT, M. D.; CROSBY, A. E. Suicide trends and characteristics among persons in the Guaraní Kaiowá and Nandeva communities: Mato Grosso do Sul, Brazil, 2000-2005. *MMWR*, Atlanta, v. 56, n. 1, p. 7-9, 2007.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- DIEKSTRA, R. F. W.; GULBINAT, W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*, v. 1, n. 46, p. 52-68, 1993.
- ERTHAL, R. M. C. O suicídio tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 299-311, 2001.

GARNELO, L. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde indígena. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC; UNESCO, 2012.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Tradução de Claudia Buchweitz e Pedro Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KIRMAYER, L. J.; BRASS, G. M.; HOLTON, T.; PAUL, K.; SIMPSON, C.; TAIT, C. *Suicide among aboriginal people in Canada*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation, 2007.

LEVCOVITZ, S. *Kandire: o paraíso terreal*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; Te Corá, 1998.

LOVISI, G. M.; SANTOS, S. A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, supl. 2, p. 86-93, 2009.

MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, p. 750-757, 2010.

MULLANY, B.; BARLOW, A.; GOKLISH, N.; LARZELERE-HINTON, F.; CWIK, M.; CRAIG, M. et al. Toward understanding suicide among youths: results from the White Mountain Apache tribally mandated suicide surveillance system, 2001-2006. *American Journal of Public Health*, v. 99, n. 10, p. 1840-1848, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. São Paulo: Editora da USP, 2000.

ORELLANA, J. D. Y.; BASTA, P. C.; SOUZA, M. L. P. Mortalidade por suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no estado do Amazonas, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, n. 3, p. 658-669, 2013.

PEIRANO, M. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PEREIRA, M. M. *Representações sociais sobre suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira – AM: um estudo exploratório*. 2013. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013.

POZ, J. D. Crônica de uma morte anunciada: do suicídio entre os Sorowaha. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 89-114, 2000.

SILVIKEN, A. Prevalence of suicidal behaviour among indigenous Sami in northern Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, v. 68, p. 204-211, 2009.

SOUZA, M. L. P.; DESLANDES, S. F.; GARNELO, L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 709-716, 2010.

SOUZA, M. L. P.; FERREIRA, L. O. Jurupari se suicidou?: notas para investigação do suicídio no contexto indígena. *Saúde & Sociedade*, v. 23, p. 1064-1076, 2014.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização indígena entre populações indígenas do Alto Rio Negro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 7, p. 1640-1648, 2007.

SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. D. Y. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, p. 24-27, 2012b.

_____. Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, p. 489-492, 2012a.

SOUZA, M. L. P.; PEREIRA, M. M. Representações sociais sobre suicídio em São Gabriel da Cachoeira (AM): o município mais indígena do Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 35, supl. especial, p. 33, 2013.

VICHI, M.; MASOCCO, M.; POMPILI, M.; LESTER, D.; TATARELLI, R.; VANACORE, N. Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002. *Psychiatry Research*, v. 175, p. 89-97, 2010.

WERLANG, B. S. G. Autópsia psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1955-1962, 2012.

WHO – World Health Organization. *Country reports and charts web page*. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html>. Acesso em: 1º nov. 2011.

Discriminação, impasses sociais em Mato Grosso do Sul e o bem-viver kaiowá e guarani

Nádia Heusi Silveira

Este artigo vai destacar alguns aspectos das relações entre os índios e a sociedade envolvente em Mato Grosso do Sul para tratar de certo mal-estar vivido pelos Kaiowá e Guarani, o qual perdura há algumas décadas. O impasse instalado nesse estado com respeito aos povos indígenas¹ deriva de um projeto desenvolvimentista iniciado na primeira metade do século XX pelo governo federal, que objetivou expandir a fronteira agrícola para o centro-oeste brasileiro. À época, o então estado de Mato Grosso era considerado um imenso vazio populacional, uma região com grandes áreas de floresta e cerrado não exploradas comercialmente.

O projeto governamental teve êxito, pois hoje Mato Grosso do Sul é um dos principais produtores de *commodities* agrícolas do Brasil, com destaque para a soja e a cana-de-açúcar. O agronegócio é um setor em franca expansão na última década e o estado vem assumindo maior peso nas exportações brasileiras (CASAROTTO, 2013). Essa ampliação do agronegócio implica uma intensificação dos conflitos fundiários envolvendo os produtores rurais e os povos indígenas. No caso dos Kaiowá e Guarani, além da violência armada que sofrem nas

¹ Além dos Kaiowá e Guarani, vivem em Mato Grosso do Sul os Terena, Kadiweu, Kinikinau, Ofaié, Guató, Atikum e Kambá.

terras em litígio, os procedimentos de regularização fundiária em curso na Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e no Ministério da Justiça são sistematicamente judicializados por representantes dos ruralistas e de subgovernos locais, tornando a posse plena de seus territórios já identificados um processo extremamente moroso.

É nesse enquadramento sócio-histórico, esboçado muito brevemente, que quero chamar atenção para um fenômeno com efeitos muito intensos, porém difusos, difícil de avaliar e quantificar, que é a discriminação com que são tratados os Kaiowá e Guarani pelo restante da população regional. O esforço é no sentido de dar visibilidade a um tema que não está forte na agenda governamental e tampouco aparece problematizado nas pesquisas de antropólogos que trabalham com povos indígenas.

Para tanto, proponho uma leitura dos efeitos da discriminação social correlacionando-os ao histórico de expropriação territorial vivenciado pelos Kaiowá e Guarani. Postulo que a discriminação pode ser entendida como uma *nuance* relacional de um processo de etnocídio em curso, inspirada no conceito de violência estrutural (FARMER, 2004).²

Intensidades e mudanças no viver Kaiowá e guarani

A discriminação despertou-me a atenção desde que comecei a trabalhar com os Kaiowá e os Guarani. Quando fui morar em Campo Grande, em 2004, fiquei perplexa com o grau de discriminação contra os índios em Mato Grosso do Sul, que atingia a mim pelo fato de trabalhar com eles! Eu havia morado e trabalhado com índios no Amazonas e lá, onde a população indígena também é muito grande, onde também existem vários desafios a serem superados na relação entre índios e não índios, nunca tive essa clara sensação de ser discriminada por estar profissionalmente associada aos índios. O que está em jogo não é o que me atinge, nesse caso, uma espécie de repulsa por ter relações com o que

² Essas ideias foram surgindo e se ampliando ao longo de dez anos, quando conheci os Kaiowá e Guarani da Terra Indígena Caarapó (Te'yikue), trabalhando no Núcleo de Estudos e Pesquisas das Populações Indígenas da Universidade Católica Dom Bosco. Posteriormente, já associada ao INCT Brasil Plural como pesquisadora da rede de pesquisa em saúde, tive uma breve experiência como agente da FUNAI, quando lidei exclusivamente com a pauta dos Kaiowá e Guarani. Este último trabalho foi crucial para consolidar as reflexões apresentadas neste artigo.

se tem localmente como um tipo de pessoa considerada qualquer coisa menos. Os juízos de valor preconcebidos e de ampla circulação sobre os índios incluem variadas incapacidades, de caráter, inteligência, moral etc., e ausência de atributos civilizantes, entre os quais, a vontade de prosperar economicamente.

A questão essencial é que a discriminação me parece ser uma das dimensões fundamentais a se ter em conta para pensar ações direcionadas aos problemas abordados pelas políticas públicas no campo da saúde mental entre os Kaiowá e Guarani. Não que entenda a discriminação como um processo restrito à problemática da saúde; bem ao contrário, esse fenômeno evidencia o campo de disputas envolvendo o próprio sentido de cidadania num país cujo modelo jurídico é pluriétnico (MONTERO, 2012).

Contudo, esse propósito de focar a saúde mental entre os Kaiowá e Guarani se explica por um quadro social em que despontam altos índices de abuso de álcool e outras substâncias entorpecentes, desnutrição infantil, suicídio de jovens e manifestações violentas que, em muitos casos, culminam em homicídio, entre outros. Embora tenha evidências etnográficas desses problemas, as estatísticas de saúde dos povos indígenas não são facilmente acessíveis aos pesquisadores no Brasil. Entretanto, alguns indicadores estão disponíveis em Rangel (2014).³ Por exemplo, em 2013, o coeficiente de mortalidade infantil das crianças menores de 5 anos no Distrito Sanitário de Mato Grosso do Sul, incluindo todos os povos que vivem nesse estado, foi de 45,9/1.000 nascidos vivos. No mesmo ano, esse coeficiente para a população brasileira foi, em média, 19,6/1.000 nascidos vivos, conforme o IBGE. Entre os Kaiowá e Guarani, houve 72 suicídios registrados pela SESAI em 2013, cujas taxas em série histórica são cerca de vinte vezes superiores à taxa de suicídios nacional.

Neste artigo, considero discriminação um conjunto de comportamentos que são identificados pelo tratamento desigual de pessoas ou grupos em razão da sua origem étnica, os quais criam, mantêm ou reforçam uma situação de desvantagem social, de acordo com

³ Na criteriosa avaliação estatística do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), todas as denúncias de violações aos direitos dos povos indígenas são classificadas como violências. Assim, as questões territoriais são violência contra o patrimônio; manifestações de violência física e/ou simbólica são violência contra a pessoa praticada por particulares e agentes do poder público; indicadores de saúde insatisfatórios, incluindo o uso abusivo de bebidas alcoólicas, são violências por omissão do poder público; e por fim há violências praticadas contra os povos isolados (RANGEL, 2014).

a definição dada por Bastos e Faerstein (2012). Embora a discriminação esteja associada ao preconceito, diferente deste, que é um processo subjetivo-cognitivo, a discriminação é observável. Esses autores se propõem a estudar a discriminação desde o campo da saúde pública e defendem que o tema necessita de uma abordagem interdisciplinar, o que vai ao encontro do que penso, embora não comungue a metodologia que propõem.

Para associar a discriminação à questão da saúde mental, irei abordar duas consequências do processo de expropriação territorial. A primeira é a reterritorialização forçada das parentelas Kaiowá e guarani no período de expansão econômica do centro-oeste brasileiro até os dias atuais. A segunda consequência é a degradação ambiental, o desmatamento que ocorreu em paralelo.

Os Kaiowá e Guarani habitam a faixa da fronteira Brasil-Paraguai há pelo menos três séculos (BRAND, 1997; VIETTA, 2007). No lado brasileiro, a maioria deles vive em Mato Grosso do Sul, são hoje aproximadamente 45 mil pessoas,⁴ em cerca de cinquenta pequenos assentamentos pulverizados na região meridional do estado. É a segunda maior população indígena no Brasil, segundo o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

De acordo com o estudo pioneiro de Brand (1997), o território tradicional dos Kaiowá e dos Guarani passa a ser explorado pelo Estado brasileiro após a Guerra do Paraguai, a partir de 1870. O primeiro empreendimento sistemático de exploração econômica em Mato Grosso do Sul foi a extração de erva-mate nativa (*Ilex paraguaiensis*), quando a Companhia Matte Laranjeira ganhou uma concessão pública para atuar com exclusividade na região. Com o início do extrativismo nas últimas décadas do século XIX, a mão de obra empregada na extração e produção da erva-mate incluía, em muitas regiões, a participação dos índios. Embora tenha contribuído para a difusão de algumas epidemias, o trabalho nos ervais parece não ter tido grande impacto na organização social dos Kaiowá e Guarani, segundo Brand (1997). Do mesmo modo, as primeiras fazendas de gado que no final do século XIX e início do século XX se instalaram nas regiões de campos naturais, entre os municípios de Amambai, Ponta Porã e Bela Vista, não trouxeram grandes mudanças para a vida dos Kaiowá e dos Guarani, pois seus

⁴ Conforme estimativas da FUNAI, esse segmento da população indígena sul-mato-grossense usufruía de pouco mais de 40 mil hectares de terras (2012), o que corresponde a menos de 1% do território do estado.

tekoha, os espaços habitados por um grupo de parentes e aliados,⁵ se localizavam, preferencialmente, nas regiões de mata. Foi após a criação da Colônia Agrícola Nacional de Dourados, em 1943, que começam a operar mudanças radicais em seu modo de vida.

Em relação ao processo de reterritorialização, mais forte a partir da década de 1950 em diante, sabemos que o órgão indigenista (primeiro o Serviço de Proteção aos Índios, SPI, e posteriormente a FUNAI) tinha a tarefa de liberar as terras para os produtores rurais. Não importava aos agentes indigenistas a organização social dos Kaiowá e dos Guarani, era apenas o caso de tirar famílias que viviam dispersas pela região, em seus *tekoha*, e recolocá-las de um modo mais ou menos aleatório nas reservas indígenas.⁶ A própria relação entre os grupos Kaiowá e os grupos guarani, que se mantinham menos misturados, redefiniu-se nesse processo. Ao mesmo tempo, os Kaiowá e Guarani foram perdendo paulatinamente a possibilidade de circular livremente por um vasto território, como faziam até então, para visitar parentes ou explorar os recursos da mata. É importante termos em mente que a configuração social que encontramos nas aldeias hoje é fruto desse processo compulsório de reordenamento territorial. Então, especialmente nas aldeias que são as antigas reservas, muitos Kaiowá e Guarani dividem espaços de convivência com pessoas de parentelas que não são aliadas e que, se tivessem tido opção, com elas jamais iriam viver junto. Esse fato pode ser diretamente correlacionado aos conflitos internos que ocorrem em grande escala nos dias atuais.

⁵ Há uma acepção estrita de *tekoha* como aldeia, que emerge no campo interétnico com a retomada dos territórios tradicionais e passa a ser usada, no século XX, pelas lideranças Kaiowá e guarani. No entanto, *tekoha* é um conceito polissêmico que não se limita à noção espacial e que não é fácil abarcar de modo sintético, ainda mais diante das transformações já apontadas. Penso que conceito de *tekoha* se define principalmente por constituir-se a partir de relações preponderantemente amistosas tanto com as entidades invisíveis (*jára*) que habitam a floresta como também no interior do grupo local, permeadas por alianças políticas, rituais e de casamento. Aspectos físicos da paisagem também determinam esse conceito. Por isso não trato aldeia e *tekoha* como sinônimos, mas uso aldeia ao longo do texto no sentido que é dado localmente pelo senso comum: um lugar (qualquer) onde vive um grupo de índios. Não cabe falar de terras indígenas para se referir a toda essa população porque aproximadamente a metade das comunidades Kaiowá e guarani no MS habita seu território na condição provisória de “acampados”.

⁶ Entre 1915 e 1928, o SPI demarcou oito Reservas Indígenas, com uma superfície total de terras de 17.632 hectares. São atualmente conhecidas como TI Dourados, TI Amambai, TI Caarapó, TI Limão Verde, TI Taquapiry, TI Pirajuy, TI Porto Lindo e TI Sassoró. TI é a abreviatura de terra indígena, que será utilizada ao longo do artigo.

Soma-se a isso o dado de que hoje os Kaiowá e Guarani já não podem lançar mão de um recurso cultural historicamente utilizado para evitar os conflitos, que é se afastar ou viver em outro lugar, de modo temporário ou definitivo. Ir para o mato caçar ou coletar alguma matéria-prima, ou simplesmente caminhar à toa, ajudava a amenizar os conflitos do dia a dia (PEREIRA, 2004). Mas se entrarem em uma propriedade privada nos dias atuais, os Kaiowá e os Guarani correm risco de vida.⁷ Mudar o lugar de moradia para minimizar conflitos entre si também é uma possibilidade restrita. O grupo de parentes que decide sair assume que, nesse caso, provavelmente terá que enfrentar conflitos de outra ordem – os conflitos fundiários. Hoje fundar um *tekoha* não é necessariamente uma boa solução, embora saibamos que muitas parentelas estão vivendo acampadas em Mato Grosso do Sul, em condições precárias, com a esperança de recompor um modo de viver parecido com o de seus pais e avós.

Ao mesmo tempo, temos o dado da pressão populacional no interior das terras indígenas. A TI Dourados, que é a situação emblemática, tem mais de 300 habitantes/km² vivendo nas duas aldeias que ela engloba, Jaguapiru e Bororo, enquanto no município de Dourados, do qual faz parte, a densidade demográfica não chega a 48 habitantes/km². A superpopulação, mais evidente nas antigas reservas indígenas, associada a essa configuração social de certa forma imposta pelo Estado, é capaz de gerar muito mal-estar nas pessoas que costumavam ter possibilidade de mais facilmente escolher com quem viver. Melià et al. (2008) descrevem como os Kaiowá (Tavyterã) costumavam viver em pequenos grupos no meio da mata, para situar as mudanças que ocorriam em seu território, no Paraguai, na década de 1970.⁸ Para essa situação contemporânea dos Kaiowá e dos Guarani no Brasil, é coerente usar a metáfora de um corpo social enfermo, cujos sintomas, citados antes, são identificáveis e inequívocos.

Quanto à degradação ambiental, ela também é inextricavelmente ligada a esse enfraquecimento do corpo social, uma vez que os Kaiowá e os Guarani têm uma relação profunda e essencial com a mata e seus

⁷ Isso ocorreu no início de 2013 a um jovem da TI Caarapó, de 16 anos, assassinado quando foi pescar na propriedade vizinha à aldeia com outros meninos. Seu corpo foi encontrado numa estrada da região e suspeita-se que o fazendeiro responsável por sua morte (que conseguiu responder ao processo em liberdade) quisesse simular um atropelamento.

⁸ Ver também Grünberg (2002).

elementos. Sua concepção cosmológica do mundo, o xamanismo e a reprodução social passam por essa relação. É ilustrativo que Eliel Benites, um intelectual Kaiowá, numa palestra em que explicava sobre cosmologia, referiu-se a essa “relação com a natureza” (nas palavras dele) como o que caracteriza o *teko marangatu*, um conceito que qualifica o bem-viver, o qual Melià et al. (2008) traduzem como “modo de ser religioso”. O que podemos entender também como as práticas xamânicas que dão unicidade a aspectos econômicos, rituais, políticos e sociais na constituição de um *tekoha*. Mas, qual é a paisagem ambiental de que dispõem os Guarani e Kaiowá atualmente?

Falta terra e mata para a produção econômica com o mínimo de autossuficiência e também para a realização do ciclo ritual do milho, ao qual se ligam os ritos de nomeação das crianças e o de furação dos lábios dos meninos. Muita gente das duas últimas gerações de adultos já não tem um nome guarani. E para alguns *ñanderu* e *ñandesy*, xamãs Kaiowá e guarani, vários dos problemas que remetemos ao campo da saúde mental são explicados pela ausência do nome, que é um modo de fortalecer o caráter da pessoa, como também os laços de parentesco.

Vietta (2007) entende que no processo de se adequar às mudanças históricas, uma das consequências foi a diluição do poder xamânico que sustentava a liderança política ampliada entre os Kaiowá e Guarani. Isto é, o xamanismo como princípio de agregação da parentela se reduziu concomitantemente ao desaparecimento dos *hexakara*, os xamãs Kaiowá mais poderosos. Esses *hexakara*, que sabem identificar o nome das crianças, são hoje muito poucos. Entrar em contato com a divindade e saber o nome e o dom que a criança traz, por parte do xamã, facilita a manutenção do vínculo cosmológico da pessoa. Juntamente com a transmissão do nome, segundo a autora, dá-se o assentamento de pássaros celestes no peito da criança, o que é fundamental para a prática do bom modo de viver.

Entretanto, a manutenção desse vínculo cosmológico depende da observação de cuidados ao longo da vida, tanto por parte dos pais quanto pela própria pessoa depois que cresce. O consumo alimentar adequado⁹ e as práticas rituais são fundamentais para fortalecer a comunicação com as divindades e dependem de esforços coletivos da parentela. Porém sabemos que há muito poucas aldeias Kaiowá e guarani em condições de manter uma produção de alimentos que lhes permita consumir a comida

⁹ Veja Silveira (2011) para uma descrição das práticas rituais no ciclo da vida e das dietas alimentares indicadas em cada situação.

guarani tal como preconizado. Também, o cultivo do milho guarani (*avati ete*) é irrisório atualmente, pois na maioria das aldeias a terra está degradada e não há espaço para abrir novas roças. Essa impossibilidade de ter abundância do milho-branco¹⁰ é um dos fatores cruciais para o enfraquecimento dos rituais entre os Kaiowá e Guarani, que culminou no desaparecimento do rito de furação labial dos meninos.

Trago esses dados não para enfatizar um processo de perda cultural. O intuito é revelar uma dinâmica sociocultural, pode-se dizer, beirando o caos. É essencial considerar que essas mudanças drásticas estão acontecendo muito rápido. Ainda vivem os Kaiowá e Guarani que testemunharam o esbulho territorial e, agora, as novas gerações têm que lidar com toda a complexidade que resultou disso em suas vidas.

A opção adotada aqui é analisar certa perspectiva macrossocial para apreender o contexto de violência estrutural. Todavia é preciso lembrar que essa população é grande e que há muitas e significativas *nuances* na vida contemporânea dos Kaiowá e dos Guarani. O grau das mudanças que cito, bem como as estratégias encontradas para lidar com esse processo histórico de expropriação por cada parentela, em cada aldeia, dependendo das variáveis sociais e ambientais do entorno imediato, são muito diversas.

Alteridade: boa e má diferença

A despeito das profundas mudanças em seu modo de viver decorrentes do desenvolvimento econômico de Mato Grosso do Sul, que se valeu dos territórios indígenas para a produção agrícola de larga escala, os Kaiowá e os Guarani permanecem socialmente organizados a partir de fogos domésticos e parentelas,¹¹ porém, de acordo com a

¹⁰ O *avati moroti* é a variedade do milho branco utilizada para a produção de *kãgui* ou chicha, a bebida fermentada necessária a esses rituais.

¹¹ Pereira (2004) define fogo doméstico (*che ypyky kuera*) como um grupo de corresidentes que compartilha alimentos e grande intimidade, ponto focal de descendência e ascendência, formado por um casal, seus filhos e, às vezes, outros parentes consanguíneos. A parentela (*te'yi*) é um grupo de parentes oriundos de vários fogos domésticos, cuja identidade é vinculada à subordinação política a uma liderança. No passado esse grupo dividia a mesma casa comunal e cultivava uma roça coletiva. O homem (*hi'u*) que encabeça uma parentela, junto com sua esposa (*ha'i*), cria um estilo próprio, baseado em seus conhecimentos do tempo antigo, motivado por agregar reconhecimento e prestígio social. Menciono em algumas passagens o grupo de parentes referindo a essa definição de parentela.

brilhante análise de Pereira (2014), de modo cada vez mais heterogêneo e experimental. Se o sistema social não se modificou, ele sofre impactos profundos, de onde se origina o mal-estar, os quais se expressam em variações significativas. Entre essas variações o autor destaca a tendência de autonomização dos fogos domésticos, que no passado exprimiam grande coesão em termos de parentela e praticavam maior unidade política, com diminuição simultânea da solidariedade grupal. Soma-se a isso a crescente heterogeneização derivada das novas modalidades de inserção econômica dos Kaiowá e dos Guarani – que se expressa inclusive na diversificação dos papéis de gênero –, como também do efeito induzido pelas políticas públicas e seus agentes, que propicia a redução do controle do grupo de parentes sobre seus membros.

Um dado essencial para compreender a flexibilidade do sistema social Kaiowá e guarani diante das mudanças drásticas descritas neste texto é o grau de polimorfismo que o institui (PEREIRA, 2014), sua matriz geradora de socialidade. O *avareko*, que remete à ideia de tradição, engloba uma multiplicidade de estilos de ser e se relacionar dos diversos grupos de parentes, os quais são criados pelo casal que articula cada parentela, fundamentado em seus conhecimentos e experiência de vida. Vários fogos domésticos, unidades correspondentes em geral à família nuclear, se unem para formar uma parentela. No entanto, tendo em vista a bilateralidade do parentesco, esse pertencimento tem certo dinamismo, o que também ocorre com as redes de aliança entre as parentelas que formam um *tekoha*. A diferenciação de estilos entre as parentelas liga-se à legitimação da hierarquia que opera no interior de uma rede de parentelas, por sua vez ligada diretamente ao casal articulador da parentela mais prestigiada, sendo essa alteridade um elemento fundamental para a constituição de redes de aliança. Os múltiplos estilos das parentelas Kaiowá exprimem, assim, prerrogativas econômicas, políticas e rituais. No que se refere às relações diárias entre fogos e parentelas não relacionados, mesmo que residam na mesma aldeia, elas são marcadas por sentimentos de rivalidade e disputas políticas conforme Pereira (2014). Disputas estas que no passado estimulavam a reconfiguração de alianças e agora são exacerbadas em função da pressão demográfica nas aldeias, potencializando a violência.¹²

¹² Na etnografia de Cariaga (2011) aparece a crescente preocupação dos Kaiowá e dos Guarani que vivem na TI Caarapó com o abuso de bebidas alcoólicas e violência na aldeia. Ele cita a narrativa de um homem mais velho em que o aumento da violência é explicado como resultado da proximidade com os fantasmas dos mortos, os *angue*.

Na atualidade, tendo em vista as novas experimentações que têm como referência o contato com os não índios, essa multiplicação de estilos está próxima ao limite de ordenamento do mundo. Pereira identifica duas tendências dominantes, cujos gradientes de alteridade variam dos estilos xamânicos àqueles da “vivência do índio”, como se referem os Kaiowá e os Guarani. Para os primeiros, o *avareko* se origina apenas das práticas vinculadas aos conhecimentos do *ymaguare*, o tempo antigo, como rezas e cantos xamânicos. A outra tendência, mais presente entre os jovens letrados, expressa a positividade da alteridade dos não índios. Nesse caso, a sociedade regional não é vista em relação de oposição, porém de complementaridade, do mesmo modo que opera a alteridade entre os próprios Kaiowá e os Guarani. Pereira (2014) cita a categoria *teko reta*, o modo de ser múltiplo, descrita por Benites (2009). Essa vivência contemporânea os permitiria transitar entre o *avareko* e o *karaireko*, o sistema do Kaiowá e o sistema do branco, como os Kaiowá dizem em português, concebidos como campos permeáveis e intercambiáveis. É fato que a opção pela tradição ou pela inovação por parte de um fogo doméstico ou do casal de articuladores de uma parentela é antes de tudo política e pode se alternar em curto espaço de tempo. Mas, definitivamente, essas experimentações não se dão sem crises sociais e sem conflitos, com prejuízos sobretudo para a concretização de redes de aliança entre as parentelas.

Cabe então voltarmos ao etnocídio, pois se trata, como definiu Clastres (2004, p. 56, grifo nosso), “*da destruição sistemática dos modos de vida e pensamento de povos*” que poderiam ser transformados, melhorados, ou segundo o imaginário regional, integrados ao sistema econômico brasileiro, após prévia destituição cultural. Não é mera coincidência que esse conceito tenha sido cunhado a partir da realidade indígena na América do Sul. Essa imagem é a que vimos nos parágrafos anteriores. Os Kaiowá e os Guarani resistem com grande dignidade ao intento de solapar sua cultura, que varia em intensidade desde que se iniciou o povoamento de Mato Grosso do Sul, e mesmo antes, com as Missões Jesuíticas, a Guerra do Paraguai e a extração de erva-mate.

No passado, quando morria alguém, os parentes abandonavam o lugar de residência ou queimavam a casa para construir outra nova, a certa distância. Hoje essa prática é inviável e especialmente as crianças ficam vulneráveis a uma espécie de contaminação violenta por parte de fantasmas de pessoas que morreram brutalmente. Em minha experiência etnográfica, como nos dados de Cariaga, também percebi a inadequada construção corporal (não observação de ritos de passagem e cuidados diários) como causa de comportamentos violentos. A espacialidade e a cosmologia se imbricam na produção de violência entre os Kaiowá e os Guarani.

Ainda segundo Clastres (2004), a prática etnocida é orientada por dois axiomas: primeiro, uma hierarquia entre as culturas em questão; segundo, uma relação de negação com aquela que é desvalorizada (nesse caso, a cultura Kaiowá e guarani), a qual deve ser suprimida. Para ele, é justamente o sistema de produção econômica que torna a civilização ocidental tão fortemente etnocida, pois não há limites para o capitalismo. Por outro lado, a “improdutividade originária” constitui uma afronta aos olhos daqueles para quem o ambiente é somente uma imensa fonte de recursos econômicos.

Se os Kaiowá e os Guarani transformaram sua percepção dos não índios, vendo-os como boa diferença a fim de buscar alternativas de bem-viver, o contrário não é verdadeiro. Os primeiros migrantes que chegaram para povoar Mato Grosso do Sul, basicamente do Sul e sudeste do Brasil, tornaram-se, aos poucos, da terra. De acordo com Lima (2012), esses produtores rurais afirmam em suas biografias ter transformado, com seu trabalho e esforço, a floresta desabitada e hostil em celeiro de produção, restando aos índios uma invisibilidade quase total. Nessas histórias, os Kaiowá e Guarani foram perdendo espaço para as pessoas de fora que se estabeleceram em Mato Grosso do Sul, apesar de figurarem sempre e até hoje como mão de obra fundamental para manter a economia regional. Assim, os pioneiros são “heróis civilizadores”, figuras proeminentes na história do estado, onde curiosamente os índios foram tornados de fora, do Paraguai por exemplo. Desse modo, conforme Lima (2012), um fazendeiro é hoje uma figura paradigmática e admirada em Mato Grosso do Sul, ao passo que o índio tornou-se seu contraexemplo, percebido como fonte de atraso regional e ameaça à propriedade. A discriminação contra os Kaiowá e os Guarani espelha essa má diferença que precisa ser suprimida.

Saúde mental e discriminação étnica

Como disse antes, esta abordagem dos problemas de saúde mental privilegia o viés macrossocial e, portanto, não será necessariamente uma análise colada às ideias que os próprios Guarani e Kaiowá têm sobre o assunto. Muito embora a perspectiva deles, ligada aos efeitos sociais e individuais da retração do xamanismo e da intensificação da relação com não índios, tal como descrevem Silva et al. (2013, 2014), faça parte desta análise. Enfoco a dimensão da vida diária no tocante a tendências dominantes das mudanças históricas.

Vimos que os Kaiowá e os Guarani têm vivenciado, nos últimos 50 ou 60 anos, mudanças agudas e dissociantes em seu modo de vida. De ter seus *tekoha* no meio da mata e liberdade para circular em seu território, eles passaram a viver em pequenas aldeias, boa parte localizada no perímetro urbano dos municípios sul-mato-grossenses, com a mobilidade limitada pela privatização das terras no estado. No decurso dessas mudanças formou-se também um forte esteriótipo negativo¹³ sobre os índios. De acordo com a definição de Farmer (2004), podemos identificar a violência estrutural¹⁴ nessa expressão da ordem política e econômica, historicamente arraigada, que toma a forma de eventos adversos na vida dos Kaiowá e dos Guarani.

Embora a abordagem de Farmer possa ser criticada por certa falta de refinamento epistemológico, no sentido de não exprimir as *nuances* da relação entre as forças globais de mercado e o sofrimento íntimo (BOURGOIS; SCHEPER-HUGUES, 2004), credito sua validade para o campo da saúde mental a partir de dois aspectos. Primeiro, porque sua concepção de violência estrutural supõe fundamental o cruzamento de dados históricos, antropológicos e biológicos (clínicos ou epidemiológicos) para entender os processos vividos. Já que todos esses dados sobre os Kaiowá e Guarani existem, entendo que essa abordagem poderia ser prontamente implementada desde que haja vontade política. Segundo, que a proposta de Farmer tem como intuito desenvolver intervenções que sejam estruturais, para além da assistência à saúde (FARMER et al., 2006). Ou seja, a ideia é propor um leque de ações simultâneas que vão desde assistência médica e psicológica, passando por ações de fomento para produção econômica, valorização cultural, qualificação técnica e educação, até a efetivação do direito à terra.

Então, partindo do fato de que em Mato Grosso do Sul grande parte das terras indígenas está perto dos núcleos urbanos, como é o caso de

¹³ Diria que a negação do reconhecimento da diferença cultural, nesse caso, passa por três oposições no campo semântico da discriminação, identificadas por Feres Júnior (2006) ao analisar o racismo no Brasil moderno: falta de certos costumes, falta de sincronia com o presente histórico e falta de certos atributos psicológicos.

¹⁴ O termo violência estrutural foi cunhado, a partir da ótica marxista, como crítica à definição da paz durante a Guerra Fria, para dar conta dos prejuízos físicos e psicológicos provocados em setores da população, em função de arranjos institucionais que se estabeleceram entre os países, como explicam Graeber (2012) e Bourgois (2009). Esses autores, além de Farmer, que têm trabalhado nessa linha de análise, entendem se tratar de mecanismos invisibilizados, de efeitos sutis, fundados em desigualdades de poder no âmbito de uma ordem social transnacional, mas divergem quanto ao conceito de violência estrutural e em sua abordagem.

Dourados, Caarapó e outras, observei e tive relatos de que os jovens quando saem para estudar, trabalhar ou se divertir na cidade são discriminados com frequência. Podemos vislumbrar, assim, uma situação em que os valores culturais estão constantemente postos em questão, desde fora, pois o preconceito contra os índios se manifesta de muitas maneiras. Como exemplo, cito um evento acontecido no município de Antônio João. Um grupo de estudantes Kaiowá e guarani foi retirado da sala de aula, em uma escola da rede pública em que frequentavam o ensino médio, em fevereiro de 2013, sob a alegação de que estavam com os pés sujos. As lideranças da aldeia foram conversar com os diretores da escola e tiveram confirmação de que os jovens haviam contado quando voltaram da cidade. Esse fato gerou polêmica na aldeia Campestre, pois os estudantes ficaram com vergonha de voltar para escola e alguns quiseram abandonar os estudos.

Os índios são discriminados nas relações pessoais – o que pode acontecer de um modo que varia desde comentários insinuantes até aquelas atitudes de repulsa e xingamentos explícitos –, na mídia, em alguns órgãos públicos e privados, muitas vezes caracterizando um posicionamento institucionalizado, como foi o caso dos estudantes em Antônio João, e por aí afora. A mídia sul-mato-grossense tem sido majoritariamente um veículo para desqualificação dos índios. Em dezembro de 2008, um advogado e articulista publicou o artigo “Índios e o retrocesso”,¹⁵ em que questiona a demarcação de terras indígenas em Mato Grosso do Sul. No texto ele afirma:

Quanto a mim, sou daqueles que comungam com o mesmo pensamento, pois no século vinte e um, são bem poucos os indígenas que podem ser tipificados como selvagens. Portanto, a preservação de costumes que contrariam a modernidade, são retrocessos e devem acabar. Quanto a uma civilização indígena que não deu certo e em detrimento disso foi conquistada pela inteligência cultural dos brancos, também é retrógrada a atitude de querer preservá-la.¹⁶ (BARROS JÚNIOR, 2008).

¹⁵ O texto do jornal *O Progresso*, de Dourados, foi bastante criticado à época pelo discurso altamente discriminatório. O Ministério Público Federal denunciou o advogado por ofensa e incitação à discriminação e ao preconceito. Ele foi condenado por crime de preconceito a dois anos de reclusão, em 2011, mas essa a pena foi substituída por seis horas semanais de prestação de serviços à comunidade durante dois anos e mais uma multa insignificante.

¹⁶ Trecho do texto de Isaac Duarte de Barros Júnior publicado no jornal *O Progresso*, de 27 de dezembro de 2008.

Assim temos, de um lado, comportamentos discriminatórios bastante frequentes, por parte da população sul-mato-grossense e, de outro lado, pode-se constatar que uma boa parte do conhecimento e experiência do mundo das gerações Kaiowá e guarani mais velhas, dos pais, avós e bisavós, se ajusta mal, ou não se ajusta, a essa realidade contemporânea. A terra perdeu fertilidade, pois a agricultura de coivara tornou-se impraticável; não há ingredientes para formular remédios caseiros; não há lenha suficiente para produzir alimentos no fogo de chão; não há espaço suficiente nas aldeias para evitar conviver com as pessoas que não se deseja; etc. Assim, as gerações mais velhas que deveriam articular suas parentelas, acabam por comer alimentos que dizem ser inadequados, brigar com frequência, adotar certos costumes dos brancos que eles mesmos consideram inapropriados. Não bastasse isso, muitos acabam abusando das bebidas alcoólicas, talvez para afastar a tristeza ou esquecer o presente. Arduamente podem demonstrar o que dizem a respeito do bem-viver em ações diárias, perdendo o respeito aos olhos dos jovens.

Nos períodos que estive na TI Caarapó, ouvi inúmeras vezes queixas de que os jovens Kaiowá e guarani já não respeitam os mais velhos e não querem ouvir conselhos. Conforme Pereira (2014), as pessoas que eles procuram orientar dividem a atenção com outras influências e relações estabelecidas com os não índios. Mas não se pode responsabilizar este ou aquele segmento da população. De fato, estamos diante de um processo maior que inibe a atualização de certas práticas culturais com efeitos sobre o bem-estar coletivo. E o aconselhamento é uma dessas práticas que enfraqueceu, eu creio, não apenas por desinteresse, mas também porque para os Kaiowá e Guarani não basta orientar, é preciso mostrar, dar o exemplo com atitudes.

O que nos interessa daí é apreender uma situação desfavorável que atinge os povos Kaiowá e guarani como um todo, decorrente de um processo que perdura no presente. Minha hipótese, nessa análise preliminar, é que as gerações mais jovens precisam lidar com essa dupla desvalorização – aquela que se expressa na discriminação e a que se origina dessa mudança radical no modo de vida. Assim, essas experiências vão se retroalimentando, tornando as referências socioculturais cada vez menos valorizadas.

Considerações finais

Procurei demonstrar que estamos diante de um processo etnocida que afeta os Kaiowá e Guarani. Por viverem em maioria confinados em

pequenas áreas superpopulosas, com recursos ambientais extremamente escassos e em um padrão de relações entre si impellido pelo Estado, os prejuízos sociais são enormes. As consequências marcantes nos dias atuais são a dissolução das redes de reciprocidade que uniam as parentelas e o retraimento do xamanismo na organização econômica e política dos *tekoha* e entre os *tekoha*. Assim, constatamos que para desenvolver ações de longo alcance, no que diz respeito ao campo da saúde mental, é preciso ter em vista a dimensão estrutural dos problemas que eles enfrentam e o transbordamento das diferenças no interior do seu sistema social.

As mudanças mencionadas neste artigo, no que diz respeito à dimensão ambiental, são praticamente irreversíveis. Contudo, é possível reverter o mal-estar vivenciado pelos Kaiowá e Guarani. Tudo indica que os impasses sociais vão perdurar no futuro próximo, portanto, tornam-se urgentes políticas públicas específicas que visem ao fortalecimento de seu corpo social, tais como políticas sanitárias, educacionais, culturais, fundiárias, entre outras já comentadas nos parágrafos precedentes. Esta contextualização antropológica sugere que é essencial desenvolver um conjunto de ações, direcionadas não somente à população Kaiowá e guarani, mas, considerando-se os efeitos da discriminação, tais políticas precisam abarcar a população sul-mato-grossense como um todo.

Referências

- BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. *Discriminação e saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- BRAND, A. J. *O impacto da perda da terra sobre a tradição Kaiowá/Guarani: os difíceis caminhos da palavra*. 1997. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.
- BENITES, T. *A escola na ótica dos Ava Kaiowá: impactos e interpretações indígenas*. 2009. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- BOURGOIS, P. Treinta años de retrospectiva etnográfica sobre la violencia en las Américas. In: LÓPEZ GARCÍA, J.; BASTOS, S.; CAMUS, M. (Org.). *Guatemala: violencias desbordadas*. Córdoba: Servicios de Publicaciones Universidad de Córdoba, 2009.
- BOURGOIS, P.; SCHEPER-HUGHES, N. Comments on “An anthropology of structural violence”. *Current Anthropology*, v. 45, n. 3, p. 317-318, 2004.

- CARIAGA, D. E. *As transformações no modo de ser criança entre os Kaiowá em Te'ýikue (1950-2009)*. 2011. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2011.
- CASAROTTO, E. L. *Desempenho da pauta de exportações do agronegócio de Mato Grosso do Sul*. 2013. Dissertação (Mestrado em Agronegócios) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2013.
- CLASTRES, P. Do etnocídio. In: _____. *Arqueologia da violência*. São Paulo: Cosac Naify, 2004.
- FARMER, P. An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, Chicago, v. 45, n. 3, p. 305-325, 2004.
- FARMER, P.; NIZEYE, B.; STULAC, S.; KESHAVJEE, S. Structural violence and clinical medicine. *PLoSmedicine*, v. 3, n. 10, p. 1686-1691, 2006. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030449>>. Acesso em: 10 set. 2013.
- FERES JÚNIOR, J. Aspectos semânticos da discriminação racial no Brasil: para além da teoria da modernidade. *RBCS*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 163-226, 2006.
- FUNAI. Fundação Nacional do Índio. Quadro demonstrativo da situação fundiária atual dos Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul. *Nota Técnica*, n. 16, Brasília, 2012.
- GRAEBER, D. Dead zones of the imagination: on violence, bureaucracy, and interpretative labor. The 2006 Malinowski Memorial Lecture. *HAU: journal of ethnographic theory*, v. 2, n. 2, p. 105-128, 2012. Disponível em: <<http://www.haujournal.org/index.php/hau/article/view/hau2.2.007>>. Acesso em: 13 fev. 2014.
- GRÜNBERG, F. P. *Reflexões sobre a situação dos Guarani no Mato Grosso do Sul, Brasil*. 2002. Disponível em: <<http://www.guarani.roguata.com/articles/index.php?language=spa>>. Acesso em: 10 maio 2006.
- LIMA, H. M. F. Situação da Comunidade Arroio Korá após o ataque de 10 de agosto/2012. *Nota Técnica*, n. 1, 2012, Ministério Público Federal de Dourados, Dourados, 2012.
- MELIÀ, B.; GRÜNBERG, G.; GRÜNBERG, F. P. *Paĩ-Tavyterã: etnografia guaraní del Paraguay contemporáneo*. Assunção: CEADUC-CEPAG, 2008.
- MONTERO, P. Multiculturalismo, identidades discursivas e espaço público. *Sociologia e Antropologia*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 81-101, 2012.
- PEREIRA, L. M. Levantadores de parentela kaiowá e guarani em Mato Grosso do Sul: *agency* e atualização de saberes na produção da socialidade. In: SILVEIRA, N. H.; MELO, C.; JESUS, S. C. (Org.). *Compreensões contemporâneas sobre os Guarani*. No prelo.

PEREIRA, L. M. *Imagens kaiowá do sistema social e seu entorno*. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

RANGEL, L. H. (Coord.). *Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil: dados de 2013*. Brasília: CIMI, 2014.

SILVA, A. C.; LANGDON, E. J.; RIBAS, D. Percepção e cuidados com as pessoas diagnosticadas com psicopatologia crônica nas comunidades Kaiowá e Guarani de Mato Grosso do Sul: dossiê Ciências Sociais e Saúde Mental. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 7-25, 2014.

_____. Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: contexto kaiowá e guarani do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Tempus: actas de saúde coletiva*, Brasília, v. 7, n. 4, p. 149-168, 2013.

SILVEIRA, N. H. *Imagens de abundância e escassez: comida guarani e transformações na contemporaneidade*. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

VIETTA, K. *Histórias sobre terras e xamãs Kaiowá: territorialidade e organização social na perspectiva dos Kaiowá de Panambizinho (Dourados, MS) após 170 anos de exploração e povoamento não indígena da faixa de fronteira entre o Brasil e o Paraguai*. 2007. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Povos indígenas e políticas públicas no Brasil: os Xavánte e o Programa Nacional de Alimentação Escolar

Renata da Cruz Gonçalves
Maurício Soares Leite

Introdução

O Estado brasileiro vem progressivamente reconhecendo, por meio dos textos oficiais que definem e orientam políticas públicas em saúde, a diversidade sociocultural da população brasileira e incorporando o respeito à diversidade cultural como diretriz específica (LANGDON, 2007). No campo da alimentação e nutrição, a aplicação de uma perspectiva de direitos humanos às questões alimentares e nutricionais no país, oficialmente reconhecida e descrita como a do “Direito Humano à Alimentação Adequada”, vem propondo o respeito à diversidade sociocultural, principalmente a partir dos anos 1990 (LEÃO; CASTRO, 2007; VALENTE et al., 2007; BURLANDY, 2011). O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) constitui, particularmente, um exemplo de tal trajetória.

Em vigor desde os anos 1950, passando por diversas mudanças desde então, o PNAE tem, em sua versão mais recente, a proposta de respeito à diversidade sociocultural entre suas diretrizes (BRASIL, 2009a; 2009b). No que se refere a minorias étnicas, especificamente à parcela indígena das escolas atendidas, em 2003 é proposta e considerada “*a necessidade de se oferecer alimentação saudável e adequada, respeitando-*

se os hábitos alimentares e culturais particulares de cada etnia” (BRASIL, 2003, p. 2, grifo nosso). Com tal proposição, o Programa se comprometeria a atender, de forma diferenciada, as especificidades daquilo que são, atualmente, nada menos que 305 etnias oficialmente reconhecidas no Brasil (IBGE, 2012). Essa amplitude, por si só, tornaria essa proposta, no mínimo, desafiadora e de difícil execução.

As dificuldades não se limitam à expressão e diversidade do universo representado pelos povos indígenas no país. Estudos sobre o PNAE em contextos indígenas vão, gradativamente, delineando a complexidade da proposta e os impasses à sua adequada execução, em estudos de caso específicos (ALVARES, 1999; OLIVEIRA, 2009; VERONA, 2009; GIORDANI et al., 2010). Através de uma análise crítica e epistemológica do Programa, Leite (2010, 2012a) chega a descrever como “*paradoxais*” os termos de documentos que o norteiam, no que concerne à diretriz do respeito à sociodiversidade. Como considera o autor, isso acontece na medida em que o “respeito” a essas particularidades é submetido, em uma relação de anterioridade obrigatória, à própria definição biomédica sobre o que é e o que torna a “*alimentação saudável e adequada*”. Assim, o conjunto de desafios práticos e teóricos à implementação da proposta aponta possivelmente para a fragilidade do diálogo entre o que seriam distintas epistemologias sobre temas como “comida”, “saúde”, “corpo” e “sociedade”, temas estes especialmente caros à própria especificidade analítica dos povos indígenas sul-americanos.¹

Dando continuidade à essa perspectiva crítica, este artigo mantém como foco as *nuances* que permeiam tanto os termos em que é formulado esse “projeto” como sua própria execução, através de um estudo etnográfico sobre as diversas perspectivas envolvidas na alimentação escolar xavante; leiam-se aquelas propriamente do Estado tanto quanto aquelas dos indígenas. Busca-se, com isso, estabelecer um diálogo produtivo entre a antropologia e as políticas públicas direta ou indiretamente relacionadas à saúde no país, mais especificamente aquelas destinadas aos povos indígenas.

Dessa forma, e em termos mais amplos, as reflexões aqui descritas fazem parte de uma linha de pesquisa que vem sendo desenvolvida na última década (LEITE, 2004, 2007, 2010, 2011, 2012b; LEITE; ATHILA, 2009, 2010; LEITE; DIEHL, 2012), sobre alimentação, nutrição, transformações, condições de saúde e a atenção à saúde indígena no país. No âmbito do Instituto Brasil Plural, a linha de pesquisa está inserida na

¹ Cf. LANGDON, 1974; OVERING, 1977; SEEGER et al., 1979; CASTRO, 1996.

“Rede Saúde”/“Autoatenção e Políticas Públicas: contextos locais, práticas e experiências”. Este capítulo é, assim, fruto dessa linha de reflexões. Mais especificamente, ele procura sumarizar alguns dos resultados da dissertação de Mestrado de Renata da Cruz Gonçalves no Programa de Pós Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, então realizada sob a orientação de Maurício Soares Leite.

A pesquisa

Em termos mais amplos, o alcance de uma diretriz que proponha o respeito à sociodiversidade no âmbito das políticas públicas direcionadas aos povos indígenas vem sendo descrito como um grande desafio – tanto para gestores como para seus executores – em diferentes áreas (LEITE et al., 2007; LANGDON; WIIK, 2010; MALUF, 2010; GUGELMIN, 2011). Isso somado à presença do PNAE em 84% das comunidades indígenas aldeadas em todo o país (BRASIL, 2010) nos motivou a examinar, no contexto de uma escola indígena xavante, as particularidades locais e os desdobramentos da proposta estatal de respeito à diversidade cultural no âmbito desse programa.

O caso xavante incluía dois aspectos fundamentais para o entendimento desse tipo de proposta: em primeiro lugar, o fato de a alimentação constituir um campo fértil para as intervenções governamentais em saúde; em segundo lugar, a chamada “população-alvo”, como usualmente a literatura biomédica se refere àqueles a quem se destinam intervenções ou programas de saúde. Por se tratar de uma etnia indígena, era também o exemplo evidente, para o senso comum, da alteridade e da especificidade socioculturais referidas por diversos textos oficiais das políticas de saúde no país. O exame do caso xavante nos traria elementos, desse modo, para o entendimento dos termos em que se concretiza a proposta oficial de contemplar, no âmbito de um programa de amplitude nacional, as especificidades socioculturais da população brasileira – o que quer que isso significasse para os idealizadores e gestores e demais atores envolvidos em sua execução.

Tratou-se, assim, de um estudo de cunho etnográfico, baseado em métodos e técnicas de pesquisa antropológica, como a observação participante e relações com informantes-chave (OLIVEIRA, 1998). O trabalho envolveu visitas à Secretaria Municipal de Educação (SME) do município de Campinápolis, em Mato Grosso, quando foram realizadas entrevistas abertas com membros da gestão do programa e também do

Conselho de Alimentação Escolar (CAE) Municipal, instância do seu controle social. Além disso, houve a permanência da pesquisadora em uma aldeia xavánte, na Terra Indígena (TI) Parabubure. A pesquisa de campo foi realizada entre maio e junho de 2012, período no qual a investigadora viveu em um domicílio xavánte.

Durante o trabalho de campo na aldeia, como requerido aos estudos antropológicos, a pesquisadora partilhou tanto o cotidiano da comunidade como, mais especificamente, aquele da escola situada na aldeia. Para além dessas experiências, registradas em diários de campo, foram realizadas entrevistas informais com atores-chave que, durante o trabalho de campo, iam sendo identificados e selecionados. Entre os interlocutores indígenas na escola estavam a merendeira, o diretor, alguns dos professores e membros da comunidade, todos Xavánte e moradores da aldeia. Havia um representante xavánte no CAE, que também foi entrevistado.

É preciso mencionar que a coordenação pedagógica da escola ficava a cargo de um profissional não indígena. Entre os interlocutores não indígenas envolvidos com a gestão/coordenação (sob a responsabilidade da SME), estavam dois coordenadores, sendo um deles também membro do CAE.

A gestão do PNAE do município de jurisdição da TI Parabubure, Campinápolis, adotava a modalidade “centralizada” para a operacionalização nas escolas municipais sob sua responsabilidade, entre elas as escolas indígenas. Isso significa que as secretarias de educação ou prefeituras recebem os recursos monetários e ficam por eles responsáveis, administrando-os e posteriormente realizando a prestação de contas junto ao órgão federal. Essas entidades são, portanto, aquelas formalmente responsáveis pela aquisição, distribuição dos alimentos e pela elaboração dos cardápios (BRASIL, 2009b).

À época da pesquisa, a coordenação da alimentação escolar na SME era composta por um coordenador geral e um outro coordenador exclusivamente dedicado às escolas indígenas. No momento da pesquisa, não havia nutricionista atuando naquela secretaria. A entrega dos alimentos nas escolas indígenas era realizada bimestralmente, estando sob a responsabilidade de um dos coordenadores.

Sobre os Xavánte

Pertencentes ao tronco linguístico macro Jê, os Xavánte se autodenominam *A'uwẽ Uptabi* – o que significa “povo verdadeiro”

(MAYBURY-LEWIS, 1984). O estabelecimento do contato definitivo dos diversos subgrupos xavante com a sociedade nacional envolvente se deu ao longo da década de 50 do século XX. Em 2013 totalizavam cerca de 17.400 indivíduos, distribuídos em 12 Terras Indígenas (TI) oficialmente reconhecidas e/ou em processo de reconhecimento (ISA, 2012; SIASI, 2012, 2014). As TIs estão situadas ao leste do Mato Grosso, região de cerrado que vem, historicamente, sofrendo consequências ambientais principalmente pelo avanço da monocultura de soja, algodão, milho e da pecuária (WELCH et al., 2014). O estudo foi realizado na aldeia São Pedro, na TI Parabubure. Essa TI foi homologada oficialmente em 1991, com uma extensão de 224.447 hectares, perpassando grande parte do município de Campinápolis e uma pequena parte no município de Água Boa, ambos no estado do Mato Grosso (BRASIL, 1991). De um conjunto de aproximadamente 100 aldeias na TI, a aldeia São Pedro era em 2010 a mais populosa, totalizando 70 famílias e 330 habitantes (SIASI, 2012).

“Comida Xavante”, “comida da escola”: divisões, transformações e demandas contemporâneas

As intensas transformações na alimentação xavante, observadas por diversos autores nas últimas décadas (VIEIRA FILHO, 1997; GUGELMIN; SANTOS, 2001; LEITE et al., 2003), têm-se constituído em uma questão relevante também para os Xavante de São Pedro. Ali, tanto quanto apontavam para uma valorização dos produtos de uso “tradicional”, procuravam também adquirir, consumir e mesmo produzir alimentos introduzidos a partir dos primeiros contatos com não indígenas. Havia, notadamente entre os mais velhos, uma ênfase no valor dos alimentos provenientes de expedições de caça e coleta e dos produtos da roça, a despeito de sua presença na alimentação cotidiana ser frequentemente mencionada como cada vez menor.

A caça, praticada em diversas modalidades, sempre representou uma atividade central à sociocosmologia xavante e tem sido francamente atingida pela expansão agrícola predatória, de impacto importante sobre o “frágil” ecossistema do cerrado (WELCH et al., 2014, p. 186). A carne, em geral, é classicamente descrita como o alimento “por excelência” e preferencial (MAYBURY-LEWIS, 1984, p. 79), enquanto a coleta de raízes, cocos e frutas chegou a ser considerada como a base de sua alimentação (MAYBURY-LEWIS, 1984, p. 87), na medida em que

seriam particularmente concebidas como alimentos “*particularmente benéficos à saúde*” (WELCH et al., 2014, p. 109, grifo nosso).

Durante a pesquisa, os alimentos consumidos no cotidiano da aldeia eram fundamentalmente provenientes da compra na cidade e, em menor proporção, da agricultura familiar, coleta, caça e pesca. Parte dos adultos mais jovens associava as mudanças na alimentação a mudanças mais amplas na vida dos Xavánte, como visto na fala de um homem adulto, de 35 anos:

As coisas na vida do Xavánte tá mudando. Os mais novos não querem mais raiz do mato. Não faz mais parte da vida. A criança já tem outras escolhas, outras prioridades, outra vida... Ela não vive no passado dos velhos [...] Eu devia comprar alimento do mato. Só que eu compro na cidade... A vida mudou. (Xavánte, morador da aldeia).

Essa noção, que contrasta a alimentação adotada em um ou outro momento do tempo, era também evocada por muitos dessa geração, quando o assunto era especificamente a alimentação na escola:

Eu vou falar pra colocar raiz e coquinho na merenda? Não vou, nem eu gosto. Não tem mais lugar no dia a dia, na vida do Xavánte de hoje. Na escola também não. Pai e mãe vão para a cidade fazer compra, a comida vem de lá também. Eles querem fazer assim! Só os velhos buscam alguma raiz. (Xavánte, diretor da escola).

Os Xavánte descreviam as escolas como ambientes essencialmente não indígenas, embora frequentados por eles e formalmente destinados a eles. Nessa medida, a presença de alimentos descritos por eles como “dos brancos” era esperada. Ao mesmo tempo, vale assinalar que hoje, cerca de 60 anos após o estabelecimento de contato definitivo com não índios, a presença de itens alimentares de introdução recente é cada vez mais frequente e valorizada, seja através da alimentação escolar, seja nas idas a Campinópolis e outros centros urbanos. Se o acesso a esses alimentos pode ser, em termos gerais, descrito como recente na história xavánte e de outros povos indígenas no país, para mais de uma geração de indivíduos xavánte tais alimentos estão presentes em suas vidas desde que nasceram, fazendo parte de seu repertório alimentar.

Este exemplo indica que, em escolas indígenas, uma alimentação que considere suas particularidades socioculturais inevitavelmente irá lidar com a incorporação contemporânea de alimentos ditos “não

tradicionais” ao seu sistema alimentar. Assim, a oposição “comida indígena *versus* comida não indígena” ou “tradicional *versus* não tradicional” nem sempre esgota ou contempla adequadamente as dinâmicas de incorporação de novos elementos aos sistemas alimentares nativos (LEITE, 2007; VERONA, 2009).

Essas particularidades colocam em questão exatamente a proposta estatal de respeito às especificidades socioculturais, claramente formulada no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e estritamente associada a determinadas concepções de “cultura” e “tradição”. Vale assinalar que, nos termos em que é proposta, ela não se limita aos povos indígenas, mas se estende a qualquer segmento da população brasileira. As concepções que permeiam as políticas públicas de alimentação e nutrição, usualmente nos remetem a uma visão estática e cristalizada da “cultura”, informada por uma noção romântica do passado, o que tem resultado, conforme aponta Leite (2010), em uma proposta reiterada de resgate de práticas que o Estado ou alguma entidade exógena à coletividade considera “tradicionais”, conquanto sejam elas também consideradas “saudáveis”. Não surpreendentemente, no caso de povos indígenas, ela será associada a práticas reconhecidas ou descritas como indígenas, mas tão somente no plano textual do programa.

A proposta está registrada em dispositivos legais, como a Lei nº 11.947, que prevê o “*emprego da alimentação saudável e adequada, compreendendo o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis*” (BRASIL, 2009a, grifo nosso), e na Resolução/FNDE nº 45/2003, que considera a necessidade de respeito aos “*hábitos alimentares e culturais particulares de cada etnia*” (BRASIL, 2003, grifo nosso).

Conforme sugerimos, essas definições podem ser problemáticas bem como guardar contornos e definições que, do ponto de vista do Estado, poderiam ser consideradas antagonicas. Entre os Xavante, o desafio de pensar o caráter dinâmico das particularidades socioculturais emerge nas falas sobre a alimentação fornecida pela escola: “[...] *tem coisa que eu acho errado. As crianças gostam de repolho, de tomate, milho-branco... Mas não vêm por quê? Por que só vem arroz, arroz, arroz? Tem outra coisa também: o frango também não vem* (Xavante, diretor da escola, grifo nosso).

O diretor apresentava um tipo de demanda que dificilmente seria entendida por gestores do PNAE como “indígena”, ao solicitar itens alimentares que dificilmente seriam descritos, no senso comum

ou mesmo no âmbito de políticas públicas, como de uso “tradicional”, como o frango. Como visto na fala acima, os Xavánte questionavam, inclusive, a marcante diferença entre o que esperavam receber e o que a prefeitura disponibilizava à escola.

O cardápio adotado, vale mencionar, poderia ser considerado inadequado tanto à luz de uma alimentação “tradicional” – “só arroz” –, quanto às expectativas sustentadas pelos Xavánte em torno da alimentação escolar ideal. Ao mesmo tempo, contudo, os profissionais da Secretaria Municipal de Educação (SME) pareciam não reconhecer os questionamentos indígenas sobre a pouca variedade de itens. Nesse momento, a “cultura” podia ser acionada como justificativa daquela precariedade. O atributo de “aquiescência” dos indígenas era vertido em uma espécie de pseudocompreensão sobre seu “modo de ser” e suas “preferências alimentares”, como ilustra a seguinte fala: “[...] *eles [os Xavánte] se contentam com pouca variedade... Se servir só arroz com macarrão já tá bom. Gostam de carne, muito... Mas do resto não reclamam, sobre a variedade e essas coisas...* (Não indígena, profissional da SME, grifo nosso).

Entre os profissionais da SME, era generalizada a ideia de que os Xavánte gostavam pouco de verduras e frutas. O mesmo não era dito sobre a carne, que era reconhecida como uma preferência. Sobre o assunto, um profissional da SME explicou:

Não vai verdura para as aldeia, não tem como guardar... carne também não tem como guardar, ainda não temos como mandar... e, mesmo assim, eles não são muito chegados em verdura. A gente tenta melhorar a alimentação deles, mas não aceitam muita variação... Eles não gostam de verdura, legumes... É de carne que eles gosta... Se mandar verdura eles vão jogar tudo fora. (Não indígena, profissional da SME, grifo nosso).

Em última instância, o caso xavánte aponta para a existência de uma desigualdade marcante, ao nível regional, entre a alimentação escolar indígena e não indígena. Às dificuldades de ordem logística que indiscutivelmente representam complicadores à gestão do PNAE entre povos indígenas, somam-se também, com efeitos expressivos sobre sua alimentação escolar, relações interétnicas desiguais, marcadas por equívocos compreensivos e preconceitos. Isso resultará, igualmente, em “equívocos” alimentares que em tudo demonstram a completa inadequação da alimentação escolar às perspectivas que os Xavánte possam ter sobre ela, como veremos a seguir.

“Soja não é carne”: a queima da proteína texturizada de soja no *Warã*

Um evento paradigmático e repetidamente narrado por diferentes tipos de interlocutores era relativo aos conflitos ocasionados pelo envio de soja para a alimentação escolar ocorrido na aldeia São Pedro, anteriormente à realização da pesquisa.

Vale recordar que o envio de soja para as escolas da rede pública brasileira foi uma estratégia adotada pelo modelo de gestão que o PNAE assumia na época dos anos 1960. Tal modelo era marcado, entre outros aspectos, pelo recebimento de excedentes de cereais e soja doados por agências internacionais, sendo assim incluídos nos cardápios dos escolares (STEFANINI, 1997). Depois daquela década, a utilização de produtos à base de soja alcançou grandes proporções e seu consumo nas escolas foi incentivado nacionalmente, repercutindo até a atualidade, especialmente na forma do chamado “leite aromatizado” de soja. Ressaltamos que a região em que estão situadas as TIs xavante, ao leste do Mato Grosso, vem sofrendo graves consequências socioambientais, principalmente pelo avanço da monocultura de soja, sendo marcada por intensos conflitos resultantes do cercamento dessas TIs por grandes fazendas (WELCH et al., 2014).

A soja, na forma de “proteína texturizada”, fora enviada para as escolas municipais indígenas de Parabubure com o intuito de oferecer aos escolares proteínas por meio de um alimento que poderia ser facilmente transportado e armazenado. Em São Pedro, os Xavante se recusaram terminantemente a comê-la. Depois de muitos protestos, sem que fossem atendidos, decidiram queimar a soja no centro da aldeia, no *Warã*, o conselho xavante de reuniões dos homens adultos e de tomada de decisões nos assuntos que afetam a coletividade (MAYBURY-LEWIS, 1984).

O diretor da escola, Xavante, faz a seguinte narrativa sobre o evento, que extrapolou a escola, atingindo o próprio espaço comunitário:

[...] *Uma vez veio uma carne de soja, a gente não conhecia e ninguém gostou. Rejeitamos muito e não queremos mais. Fizemos documento pra parar, pedimos, pedimos e continuou vindo mais, mais, mais. Os velhos também ficaram bravos e fizemos reunião com a comunidade. A gente reuniu tudo e queimamos tudo lá no meio da aldeia.* (Xavante, diretor da escola).

Em patente contraste e desacordo com as formulações xavante, os profissionais não indígenas, os mesmo que em outras ocasiões

pareciam reconhecer a centralidade da carne para seu sistema alimentar, frequentemente descreviam o acontecimento como um “absurdo”, um “desperdício de comida”. Passando ao largo de qualquer consideração de ordem sociocultural ou soberania alimentar xavánte, criticavam o que caracterizavam como um “não entendimento” dos Xavánte diante da suposta importância “nutricional” do item. Afinal, como a carne, a soja seria também “proteína”:

Na época que compramos a carne de soja, a nutricionista que tinha aqui foi junto para ensinar o preparo, mas mesmo assim não foi aceito. A soja é uma opção para suprir as proteínas que as crianças precisam. Era isso que a nutricionista tentava ensinar para eles, mas não teve jeito... Eles avisaram que iam jogar fora... Nós tentamos por um tempo, mas não deu. Na São Pedro mesmo, que eles entendem mais, por causa do trabalho que as missionárias fazem, eles rejeitaram muito... Fizeram até uma fogueira lá, com plástico e tudo... Imagina só! (Não indígena, profissional da SME).

Se de um lado o evento da queima da soja constitui um caso emblemático para representar a inadequação da alimentação escolar sob a ótica dos Xavánte, por outro lado caracteriza um dos desafios encontrados pelos profissionais que atuam na gestão do Programa naquele contexto. Para a gestão, o alcance das recomendações nutricionais propostas pelo PNAE materializava-se em problema diante da estrutura local disponível, como a falta de eletricidade e equipamentos para armazenar gêneros alimentícios perecíveis. A tentativa de introduzir a proteína de soja apresentava-se como uma possibilidade resolutiva de parte do problema. Fundamentalmente de ordem “logística” e “nutricional”, a justificativa para sua adoção não parecia evocar ou sequer tangenciar qualquer reflexão acerca da diretriz da PNAE com relação ao respeito aos hábitos alimentares locais.

O Conselho de Alimentação Escolar (CAE)

De acordo com a legislação federal, os CAEs são órgãos de caráter fiscalizador, permanente, deliberativo e de assessoramento. Eles devem ser constituídos, em cada instância, por um representante indicado pelo Poder Executivo; dois representantes das entidades de trabalhadores da educação e de discentes; dois representantes de pais e alunos e dois representantes indicados por entidades civis organizadas

(BRASIL, 2009a). A não constituição do CAE apresenta-se inclusive como justificativa para a suspensão do repasse de verbas do FDNE para os estados, o Distrito Federal ou para os municípios.

No entanto, a atuação do CAE do município apresentava grandes limitações, as quais ficaram mais visíveis pelo fato de os interlocutores indígenas da aldeia São Pedro desconhecerem as atividades do Conselho. O CAE não alcançava a comunidade para fazer seu papel de facilitador – enquanto espaço de debates, de troca de informações, de fortalecimento da participação da comunidade. Na composição atual do CAE, existia apenas um representante indígena que, assim como os demais conselheiros, estava envolvido em outras tantas atividades, o que parecia limitar as reuniões com diretores e representantes das escolas indígenas. Além disso, à época da realização da pesquisa, as atividades do CAE estavam temporariamente suspensas, segundo os informantes, porque a prefeitura estava sob auditoria fiscal.

O diretor da Escola São Pedro mostrou-se surpreso quando perguntado sobre o trabalho do CAE, dizendo desconhecer o trabalho da atividade do Conselho: *“Não conheço esse Conselho (CAE). Quero saber, conhecer, mas nunca ouvi falar. Eu quero falar da comida também, mas ninguém convida, não sei como estão pensando as coisas, nunca perguntam nada”* (Xavante, diretor da escola).

O representante xavante no CAE referia a dificuldade de conhecer e representar os interesses das comunidades atendidas pelo PNAE. Eram 51 escolas municipais indígenas, nas quais a modalidade de ensino variava da pré-escola até o ensino fundamental, com um total de 1.320 alunos matriculados. Existiam ainda escolas estaduais na TI, estando vinculadas ao estado do Mato Grosso. O representante indígena do CAE descrevia a sua atuação e assumia a dificuldade de aproximação e vínculo com todas as escolas das aldeias:

*Eu não gosto de dar a minha opinião individual... Eu gosto de ouvir a ponta e trazer a opinião construtiva para o Conselho. Tanto os pontos positivos quanto os negativos também. Tudo para construir e melhorar. Sempre quero ouvir se estão aceitando a merenda... O que estão achando sobre tudo, **mas também tenho dificuldade de reunir com todo mundo e de fazer visita.** (Xavante, representante indígena no CAE municipal, grifo nosso).*

Ao mesmo tempo, há que se assinalar que o modelo de participação no CAE, baseado na representação das comunidades por indivíduos escolhidos, compondo os conselhos, tem pouca ou nenhuma

correspondência com a organização política e o conhecido faccionalismo xavante.² Não se trata aqui, assinala-se, de a organização política xavante resultar em problemas para a atuação do CAE, mas do inverso, isto é, de uma estrutura proposta de controle social não se adequar e, em última instância, ignorar as formas nativas de organização.

***“Muito além do nutricional”*: a partilha da alimentação escolar e os modos de comer das crianças na escola**

Não apenas a seleção de itens para a alimentação escolar representaria inadequações, sob a perspectiva dos Xavante, mas também as formas de comensalidade e critérios de partilha de alimentos. Ou seja, não se tratava apenas de “o que” comer, mas também de “como” e, sobretudo, “com quem” comer. Nos primeiros dias do trabalho de campo, a alimentação escolar era, no máximo, partilhada com os funcionários e oferecida à etnógrafa. Apenas no decorrer dos dias passou a ser visível que alguns idosos iam até a escola com vasilhas para recolher comida. Logo que os idosos chegavam, prontamente os mais novos cediam sua vez na fila e a merendeira os servia, sem nenhuma hesitação.

Entre os alunos, no momento das refeições, era possível perceber duas outras situações, de certo modo surpreendentes, que demonstravam também o papel fundamental da partilha de alimentos para os Xavante: alguns levavam comida para suas casas no momento em que era servida e outros buscavam a comida quando não estavam em seu turno de aula. A prática da partilha de alimentos era amplamente valorizada entre os Xavante, e isso claramente estendia-se ao ambiente escolar.

No entanto, parecia haver certo receio, por parte dos Xavante, em tratar dessa questão, principalmente nos primeiros dias de pesquisa. Aos poucos ficou claro que o receio se baseava na clareza que possuíam acerca do olhar negativo de não indígenas com relação à partilha da alimentação escolar com outros membros da comunidade. Para a gestão local do PNAE, uma das grandes preocupações com a prática era a possibilidade de os alimentos não chegarem aos escolares, público-alvo do Programa.

A prática nativa era entendida, assim, como um obstáculo para a gestão do PNAE, na medida em que se tratava de gêneros e recursos

² Sobre o faccionalismo xavante, ver Maybury-Lewis (1984), Silva (1986), Delgado (2008).

obviamente limitados e que não poderiam ou deveriam ser estendidos a toda a comunidade. Entretanto, essas comunicações e intersecções entre o espaço doméstico e aquele escolar, se indesejáveis pela SME, afirmavam-se como irremediáveis para os indígenas. Nesse sentido, apresentava-se à gestão uma espécie de dilema, em que o cumprimento de um de seus objetivos – o fornecimento de alimentação ao público escolar – poderia ser inviabilizado justamente pelo cumprimento de outra das diretrizes do PNAE – o respeito às especificidades socioculturais locais. Trata-se aqui de um dilema enfrentado também em outros contextos indígenas (TRUJILLO BANIWA, 2012).

No caso xavante, assim como acontece entre outros coletivos indígenas, vale reafirmar que a prática da partilha de alimentação escolar se dava entre eles próprios, de forma comunitária e cotidiana, e não do “favorecimento” de indivíduos específicos, em detrimento dos estudantes. Dentro dessa lógica relativamente coletiva e que abarca o espaço escolar, o consumo de alimentos da escola por membros da comunidade que não a frequentavam, embora inadequado do ponto de vista de formuladores e executores do Programa, deve ser entendido a partir da ótica xavante. O mesmo se aplica a uma esperada circulação dos alimentos destinados à comunidade, notando que o estudo demonstra que ela inclui e acontece também através da escola.

A importância tanto da partilha de alimentos quanto da comensalidade para os Xavante já foi discutida por etnógrafos como Maybury-Lewis (1984). Conforme a sua descrição, ainda que a partilha obedeça a determinados critérios, não sendo exatamente generalizada, ela pode envolver diversos segmentos sociais, como companheiros de clãs, de facção ou mesmo parentes de diferentes clãs. Todos eles podem, e geralmente têm, alguma modalidade de “direito” aos alimentos uns dos outros (MAYBURY-LEWIS, 1984, p. 241).

Giaccaria e Heide (1972) destacaram, igualmente, a importância da reciprocidade nas relações sociais entre grupos e domicílios xavante, que estimula e praticamente obriga a circulação de diversos tipos de “bens” pela coletividade. Comportamentos como “comer sozinho” ou não ser “mutuamente generoso” (MAYBURY-LEWIS, 1984, p. 150) podem representar uma grave violação dos ideais de sociabilidade nativos, acirrando conflitos potenciais entre diferentes segmentos sociais. Ao chegarem à aldeia, independentemente de serem provenientes de dons “privados” realizados a “pessoas” ou por parte de instituições, seguindo a etiqueta social recomendada, os alimentos acabavam por circular por diferentes domicílios e grupos de parentes.

Neste ponto cabe, mais uma vez, uma reflexão sobre a capacidade e os desafios do PNAE em lidar com as especificidades socioculturais de povos indígenas. Eles não se limitam, simplesmente, a uma escolha adequada de itens particulares do repertório alimentar xavánte, mas também deveriam contemplar as concepções, práticas e etiquetas sociais em torno da partilha e comensalidade, indissociáveis do domínio propriamente alimentar.

Este ponto específico, efetivamente, tem sido considerado pela SME como um imenso obstáculo ao planejamento dos recursos necessários às unidades escolares indígenas, realizado de acordo com o número de estudantes. O profissional responsável pela entrega dos alimentos nas escolas da TI explicava o caso, destacando a preocupação com as crianças:

Na maioria das aldeias, a merenda não fica na escola, eles levam pra casa. Isso é deles e não tem jeito, tem pouca aldeia, umas cinco ou seis, que guarda e faz a merenda na escola. Nas outras, vão pra casa, alguns dizem que distribuem só entre famílias de alunos, mas a maioria distribui com toda a aldeia mesmo... E aí o aluno nem come da comida que vai. (Não indígena, profissional da SME, grifo nosso).

A não aceitação do exercício das práticas nativas no espaço escolar por parte dos não indígenas foi também observada por Alvares (1999) entre os Maxakali de Minas Gerais. Em determinada ocasião, os professores indígenas foram orientados a coibir que familiares dos alunos e demais membros da comunidade fossem para a escola comer e a observar que a comida seria destinada exclusivamente aos alunos matriculados, que deveriam comer sozinhos na escola. Alvares (1999) frisa que tal atitude ocasionou protestos entre os Maxakali, pois a partilha de alimentos era uma das regras básicas de sociabilidade para aquelas pessoas. Com o passar do tempo, a comunidade foi adaptando essa normativa aos moldes nativos:

Se a família não pode mais vir à escola para comer com os seus, o alimento vai às famílias, através das crianças, para que seja partilhado com os parentes. A partir de então, todas as crianças trazem consigo um saquinho plástico, onde colocam a merenda recebida, depois de comerem um pouco na escola, e a levam para casa no final da aula. (ALVARES, 1999, p. 3).

Para além da partilha da alimentação escolar, as “maneiras à mesa” no momento da refeição, no sentido analisado por Lévi-Strauss (2006), também ilustravam a relação contrastiva entre as práticas e formas de consumo xavánte e aquelas dos brancos. Não raro, elas são hierarquicamente concebidas, sendo as práticas xavánte não reconhecidas enquanto “modos de comer” legítimos e que, portanto, deveriam ser alvo de “aprendizagem”. Esses “modos”, além de alvo de critérios sociais formais – por mais que comer sentado ao chão, ou em bancos, com ou sem o uso de “talheres” ou outros objetos mediadores, possam sugerir aos não indígenas uma ausência de “modos” –, podem também variar de acordo com “aquilo” que se está consumindo ou mesmo com “quem” se está consumindo, se mulheres ou homens, adultos, velhos ou crianças. Utilizar o conceito de “maneiras à mesa”, como algo que é indissociavelmente parte de qualquer etnografia da alimentação, da cozinha ou culinária é, sobretudo, reconhecer um determinado universo de significação para então tratar do tema e da multiplicidade de aspectos a ele associados.

Havia uma preocupação por parte dos não indígenas atuantes na escola para que os alunos comessem no refeitório, local com três grandes mesas e bancos. Apesar das orientações dos funcionários não indígenas, gentis e cuidadosos, muitos alunos não entravam no refeitório; em lugar disso, sentavam-se no chão ao redor da escola e/ou no pátio da aldeia, comendo com seus pratos ao colo. Muitos dos que entravam no refeitório sentavam-se de costas para a mesa. Poucos, geralmente mais velhos, utilizavam a mesa como apoio para o prato.

É importante frisar que nos domicílios xavánte usualmente não havia mesas e as crianças menores, por vezes, sentavam-se ao chão, partilhando a comida com outras crianças, em um mesmo recipiente, sem o uso de talheres. Comer com o apoio da mesa e de talheres fazia, assim, parte de um conjunto de regras exógenas, que se procurava fomentar no dia a dia da escola. O descumprimento e a não adaptação a essas regras eram geralmente atribuídos aos “costumes de casa” e mesmo ao que não indígenas podem identificar como a “natureza” ou, paradoxalmente, a “cultura” atribuída aos indígenas, vista negativamente e devendo ser alvo de um processo necessário de “aprendizado”, com ditames “civilizatórios”. Esse processo é pensado, ainda, como uma das atribuições primordiais da escola e, não coincidentemente, acaba por ser associado também à “evangelização”:

[...] eles vão aprendendo com o tempo. Mas, por exemplo, aqui temos o refeitório da escola, né... Há pouco tempo não tinha as

mesas, só os bancos. E agora conseguimos as mesas, mas mesmo assim as crianças saem do refeitório para comer no chão, no pátio ou lá fora. A gente ensina, orienta mas ainda é difícil. Eles ainda estão aprendendo a sentar à mesa. [...] É, nas casas não têm esse costume, por isso as crianças trazem isso pra escola, o costume de casa. Mesma coisa o costume de comer com a mão, hoje alguns já acostumaram a comer com a colher... A escola tem essa função de ensinar... Mas, infelizmente, a cultura é mais forte que a evangelização. Eles já sabem que precisam aprender, mas são difíceis... É a natureza deles! (Não indígena, funcionária da escola, grifo nosso).

A alimentação na escola – um contexto de relações interétnicas

De acordo com a descrição etnográfica de seus diversos atributos, o contexto da alimentação escolar xavánte pode ser caracterizado como uma arena de relações interétnicas, marcadas por conflitos, desentendimentos e incompreensões de ambas as partes. Em meio aos atritos, as expectativas dos gestores não indígenas eram direcionadas a atender à demanda de entrega dos alimentos nas aldeias, visando evitar mais problemas com os Xavánte. O sentimento de “medo” em visitar as aldeias e/ou interagir com os Xavánte na cidade era citado e parecia interferir no trabalho realizado pela gestão. As diferenças entre os modos de vida nativo e não nativo eram descritas pelos profissionais da SME, mas em termos francamente negativos e etnocêntricos. O mesmo acontecia com as diferenças, enfim, com a “diversidade sociocultural” que, de acordo com a PNAE, deveria ser resguardada por esses Entes.

Entre os Xavánte, como é comum a outros povos indígenas brasileiros, tratar e respeitar o domínio alimentar incluirá lidar, também, com modos de vida não diretamente voltados à “produção” e “consumo”, e mesmo com formas próprias de educar suas crianças, de acordo com o que consideram ser adequado. Essas especificidades, entretanto, aparecem usualmente como obstáculo nas narrativas de não indígenas, algo a ser superado ou alvo de um “aprendizado”, do qual nem sempre são julgados capazes de assimilar:

[...] respeitar a cultura deles [dos Xavánte] é respeitar o jeito. Mas tem hora que sai do controle... tem Xavánte que é difícil! É o jeito deles, é difícil de lidar. Com aqueles menos estudados é pior. São de

falar alto e bater na mesa, querer mandar e reclamar de tudo. Daí fica difícil. Tem que colocar algumas regras porque se não nada dá certo [...] O problema deles é que pegam tudo de ruim dos hábitos dos brancos. Coisa boa não pega, que é plantar e cultivar... Parece que não entendem... preferem passar fome ou depender de cesta básica. (Não indígena, profissional da SME).

Em vários momentos, as condutas indígenas eram descritas como inadequadas, o que incluía aspectos tão diversos como o modo pelo qual os Xavante administravam seus bens, a forma como cuidavam da higiene pessoal e da educação dos filhos e, ainda, o que comiam, como e o quanto comiam. O fato de as crianças Xavante comerem sozinhas (sem o auxílio de adultos), brincarem com objetos cortantes e “viverem soltas”, por exemplo, era descrito como evidências do grau de “descuido” por parte dos adultos. Na medida em que os Xavante agiam e pensavam com uma lógica diferente daquela considerada como correta ou aceitável pelos não indígenas, prevaleciam os julgamentos de ordem moral que, mesmo implicitamente, suscitavam posturas etnocêntricas. Essas posturas acabavam por ter expressão na qualidade e nas modalidades de consumo direta e indiretamente relacionadas à alimentação escolar, como na atitude reprobatória a suas “maneiras à mesa” ou formas usuais de partilha e comensalidade.

Assim, a ideia de que “*a escola tem essa função de ensinar*”, não se limitava aos ensinamentos curriculares de sala de aula, sendo indissociável tanto das avaliações negativas dos valores nativos como dos esforços empreendidos para modificá-los através da formação escolar, numa proposta que assume ares civilizatórios. Portanto, o reconhecimento das diferenças socioculturais resulta em esforços direcionados a adaptar os comportamentos nativos, em última instância, aos moldes ocidentais e, na medida em que aplicados princípios de ordem “nutricional” à alimentação escolar, como no caso da malsucedida tentativa de introdução à proteína de soja, aos moldes biomédicos.

No âmbito do PNAE, essa proposta de “adequação” ia além da dieta *stricto sensu*, estendendo-se aos modos de comer dos escolares. Tal postura contempla os objetivos do PNAE de intervir na formação de hábitos alimentares dos escolares, estipulando o que seria considerado “saudável” para o desenvolvimento deles, como visto nas referências de bases estritamente biomédicas encontradas na Portaria Interministerial nº 1.010, que institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável (BRASIL, 2006).

Portanto, quando as ações, mesmo que sutis, tentam moldar o comportamento, indicam que o reconhecimento formal da diferença não tem se traduzido em efetivo respeito à diversidade cultural. No cotidiano da escola, para citar o exemplo da prática da partilha de alimentos, havia o controle por meio de um estoque chaveado, que ficava sob a responsabilidade da coordenadora não indígena. Tal ação era justificada pela necessidade de restringir o acesso à comida aos alunos matriculados na escola, de modo a garantir que os recursos chegassem ao seu público-alvo:

[...] tem que administrar tudo, controlar mesmo, porque eles são difíceis... Aqui [na Escola da São Pedro] já vêm controlando estoque há tempos. Só assim para controlar e garantir que não vai sumir tudo... Nós tentamos ensinar que essa comida é da criança. (Não indígena, funcionária da escola).

Os discursos de não indígenas sobre os Xavánte muitas vezes assumiam, assim, cunho moral, extrapolando a visão negativa da partilha de alimentos na escola para outros domínios e aspectos da vida xavánte, para além daquele propriamente escolar. As práticas nativas eram, assim, avaliadas a partir da ótica ocidental. Não havia o reconhecimento da legitimidade dos modelos de organização e sociabilidade nativos, baseados fundamentalmente na circulação antes que na acumulação privada, seja de capital, seja de outros tipos de bens, onde podemos incluir os recursos ditos “alimentares”, ou seja, a comida (MAYBURY-LEWIS, 1984).

Nos discursos dos funcionários da SME, apenas a administração realizada por não indígenas seria capaz de garantir a comida para os matriculados na escola. A avaliação, de cunho evidentemente moral, julgava os Xavánte como incapazes de administrar seus bens, ou de, em termos mais amplos, tomarem decisões coerentes, como observado no discurso de uma funcionária não indígena:

Eles não têm o costume de armazenar, de guardar, nem comida e nem dinheiro. Gastam tudo quando recebem, ou têm que dar para os parentes também... Daí acaba logo. Quando um recebe ou compra comida, todos já sabem e vão visitar, tem que dar um pouco... É assim que eles fazem com tudo [...]. A cabeça deles [dos Xavánte] funciona assim: os velhos decidem e interferem no trabalho aqui da escola. A gente [coordenação] se organiza, planeja as atividades... Mas as discussões daqui são levadas para

os demais e os velhos falam, os professores voltam e aí muda tudo. Eles são assim, de uma hora para outra mudam de opinião. (Não indígena, funcionária da escola).

É difícil precisar em que medida esse tipo de avaliação se traduzia em um acesso restrito a cargos de maior responsabilidade no âmbito escolar: os Xavánte ocupavam, à época, as posições de direção da escola, professores e cozinheira, mas a coordenação da educação indígena no município ficava a cargo de um profissional não indígena.

Conclusões

Apesar dos avanços quanto ao reconhecimento da diversidade cultural da população brasileira no âmbito do PNAE, a proposta ainda apresenta lacunas importantes, que exigem maior debate acerca de seu alcance e de seus desdobramentos teóricos e práticos. É marcante a enorme distância entre o planejamento e a execução das políticas públicas em alimentação e nutrição, quando estão em questão povos indígenas. A proposta oficial, ainda que inovadora, não inclui a instrumentalização dos gestores e demais profissionais envolvidos para a sua operacionalização em nível local. Relações interétnicas regionais progressivas, quase sempre contrastivas e desiguais, acabam por prevalecer nesse vácuo de atuação do Estado.

O caso xavánte revela, além disso, grandes limitações de ordem logística e estrutural. Os problemas enfrentados pela gestão municipal não comprometem apenas as diretrizes oficiais relacionadas ao respeito à cultura alimentar xavánte, mas também aquelas de caráter nutricional, relacionadas à variedade alimentar, à composição das refeições e ainda às disposições em direção à compra e aproveitamento de alimentos provenientes da produção local.

Especialmente surpreendente e preocupante, no contexto de Parabubure, é que a compreensão e o atendimento das especificidades xavánte não se apresentavam como uma questão ou preocupação para os interlocutores não indígenas, tanto em suas falas como em seu cotidiano de trabalho. Em lugar disso, os modos xavánte de se alimentar, enfim, de viver e se relacionar coletivamente, eram frequentemente vistos como problemas de difícil superação, e que em última instância constituíam obstáculos para o funcionamento do programa em nível local. Os esforços empreendidos em direção a uma

“reformulação” das práticas nativas eram ancorados em uma postura que pode ser descrita como parte de uma pedagogia etnocêntrica, na medida em que guiada por valores alheios aos nativos e que lhes devem ser, por essa via, “ensinados”.

A alimentação escolar indígena aparece, assim, como campo produtivo para a observação das relações do Estado brasileiro com a alteridade. Conforme acontece a outras políticas públicas devotadas a povos indígenas, como aquelas relacionadas à saúde desses segmentos, e seguindo as reflexões de Leite (2011), nesse vácuo acaba por subsistir a importância das relações interétnicas. Nessa arena, a diferença é considerada em termos essencialmente negativos, contrariando as disposições formalmente previstas na formulação daquelas políticas. No contexto xavante, o que se observa são relações muitas vezes marcadas pela hostilidade, hierárquicas e com objetivo civilizatório.

Para além disso, mesmo os recursos materiais destinados às escolas indígenas sequer atendem aos princípios nutricionais previstos na legislação, nisso revelando-se, igualmente, inadequados. Nem bem há o respeito à sociodiversidade, nem bem o cumprimento de diretrizes biomédicas e/ou nutricionais.

A etnografia demonstrou, ainda, ser inadequada a adoção de uma categorização ortodoxa dos alimentos entre aqueles que possam ser considerados “indígenas” ou “não indígenas”, “tradicionais” ou “não tradicionais”. Uma tal classificação é insuficiente para a compreensão dos sistemas alimentares nativos contemporâneos e suas transformações, não correspondendo ao caráter reconhecidamente dinâmico das práticas alimentares e dos princípios e valores que as permeiam, conforme anteriormente registrado por Leite (2007), com base no caso dos índios Wari, da Amazônia brasileira. Não cabe, portanto, limitar a proposta de atendimento às especificidades socioculturais nativas à inclusão de itens usualmente vistos, no senso comum, como “indígenas” ou “tradicionais”. O olhar direcionado à alimentação escolar indígena deve ser ainda mais amplo. Conforme demonstrado, ela necessariamente vai envolver aspectos outros, como maneiras de comer e interagir recomendáveis pela etiqueta social que devem acontecer não apenas no espaço escolar, mas também em outros espaços e domínios da sociabilidade aldeã.

Quanto ao controle social, a despeito das dificuldades e das dinâmicas próprias que possam caracterizar a representação indígena junto às instâncias cabíveis, ele deve efetivamente constituir uma das metas prioritárias do Programa. O que a alimentação escolar xavante vem a ser, na prática, seus modos de formulação e mecanismos de decisão, em

muito têm se distanciado desse mecanismo, praticamente inexistente, no caso aqui abordado. Não há diálogo, apenas o “aprendizado” em um sentido único e indiscutível.

É possível dizer que, se entendida a cultura em seu caráter dinâmico, e ainda diante da imensa sociodiversidade indígena no país, a proposta de respeito à diversidade cultural e a efetividade das diretrizes do PNAE não poderá ser realizada por meio de protocolos rígidos e com validade universal, ainda que sejam pensados para atender especificamente ao segmento indígena da população ou a qualquer outro. As estratégias devem ser, ao menos em parte, construídas localmente, com a participação efetiva não apenas da comunidade escolar, mas da coletividade como um todo, segundo seus próprios protocolos políticos de discussão e tomadas de decisão. É indispensável, igualmente, o fortalecimento da participação de setores da sociedade civil em espaços que também debatam o tema para além da esfera local, possibilitando que se estabeleça o diálogo entre esses diferentes “modos de ser”, de modo que sejam repensados os pressupostos que possam fundamentar as ações de intervenção.

Por fim, considerando-se ainda que a proposta de respeito à cultura no âmbito do PNAE não se limita às minorias étnicas, é urgente a ampliação do debate acerca da alimentação escolar em nível local, observando-se de que modo essas especificidades socioculturais estão sendo contempladas localmente, tratem-se de contextos indígenas ou não.

Referências

ALVARES, M. M. A educação indígena na escola e a domesticação indígena da escola. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, Belém, v. 15, p. 54-83, 1999.

BRASIL. *Decreto nº 306, de 29 de outubro de 1991*. Homologa a demarcação administrativa da área indígena Parabubure, no estado do Mato Grosso. Brasília: Ministério da Justiça, 1991.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. *Resolução nº 45, de 31 de outubro de 2003*. Estabelecer critérios para o repasse de recursos financeiros, à conta do PNAE, para o atendimento dos alunos da educação infantil e ensino fundamental matriculados em escolas de educação indígena. Brasília: Ministério da Educação, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006*. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas

Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. *Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009*. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2009a.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. *Resolução nº 38, de 16 de julho de 2009*. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar. Brasília: Ministério da Educação, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, 2008-2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BURLANDY, L. A atuação da sociedade civil na construção do campo da alimentação e nutrição no Brasil: elementos para reflexão. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 851-860, 2011.

CASTRO, E. V. de. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 115-143, 1996.

DELGADO, P. S. *Entre a estrutura e a performance: ritual de iniciação e faccionalismo entre os Xavante da Terra Indígena São Marcos*. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

GIACCARIA, B.; HEIDE, A. *Xavante: povo autêntico*. São Paulo: Salesiana Dom Bosco, 1972.

GIORDANI, R. C. F.; GIL, L. P.; AUZANI, S. C. S. Políticas públicas em contextos escolares indígenas: repensando a alimentação escolar. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 25-51, 2010.

GUGELMIN, S. A. Ações de alimentação e nutrição para povos indígenas. In: BRASIL. *Textos de opinião: temas estratégicos para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)*. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH). Ministério da saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 312-322, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012.

ISA. Instituto Socioambiental. *De olho nas terras indígenas*. Disponível em: <<http://ti.socioambiental.org/#!/terras-indigenas/pesquisa/povo/316>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

LANGDON, E. J. *Siona medical system: beliefs and behavior*. 1974. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Tulane University, New Orleans, 1974.

_____. *Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 7-12, 2007. Editorial Especial.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LEÃO, M. M.; CASTRO, I. R. R. Políticas públicas de alimentação e nutrição. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.). *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, 2007.

LEITE, M. S. *Iri' Wari', Iri' Karawa: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

_____. *Transformação e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. Especificidades socioculturais e políticas públicas em alimentação e nutrição. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 21., 2010. Joinville. *Anais...* Joinville: ACAN, 2010. Palestra.

_____. Quando quem cuida é o inimigo: os Wari' e os “brancos” no contexto da atenção à saúde indígena na Amazônia ocidental. In: REUNIÃO EQUATORIAL DE ANTROPOLOGIA, 3., 2011. Boa Vista. *Anais...* Brasília: ABA, 2011.

_____. Especificidades socioculturais e políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil: os povos indígenas e o Programa Nacional de Alimentação Escolar. In: CONGRESSO MUNDIAL DE NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA, 2012. Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2012a.

_____. Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-Secadi/UNICEF, 2012b.

LEITE, M. S.; ATHILA, A. R. Diálogos assimétricos: alimentação e nutrição no contexto da atenção diferenciada à saúde indígena. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 9., 2009. Recife. *Anais...* Brasília: OPAS, 2009.

_____. De humanidade e identidades, cosmologias e abominações: o consumo de insetos na alimentação entre os Wari' do sudoeste amazônico. In:

REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 27., Belém. *Anais...* Brasília: ABA, 2010.

LEITE, M. S.; DIEHL, E. E. Negação da diferença, assimetrias e *performances* culturais: os Kaingáng e a Atenção à Saúde Indígena no oeste catarinense. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 28., São Paulo. *Anais...* 2012. São Paulo: ABA, 2012. Livro de Resumos. 1 CD.

LEITE, M. S.; GUGELMIN, S. A.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, 2003.

LEITE, M. S.; LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Posições hierárquicas: os discursos biomédico e Kaingáng sobre alimentação no oeste catarinense. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 9., 2011. Curitiba. *Anais...* Curitiba: UFPR, 2011.

LEITE, M. S.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; GUGELMIN, S. A. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.). *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, 2007.

LÉVI-STRAUSS, C. *A origem dos modos à mesa*. São Paulo: Cosac Naify, 2006. (Mitológicas v. 3).

SILVA, A. L. da. *Nomes e amigos: da prática xavante a uma reflexão sobre os Jê*. São Paulo: FFLCH/USP, 1986.

MALUF, S. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-67.

MAYBURY-LEWIS, D. *A sociedade xavante*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984.

OLIVEIRA, P. H. A. *Comida forte e comida fraca: alimentação e fabricação dos corpos entre os Kaingáng da Terra Indígena Xapécó (Santa Catarina, Brasil)*. 2009. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

OLIVEIRA, R. C. de. *O trabalho do antropólogo*. São Paulo: Editora da Unesp, 1998.

OVERING, J. 'Orientation for paper topics' and 'comments': symposium "Social Time and Social Space in Lowland South American Societies". In: CONGRESO INTERNACIONAL DE LOS AMERICANISTAS, 42., Paris. *Anais...* Paris: Pan American Institute of Geography and History, 1977.

SEEGER, A.; DAMATTA, R.; CASTRO, E. V. de. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 2-19, 1979.

SIASI. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. Ministério da Saúde. *Relatório por distrito de população indígena total, cadastrada no SIASI*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40848>. Acesso em: 16 ago. 2012.

STEFANINI, M. L. R. *Merenda escolar: história, evolução e contribuição no atendimento das necessidades nutricionais da criança*. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

TRUJILLO BANIWA, T. Saúde e alimentação em áreas rurais e urbanas: um testemunho indígena. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 184-205.

VALENTE, F.; BURITY, V.; FRANCESCHINI, T.; CARVALHO, M. F. *Formação em direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), 2007.

VERONA, L. D. P. *Comida a'uwe, comida waradzu e ressignificação: o sistema dos Xavante da aldeia Nossa Senhora de Guadalupe, Mato Grosso*. 2009. Dissertação (Mestrado em Alimentação e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VIEIRA FILHO, J. P. B. Polineuropatia nutricional entre índios Xavantes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 43, n. 1, p. 82-88, 1997.

WELCH, J. R.; SANTOS, R. V.; FLOWERS, N. M.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *Na primeira margem do rio: território e ecologia do povo xavante de Wedezé*. Rio de Janeiro: Museu do Índio, 2014.

O “*perro del hortelano*” e os impactos de uma metáfora política em territórios indígenas

Evelyn Schuler Zea

Cada eleição política no Peru geralmente é impregnada por uma ou várias metáforas que buscam sintetizar ou capturar as figuras e dinâmicas do poder. Assim, por exemplo, o imprevisível Fujimori foi visto em seu momento como um *tsunami* iminente, a puxada repentina de Alejandro Toledo foi identificada com um *huayco* ou avalanche andina e Alan García foi comparado em sua inconstância com a corrente do *Niño*. Essas imagens irradiam sinais múltiplos, entre elas, por exemplo, a percepção da política como um campo não tanto de deliberação, mas antes liberado ao domínio de forças quase naturais, ou seja uma visão catastrofista da política que num país com vasta experiência em terremotos e outros desastres pode resultar eventualmente significativa.

Apesar de seu alcance, essas sugestões ficam, no entanto, rapidamente negligenciadas ou desativadas por efeito dos filtros pelos quais geralmente as metáforas políticas são acolhidas. De forma implícita, tudo se passa como se as metáforas fossem percebidas como simplesmente instrumentais, a serviço de mera transmissão ou, pelo contrário, para encobrir conteúdos que, de qualquer forma, elas não chegam a determinar.

Na contramão dessa percepção, o texto que segue se vale de uma circunstância particular para sondar o que agenciam as metáforas, sobretudo na esfera pública. Trata-se da formulação da metáfora do “*perro*

*del hortelano*¹ por parte do então presidente peruano Alan García, que desencadeou com a utilização dessa figura, embora involuntariamente, um debate cheio de implicações. O seguimento deste debate em torno a imagens *do poder* – onde o genitivo é tanto subjetivo como objetivo – visa falar dos efeitos que, através de uma série de mediações, chegam a atingir comunidades indígenas na região amazônica de Madre de Dios, na fronteira entre Peru e Brasil.²

Pelo lado teórico, este enfoque toma como referência algumas vertentes do campo da metaforologia, que põem ênfase na potência condutora das imagens, considerando inclusive que elas desafiam formas conceituais ou registros quantificados. A partir deste ponto de vista, metáforas não são meramente ornamentos, substituições ou complementos de conceitos, mas dão orientação aí onde estes últimos resultam excedidos. Elas não apenas viabilizam ou facilitam a circulação, mas são fatores constitutivos de práticas diversas e, entre elas, particularmente da intervenção política.³

O que estou propondo, por conseguinte, é prestar atenção a uma fórmula simbólica, um modo de expressão ou figura discursiva, algo tão leve como aparenta ser uma metáfora – a *do perro del hortelano*⁴ – que, no entanto, tem antecedentes e conseqüências muito concretas. Trata-se, no que segue, da genealogia e irradiação de uma figura amplamente gravitante no que diz respeito à política indígena no Peru e, ao que tudo indica, não apenas aí.⁵

¹ Artigo publicado no jornal *El Comercio*, 28 out. 2007, Lima, Peru.

² Este texto aborda um dos ângulos do projeto de pesquisa “Genealogia das relações políticas nos corredores entre as terras altas e baixas na região de Madre de Dios (fronteira Peru-Brasil)”, que contou com o apoio do IBP, pelo qual agradeço.

³ Mais ainda, a suposta sujeição das metáforas no discurso dá lugar a que elas escapem desse controle e, inclusive, o revertam. Cf. SCHEFFLER, 1988, em particular *the myth of ownership*.

⁴ A figura retórica do *perro del hortelano* é de antiga data e uso corrente no âmbito do espanhol. Circula nessa forma resumida e, apenas quando se quer ser enfático, é seguida pelo complemento: *que no come ni deja comer*. Vem do século de ouro espanhol e existe uma obra de teatro famosa com esse nome escrita por Lope de Vega. No Peru, no entanto, essa formulação de origem ibérica se cruza com as conotações detestáveis que frequentemente acompanham a figura do cachorro em sua transposição humana tanto na zona andina como em partes da Amazônia, onde os *allqorunas* (homens-cachorro) são precisamente os brancos, descendentes de espanhóis; de tal modo que, como fez notar o antropólogo Rodrigo Montoya, há um fator agravante ao usar essa figura canina em relação aos índios.

⁵ Essa opção por rastrear a genealogia de uma metáfora política, ou seja, por explorar sua procedência assim com suas eventuais variações, não obedece a nenhuma

O assédio às comunidades

Dado que as referências e os processos relativos ao problema da intervenção em terras indígenas variam de país para país – e até mesmo regionalmente –, convém uma aproximação preliminar ao contexto peruano.

Na atual constituição peruana, de 1993, *comunidade* é o termo genérico que designa o estatuto jurídico dos povos andinos e amazônicos. Durante muito tempo esse reconhecimento estava restrito a comunidades andinas e só recentemente, a menos de meio século, se estendeu para as comunidades amazônicas. Historicamente, tal denominação e configuração socioeconômica remonta aos tempos coloniais.⁶ Seu antecedente são as *reducciones* do virreynato, onde os espanhóis aglomeravam numa mesma localidade diferentes *ayllus* – formações tradicionais constituídas por laços de parentesco – para fins de doutrinação e de captação de impostos e mão de obra. Embora precários, esses limites territoriais que os espanhóis cederam às *reducciones* foram usados mais tarde pelas comunidades andinas para legitimar parte de suas reivindicações territoriais.⁷

A visibilidade política dos povos amazônicos é notoriamente tardia no Peru. Ainda durante o primeiro governo de Belaunde (1963-1968) prevalece uma ideologia segundo a qual a floresta amazônica peruana é vista como um território desabitado e com grandes recursos, cuja exploração é a meta de projetos de colonização conduzidos sob *slogans* como “*la conquista del Perú por los peruanos*” ou, mais cruamente, “*tierras sin hombres, para hombres sin tierra*”. Tais campanhas de colonização se materializaram particularmente no início da construção de vastas estradas vicinais como a “Marginal de la Selva”. Só em 1974, já no governo militar de Velasco, foi emitido o primeiro decreto de lei (DL 20.653) que trata especificamente

simplificação ou recorte unilateral do campo de forças concreto onde ela se movimenta, mas, pelo contrário, à percepção da grande complexidade de tal contexto e dos desafios que apresenta.

⁶ Inclusive um escritor estreitamente ligado ao mundo andino, como José María Arguedas, dedicou sua tese em Antropologia ao estudo de semelhanças entre as comunidades andinas e as de Castilla-León.

⁷ Vejo operar uma estratégia nativa que poderia chamar “tirar forças da fraqueza”, na medida em quem transforma inclusive as condições mais adversas em suporte de suas reivindicações.

dos povos amazônicos, dando-lhes o nome de “comunidades nativas”⁸

Embora atualmente as assim chamadas *comunidades nativas* (amazônicas) e *comunidades campesinas* (andinas) compartilham o rótulo de *comunidades*, a conformação delas é bastante diferente, mesmo sendo possível traçar algumas analogias entre elas.

De acordo com Chirif e García (2007, p. 159-167), as comunidades nativas (amazônicas) procedem do que eles considera como *reducciones modernas*: as esferas das missões, das escolas – principalmente do Summer Institute of Linguistics (SIL) e jesuítas – e das propriedades agrárias (com seus diversos contingentes de mão de obra indígena). Seja por separado, seja sobrepostas, esses focos induziram um processo de longa duração de concentração de povos amazônicos. A partir dessas aglomerações heterogêneas, foram realizadas ações de reconhecimento de comunidades e a titulação de territórios nos termos da Lei de comunidades de 1974 e de sua versão modificada em 1978 (DL 22.175). Por impulso e gestão de algumas ONGs e, sobretudo, de organizações indígenas como a Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), criada em 1980, conseguiu-se que as comunidades amazônicas recebessem títulos de propriedade para 9.750.526 hectares, aos quais se somam 2.799.901 hectares de reservas territoriais (CHIRIF; GARCÍA, 2007, p. 136). Na atualidade, no entanto, esses territórios estão enfrentando graves problemas decorrentes, por um lado, da falta de presença do Estado para fazer valer os seus direitos,⁹ expondo-os às incursões de mineração informal ou a exploração florestal por madeireiras e, por outro lado, a intervenção arbitrária do mesmo Estado, através de mudanças na normativa e das concessões que outorga sobre os recursos do subsolo desses territórios. Tal articulação das comunidades nativas com a engrenagem política é, evidentemente, crucial e uma indagação possível nela é a que foi entreaberta pela imagem do “*perro del hortelano*”.

Para pensar essa problemática regional, é preciso considerar o efeito de fatores conflitivos específicos. Assim, no cenário da região de Madre de Dios, na fronteira com o Acre, que aqui se toma como referência,

⁸ Apenas um decreto de alcances restritos, expedido em 1957, ocupava-se do que denominava “*tribus selvícolas*”.

⁹ A “*falta de presencia del gobierno para hacer cumplir la ley*” é uma reclamação persistente das comunidades em relação às Reservas Comunes no Peru e particularmente da RN Amarakaeri, em Madre de Dios (NEWING; WAHL, 2004).

convergem exasperadamente o explosivo problema da mineração informal e ilegal, que invadiu e invade territórios indígenas e zonas protegidas, provocando também uma intensa onda migratória das regiões vizinhas;¹⁰ o impacto da estrada transoceânica, que canaliza por sua vez uma multiplicidade de fatores tecnológicos e ecológicos; a concessão extensiva e sem consulta por parte do governo peruano de lotes petrolíferos sobrepostos a reservas e territórios indígenas; assim como a iminência de megaprojetos hidroeletéricos muito controvertidos que, assim como as redes rodoviárias e lotes petrolíferos, estão em grande medida a cargo de empresas brasileiras. Tudo isso sugere um panorama denso e exacerbado que, entre outros enfoques, considero que também pode ser analisado a partir do ângulo suplementar da colisão de discursos e do conflito de imagens ao mesmo tempo imersas e dinamizadoras dos referidos processos.

O capital e as “riquezas escondidas” da Amazônia

Em seu artigo *El Perro del Hortelano*,¹¹ Alan García afirma – em síntese – que grande parte dos males do Peru se explica pelo fato de ter “caído na ilusão de entregar pequenos lotes de terra para famílias pobres que não têm nenhum centavo para investir”,¹² e que, além disso, também não estão dispostas a vender suas propriedades modestas ao capital internacional. Elas são “*el perro del hortelano*”, o cão do jardineiro que não aproveita nem deixa aproveitar as riquezas escondidas em seu território. Recusam a quem? Em particular às grandes empresas, impedindo que os capitais e tecnologias destas cumpram suas funções aparentemente demiúrgicas, tornando produtivas terras comunais qualificadas de “ociosas”.

¹⁰ A mineração e as correntes migratórias que ativa dependem por sua vez de um indicador muito preciso como é o preço do ouro. Na década de 1970, o preço do ouro se quintuplicou e a migração chegou a umas 20 mil pessoas (MOORE apud ALVAREZ DE CASTILLO, 2012, p. 194). Outro preço recorde foi alcançado ao final da década de 2000, intensificando a migração que na atualidade corresponde a 40% do total de 112 mil habitantes de Madre de Dios.

¹¹ Este artigo foi seguido por outros dois: *Receta para acabar con el perro del hortelano* e *El perro del hortelano contra el pobre*, mas foi o primeiro que mostrava maiores pretensões programáticas.

¹² Trata-se aqui principalmente dos *comuneros*, tanto campesinos como amazônicos, já que no Peru, como se indicou acima, as *comunidades* conseguiram títulos de propriedade sobre seus territórios, embora com fortes restrições tais como as referentes aos recursos do subsolo e, inclusive, recursos florestais.

À margem de tudo o que há aí de questionável, me parece que não se pode negar a García o mérito de resumir abertamente o que muitos – antes e depois dele, dentro e fora do Peru – pensam intimamente sobre as medidas que supostamente demanda o desenvolvimento econômico. Nos artigos de García estão explícitas, quase até a obscenidade, várias destas disposições: parcelamento e venda de terras comunais, acesso não imediato, mas “progressivo” aos direitos trabalhistas, diminuição da tributação para quem investe e privatização de serviços e recursos básicos, entre várias outras medidas. Nessa síntese crua a partir do poder da visão dos “recursos” e das divisórias da pobreza e da riqueza, é onde me parece que radica sua particular significação para entender tanto uma forma de gestão pública como os eventuais modos de resistência a ela.

A figura do *perro del hortelano* na versão de García motivou no Peru diversos e numerosos, embora breves em sua maioria, comentários e interpretações. Políticos, acadêmicos, lideranças indígenas, ativistas e críticos de diferentes disciplinas se manifestaram e tomaram posição num debate sem precedentes, seja pretendendo descobrir a identidade do *hortelano*, seja convocando diferentes raças de cachorros e especulando em cada caso sobre suas motivações, ensaiando dessa forma variantes do que alguém batizou de “*perro politics*” ou política canina.¹³

A ramificação politicamente mais ressaltante do texto de García me parece, no entanto, encontrar-se nas iniciativas do economista Hernando de Soto. Já antes da publicação do *Perro del Hortelano*, era visível a complementaridade entre esses dois referentes da política peruana, mas isso se tornou ainda mais evidente quando De Soto tentou estender agressivamente seus projetos de formalização jurídica aos territórios dos povos amazônicos. De Soto é o líder e gestor de um programa internacional inicialmente desenvolvido no Instituto de Libertad y Democracia (ILD) de Lima e logo estendido a mais de 20 países, que consiste basicamente em instituir reformas legais que permitam uma maior inserção na economia de mercado, sobretudo através da titulação da propriedade. Os livros de De Soto de ampla circulação, como *El otro Sendero* y *El misterio del capital*, foram seguidos no ano 2009, numa variante algo surpreendente, por um vídeo do ILD intitulado “*The mystery of capital among the indigenous peoples of the Amazon*”. Nesse

¹³ Há inclusive um *site* exclusivamente destinado a este fim (disponível em: <www.delhortelanosuperperro.com>), que simula em sua denominação invertida a forma de falar que os *limeños* atribuem de modo estereotipado aos povos amazônicos. Aí foram reunidos mais de 120 artigos polêmicos.

vídeo programático, em troca da inclusão das comunidades amazônicas nos benefícios das garantias legais e opções que ofereceria o mercado, reclama-se de elas assumirem a *single law* e as condições da economia global e, conseqüentemente, o abandono dos títulos tradicionais da comunidade nativa, já que, segundo De Soto, estes não são mais que “pedaços de papel que não têm nenhuma função” e que “apenas valem dentro dos limites da comunidade” (DE SOTO, 2009). Essa visão foi minuciosamente criticada, entre outros, por aqueles que consideravam que apresentar esses títulos como desprezíveis era parte de uma ofensiva contra uma das defesas históricas da vida comunitária (MONTROYA, 2009). Por efeito dessas e de outras críticas, após um tempo de agitação, a campanha de De Soto ficou aparentemente congelada, mas nada descarta que volte a se ativar numa ocasião política mais vantajosa.¹⁴

Os outros, os pobres

Além dessas conexões mais ou menos explícitas, vemos mais de perto o que García chama de síndrome – ou conjunto de sintomas – do *perro del hortelano*, a fim de atender a suas articulações e justaposições formais, que numa metáfora usualmente são tudo ou quase tudo, toda vez que seu conteúdo depende estreitamente delas.

O artigo de García traz uma imagem do nativo, do *comunero*, inclusive do trabalhador, mas entendo que se refere – fazendo certamente uma colossal redução – a todos aqueles que ele considera como o *pobre*. Eis o seu interlocutor figurado. Enquanto que outras análises buscam fazer distinções e atender às especificidades da alteridade, vemos que o comum denominador dos outros a partir da ótica de García, ou seja, da perspectiva do poder, é a pobreza. O problema aí não é apenas que García obvia as circunstancias concretas de vida muito diversas, mas também que opera com uma concepção, que lhe serve de figura de fundo, segundo a qual a causa da pobreza radica nos pobres mesmos, que não sabem aproveitar seus recursos nem deixam que outros o façam por eles. É crucial que a partir desse enfoque se chegue inclusive a justificar a exploração da força de trabalho de um trabalhador em função de que ele, deixado a si mesmo, passaria a engrossar as filas dos – como diz García, numa formulação antológica – “trabalhadores que não existem”.

¹⁴ De Soto é, no Peru, um ator político próximo tanto a Alan García quanto à dinastia Fujimori.

Essa figura do *trabalho inexistente* pretende justificar a exploração e o lucro que o investidor faz da força do trabalho do trabalhador alegando que – para existir – o trabalhador supostamente precisa entrar na engrenagem do investidor.

A síndrome ou a sintomatologia de García mostra também que a pobreza é, nessa perspectiva, uma doença, uma patologia, inclusive uma de caráter singular, pois o responsável por ela é o mesmo paciente. No Peru, esse diagnóstico permite ao mesmo tempo reconhecer uma genealogia ou, ao menos, os traços de uma matriz de pensamento que tem ramificações em De Soto, mas também nos Vargas Llosa – Mario e seu filho Álvaro – e se remonta, entre outras fontes, a um ideólogo neoliberal como Jean François Revel. Entre todos eles tem circulado aquele tipo de argumentação que busca as causas do subdesenvolvimento, sobretudo nos seus mesmos efeitos.

A metáfora, usualmente, nos diz tanto sobre seus sujeitos quanto sobre seus pressupostos objetos. Nesse caso, mais que dos supostos *perros del hortelano*, nos provê de uma sintomatologia da ideologia de García e associados. Seu artigo é pródigo e transparente nesse sentido, e aqui farei apenas uma seleção de alguns trechos. Por exemplo, logo após pretender resumir a figura do *perro del hortelano* numa frase: “*Si no lo hago yo que no lo haga nadie*”, nos diz em seguida: “*El primer recurso es la Amazonía [peruana]. Tiene 63 millones de hectáreas y lluvia abundante [...]*” (GARCÍA PÉREZ, 2007).

No avesso dessas frases, como se fora a chave que as ordena, acho que é possível perceber o perfil furtivo do grande investidor guiado na versão de García por uma divisa complementar: “(se os pobres não podem) eu o faço porque eu posso fazer isso que eles não podem, eu o faço porque eu tenho o poder de fazê-lo e esta é a minha maior justificação” – concepção com a que ademais se corresponde estreitamente a percepção da natureza como uma pletora de recursos disponíveis para quem sabe ou pode usufruir deles. De tal maneira que a figura do *perro del hortelano* aparece como uma projeção invertida da vontade do poder, da lógica arbitrária do poder ou do poder pelo poder, justificado por ele mesmo. O que é ratificado um pouco mais adiante, quando García admite que as concessões apenas existem porque “*dependen de la voluntad del Gobierno y del funcionario que puede modificarlas*” (GARCÍA PÉREZ, 2007). Voltarei sobre esse ponto.

No Peru, a figura do *perro del hortelano* tem um parente metafórico pelo qual se entende melhor grande parte de sua ressonância.

Trata-se da imagem do *mendigo sentado en un banco de oro*.¹⁵ Ambas as figuras dialogam entre si, ainda que o motivo desse diálogo possa ser formulado de maneiras muito diferentes. Assim, tal como foi apontado em relação ao *perro del hortelano*, aparentemente também na imagem do *mendigo sentado num banco de ouro* age como subtexto ou figura latente a iminência de que essa riqueza seja expropriada por quem – e já sabemos quem – pode aproveitá-la ou aproveitar-se melhor dela.

Metáforas, no entanto, não se deixam reduzir univocamente, sempre dizem mais do que se pretende dizer com elas ou sempre admitem um rodeio suplementar. No caso, a figura do mendigo parece circular no Peru mais ou menos livremente, dando lugar, por exemplo, às expectativas de que o mendigo finalmente se levante ou disponha sua riqueza ou inclusive recupere o roubado. Mas, além disso, essa persistência da imagem parece também transportar e traduzir discretamente uma tenaz inquietação em torno do estatuto da propriedade no Peru, suas incongruências e intrínseca instabilidade. Segundo essa conjectura, postas em circulação, tais figuras estariam questionando a seu modo o regime de propriedade e nos estariam falando, através de múltiplos rodeios, sobre a *impropriedade da propriedade*. Se for assim, ainda quando essa perspectiva nos exceda, o discorrer dessas imagens estariam retomando as polêmicas da posse (territorial) em que Rolena Adorno (2007) viu o tema central dos umbrais da literatura ameríndia, aquele – entre outros – do Inca Garcilaso e Guamán Poma de Ayala.

Formulado em outras palavras, as metáforas tematizadas seriam ambas (embora cada uma a seu modo) imagens que mostram, na parte de seus efeitos fora de controle, a instabilidade e inconsistência do regime da propriedade vigente, retomando com isso uma inquietação de longa data e de respostas ainda pendentes.

Uma metáfora recalitrante: Os *no contactados*

Rastreando essas conjunções e disjunções num plano mais concreto, passo a duas configurações que me parecem dizer respeito, ainda que por motivos diferentes, à dinâmica do *perro del hortelano*.

A primeira é a figura jurídico-econômica da *concessão* que se tornou – ao menos no Peru – a chave guia da apropriação dos territórios

¹⁵ Esta frase é usualmente atribuída ao pesquisador italiano Antonio Raimondi, que visitou o Peru no século XIX, embora não seja certo que ele a pronunciou; no Equador, onde esta frase também circula fazendo referência a esse país, é atribuída a Humboldt.

amazônicos, em especial daqueles supostamente sob proteção, extrapolando dessa maneira os alcances do poder. A segunda é a figura dos *no contactados* que, pelo contrário, a partir de uma exterioridade irreduzível, recalcitrante, se mostra incompatível com essa dinâmica e, enquanto figura de exceção, demanda a abertura de novas opções.

A vigente Constituição Política do Peru estabelece no artigo 55 da seção relativa ao meio ambiente e aos recursos naturais, o seguinte:

Los recursos naturales, renovables y no renovables, son patrimonio de la Nación. El Estado es soberano en su aprovechamiento. Por ley orgánica se fijan las condiciones de su utilización y de su otorgamiento a particulares. La concesión otorga a su titular un derecho real, sujeto a dicha norma legal. (PERÚ, 2013).

Das perplexidades que provoca essa formulação legal derivam tanto a instituição da figura da concessão quanto sua impugnação. A norma abre a porta à adjudicação a particulares de um direito efetivo sobre os recursos naturais, mas isso compromete não apenas a soberania do Estado, que não admite outro poder por cima de si, mas também o patrimônio da Nação peruana, que justamente está constituído por esses recursos. Tais tensões motivaram diversas análises e mediações. De acordo com uma delas, a concessão receberia atribuições unicamente sobre “*los frutos y productos de los recursos naturales*”, mas não sobre estes mesmos. No entanto, que é o que distingue efetivamente essa fina linha: é que o Estado dispõe dos recursos unicamente enquanto eles não sejam usufruídos? De fato, os recursos rendem frutos apenas quando entram num processo produtivo que, de acordo com a regulamentação, bem poderia estar inteiramente nas mãos de terceiros. E, ainda mais, se os frutos são gerados unicamente na cadeia de exploração, como pode o Estado adjudicar produtos ainda não existentes? Tem-se sugerido, assim, que a concessão é uma espécie de propriedade transitória que reverte ao Estado enquanto se extingue, mas se o que se extingue é o produto, ou seja, o fruto do recurso, que é o que efetivamente recobra o Estado e, em geral, de que estão conformadas suas reservas naturais?

Dessa soma de contradições – várias delas formuladas e questionadas pelo antropólogo peruano Juan Alvarez em seu doutorado de 2012 – está feita a figura da *concessão* e, tendo isso em vista, se entende melhor a frase antes citada de García no sentido de que as concessões apenas existem porque “*dependen de la voluntad del Gobierno y del funcionario que puede modificarlas*”. Já que, a despeito de que essas

questões críticas fiquem abertas, o certo é que as concessões não apenas se instauram, mas também se expandem e são capazes de cobrir boa parte da Amazônia peruana e, inclusive, de sobrepor-se a territórios de reservas comunais previamente constituídas e assim terminar por desvirtuá-las (ALVAREZ, 2006).

O que soma um paradoxo mais, dado que a existência das concessões é, em princípio, puramente virtual; como assinala Alvarez de Castillo, a exploração dos recursos naturais é meramente a consumação de uma forma de propriedade preestabelecida que inclusive antes disso já é reconhecida como figura jurídica de total validade no mercado de títulos (ALVAREZ, 2012, p. 278). Com efeito, a concessão pode ser operada plenamente no sistema financeiro ainda antes de resolver suas inconsistências ou de confrontar-se com outras pretensões sobre o mesmo território. A eficácia dessa figura é o que o Hernando de Soto chama um *supertítulo*, que certamente desperta seu entusiasmo, vindo justamente aí o caminho a seguir:

Fijense como lo hacen las compañías que explotan recursos naturales en el Perú y otros países del tercer mundo. Primero obtienen una concesión, un título de propiedad privado sobre el territorio que quieren desarrollar. Luego fortalecen su derecho acogiéndose a las garantías otorgadas por tratados internacionales firmados en el Perú y el país donde ha sido constituida su empresa. Esto les da un supertítulo de propiedad porque el Perú se ha comprometido internacionalmente a permitirles elegir la modalidad de producción que más le conviene para hipotecar sus concesiones, remesar utilidades, y no les pueden cambiar la ley ni la tasa de los impuestos acordados. Con todas estas protecciones van a los mercados de capitales y convierten sus títulos peruanos en dinero para la inversión. (DE SOTO, 2009).

O balanço que Alvarez (2012, p. 284) faz desse modelo é bastante mais crítico, na medida em que aponta para o fato que “*la riqueza alcanzada con este régimen de propiedad es completamente privada, mientras que el costo de los daños que produce se hace pública*”. O que, por minha parte, gostaria de ressaltar é que o modelo da concessão se constitui – e atua – peculiarmente pela justaposição sobre outros territórios e direitos, de tal modo que, indiferentemente se o *perro del hortelano* continue latindo ou que o mendigo siga sentado sobre seu banco de ouro, o modelo consegue despojá-los de suas riquezas e impor suas condições e pretensões.

E é aqui que emerge outra figura diante da qual, por encontrar-se fora de seu alcance, García não consegue ocultar sua irritação, alegando que se trata de uma invenção puramente retórica. Escreve assim em seu artigo: “*Y contra el petróleo han creado [os antropólogos e, em geral, os supostos opositores do desenvolvimento do país] la figura del nativo selvático ‘no conectado’ [sic]; es decir, desconocido pero presumible, por lo que millones de hectáreas no deben ser exploradas*” (GARCÍA PÉREZ, 2007). Não podemos descartar que é contra essa imagem, precisamente, que García gera e lança o *perro del hortelano*, porque as diferenças efetivamente se radicalizam através dessas figuras.

Como fez notar o antropólogo Rodrigo Montoya (2009), a defesa explícita dos interesses dos índios não contatados (que constituem oito grupos no Peru) por parte das organizações indígenas constitui uma “lição de generosidade” e uma forma de pensar o futuro que está completamente ausente nas instâncias do Governo. Mais ainda, poderíamos dizer que esse gesto condensa uma forma de pensar os outros – mesmo quando estes optam em manter-se a distância – e revela uma abertura no modo de tratar as diferenças que permitem entrever o potencial de uma alternativa indígena no que diz respeito ao modo de conceber e praticar suas políticas. De tal modo que no destino dessas imagens irredutíveis, dessas figuras recalitrantes obstinadas de vida separada, é que também parece se jogar uma abertura em direção a outros desenvolvimentos possíveis.¹⁶ Para ser conduzidos, desta vez, já

¹⁶ A modo de anexo, gostaria de citar e comentar ainda umas declarações de García Pérez disponíveis em vídeo, no qual realiza um forte ataque ao que ele chama de “formas primitivas de religiosidade” e, especialmente, contra algumas formas de veneração dos antepassados. Essa crítica é formulada a partir dos interesses conjuntos da modernidade e, claro, das possibilidades de extração de recursos que, justamente, encontra obstáculos nos lugares destinados aos ancestrais. Diz no vídeo: *Derrotar as ideologias absurdas, panteístas, que creem que as paredes são deuses, e a luz é deus, e enfim, que voltam a essas formas primitivas de religiosidade, nas quais se diz “não toque nesse morro, porque ele é um Apo, e está cheio de espíritos milenares e não sei que coisas. Se chegamos a isso, então não fazemos nada, nem mineração, e “não toque nesses peixes, porque são criaturas de deus, e são a expressão de deus Poseidon [...]” Voltamos a este animismo primitivo. Eu penso que necessitamos mais educação. E isso é um trabalho de longo prazo, não se faz assim. Porque você pode ir a qualquer lugar onde a população, de boa-fé e de acordo com a sua educação, diz “não, não toque nesta zona, porque é um santuário”. E alguém poderia perguntar “santuário do que?”, não? Se é um santuário do meio ambiente, veja bem, “é um santuário porque aí estão as almas dos antepassados”, mas as almas dos antepassados estão no paraíso, seguramente, não estão aí! E então deixe os que agora vivem ou trabalham investir nesses morros! Então veja, é um longo trabalho, e que temos avançado não significa que todas as nossas formas um pouco antigas de pensamento foram superadas* (Disponível

não pela dinâmica avassaladora do poder, mas pela convicção de que em cada parte mora um novo ponto de partida.

Referências

- ADORNO, R. *The polemics of possession in Spanish American narrative*. New Haven: Yale University Press, 2007.
- ALVAREZ, A. *La propiedad compleja gobernanza de la tierra y conservación en la Amazonia: la reserva comunal Amarakaeri Madre de Dios, Perú*. 2012. Tese (Doutorado em Estudos do Desenvolvimento) – Universidade de Geneva, Geneva, 2012.
- ALVAREZ, A. Las políticas públicas del Territorio Amazónico de la Región del Cuzco: una aproximación para su estudio. *Estudios Amazónicos: minorías en la sociedad global*, Lima, n. 4, 2006.
- CHIRIF, A.; GARCÍA, P. *Marcando territorio progresos y limitaciones de la titulación de territorios indígenas en la Amazonía*. Copenhague: IWGIA, 2007.
- DE SOTO, H. *The mystery of capital: why capitalism triumphs in the West and fails everywhere else*. London: Black Swan, 2000.
- DE SOTO, H. *El misterio del capital de los indígenas amazónicos*. 2009. Concebido e escrito por Hernando de Soto. Dirigido por James Becket. Produzido por Bernardo Roca Rey e Hernando de Soto. Direção das pesquisas: Ana Lucia Camaiora. Editado e produzido pelo Instituto Libertad y Democracia, Lima (Peru). Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=zWhoLP2MDQY>>. Acesso em: 30 out. 2013.
- GARCÍA PÉREZ, A. El síndrome del perro del hortelano. *El Comercio*, Lima, 28 out. 2007. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/26539211/Alan-Garcia-Perez-y-el-perro-del-hortelano>>. Acesso em: 30 out. 2013.

em: <<https://www.youtube.com/watch?v=YLryNjy-ZUo>>. Acesso em: 31 out. 2013). Pouco tempo depois, no entanto, vemos o mesmo Alan García Pérez fazendo questão de instalar um Cristo monumental – parece que foi um presente da Odebrecht, de modo que aí se juntam outros cabos – no litoral de Lima. Isso não parece um gesto político em consonância com a aplanadora modernidade que ele mesmo defendia, ao menos que seja uma demonstração dos buracos e contaminações desse projeto, identificados, entre outros, por Latour. Poderíamos pensar que o Cristo de García Pérez, inscrevendo-se na mesma trajetória dos extirpadores de idolatrias da conquista, concorre com as *huacas* do litoral peruano... De qualquer maneira, vê-se que as *impurities*, os buracos por onde se filtram formas simbólicas, são parte constitutiva do discurso político, em que raramente contam apenas meras abstrações, mas também as metáforas e a eficácia destas não deve ser apenas levada secundariamente em consideração, pois tudo indica que é crucial concebê-las como operadores políticos plenos de implicâncias.

MONTOYA, R. "Con los rostros pintados": tercera rebelión amazónica. 2009. Disponível em: <<http://www.cetri.be/spip.php?article1305>, <http://alainet.org/active/32540&lang=es>>. Acesso em: 30 out. 2013.

NEWING, H.; WAHL, L. Benefiting local populations?: communal reserves in Peru. *Cultural Survival Quarterly*, 28, n. 1, p. 38-41, 2004.

PERÚ. *Constitución Política del Perú*. 1993. Disponível em: <<http://www4.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Constitu/Cons1993.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

SCHEFFLER, I. *Symbolic worlds*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

SCHEFFLER, I. Ten myths about metaphor. *The Journal of Aesthetic Education*, v. 22, n. 1, Spring 1988.

Migrantes indesejados? A imigração haitiana e os desafios à política migratória brasileira

Gláucia de Oliveira Assis
Sidney Antônio da Silva

O Brasil, que construiu ao longo do século XX uma autoimagem de país de imigração, vivencia, neste início de século XXI, um duplo movimento: desde os anos 1980 há um significativo movimento de brasileiros para o estrangeiro e um novo fluxo de coreanos, chineses, bolivianos e outros latinos para o Brasil. Tais fluxos se intensificaram a partir da nova posição do Brasil no cenário internacional, que, no momento em que a Europa e os Estados Unidos vivenciavam uma grave crise econômica, passava por um cenário de estabilidade econômica. Nesse contexto, o Brasil voltou a aparecer no cenário internacional como uma terra de oportunidades, atraindo imigrantes internacionais. São os novos migrantes internacionais *do e para* o Brasil (ASSIS; SASAKI, 2001).

Conforme observa Patarra (2012, p. 7):

O crescimento e a estabilidade econômica do Brasil têm atraído imigrantes de todo o mundo. Em 2011, o Ministério da Justiça registrou 1,466 milhão de estrangeiros regulares vivendo no país. Em 2010, eram 961 mil. Esse contexto demanda que órgãos governamentais e entidades que lidam com o tema trabalhem na elaboração e implementação de ações visando à proteção dos direitos fundamentais aos migrantes, com vistas à integração social.

Nesse cenário promissor, pelo menos do ponto de vista econômico, haitianos começaram a chegar nas fronteiras amazônicas no início de 2010, particularmente, nas cidades fronteiriças de Tabatinga (AM) e Brasiléia (AC), solicitando “refúgio” (SILVA, 2012, p. 302). Com a intensificação do fluxo, a presença deles naquelas fronteiras converteu-se em um “problema” humanitário e jurídico, que suscitou uma tomada de posição do governo brasileiro através de uma Resolução Normativa Específica do Conselho Nacional de Imigração (CNIg), que pela primeira vez, desde a Segunda Guerra Mundial, estabeleceu cotas para a entrada de uma nacionalidade no país. A publicação dessa Resolução Normativa¹ que institui o “visto humanitário” que regulamenta a entrada de haitianos no país tem levantado questões significativas sobre a política migratória brasileira.

Nessa perspectiva, este artigo pretende discutir em que medida essa Resolução evidencia as contradições da política migratória brasileira, que, por um lado, pede tratamento humanitário e reconhecimento de direitos dos emigrantes brasileiros no exterior, e que, por outro, num primeiro momento, restringe a entrada daqueles que fogem da crise e instabilidade, agravadas pelo terremoto de 2010 no Haiti, e que depois suspende tal restrição, porém, sem criar as condições para a entrada deles no Brasil, livres da mediação dos “coiotes”.² Se a seletividade tem sido uma marca da política migratória brasileira durante o século XX, deixando explícito no Estatuto do Estrangeiro de 1980 quem são os migrantes desejáveis, cabe perguntar, então, por que o Brasil oferece um tratamento diferenciado aos haitianos, já que outras nacionalidades também enfrentam situações de vulnerabilidade análogas à deles. Seria apenas por uma questão humanitária, ou tal medida estaria ocultando, na verdade, outras questões, nem sempre explicitadas pelo discurso oficial.

¹ Resolução Normativa nº 97, de 12 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a concessão de visto permanente previsto no artigo 16 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980 aos nacionais do Haiti.

² O termo “coiote” foi inicialmente empregado para se referir aos atravessadores que cobravam para fazer a travessia de imigrantes indocumentados na fronteira do México com os Estados Unidos. No caso dos haitianos, o termo tem sido empregado para se referir aos atravessadores que cobravam até quatro mil dólares para fazer a travessia que passa pela República Dominicana, Equador e Peru, cujas rotas podem ser definidas de acordo com os custos e interesses dos “coiotes” que atuam na região.

Breve histórico das políticas migratórias no Brasil – os migrantes “desejados” no final do século XIX e início do século XX

As levas de imigrantes que chegaram ao Brasil no final do século XIX trouxeram uma importante contribuição demográfica, econômica e cultural na formação da população brasileira. Esses fluxos migratórios de portugueses, espanhóis, italianos, alemães, sírio-libaneses, japoneses, entre outros fluxos, contaram com políticas migratórias que favoreceram sua chegada e estabelecimento no Brasil.

Segundo Seyferth (1996), a política imigratória nesse período representava uma estratégia que se iniciou no Império e permaneceu durante a Primeira República, principalmente após a abolição da escravatura, e que consistiu em articular a política imigratória com os interesses de povoamento e de fornecimento de mão de obra livre e branca numa tentativa de aproximar o Brasil dos padrões de eugenia europeus. Nessa mesma direção, Carlos Vainer (1995) destacou que as políticas migratórias que foram implementadas tanto durante o Império (1882-1899) quanto as que ocorrem logo após a proclamação da República (1899) priorizavam imigrantes europeus numa clara opção de empregar gente *branca, livre e industriosa* (grifo do autor).

Esse período de intensa migração, que poderemos situar entre 1870 e 1930, quando chegaram ao país cerca de cinco milhões de imigrantes, é chamado migração histórica e contou, conforme observam Póvoa Neto e Sprandel (2010), com apoio oficial de políticas de direcionamento de imigrantes para o mercado de trabalho e para áreas de colonização, no sentido de promover uma europeização do Brasil, que visava aproximar a população brasileira de padrões étnicos e culturais europeus entendidos naquela época como desejáveis para a constituição da população. Entretanto, já nesse período havia políticas seletivas para imigrantes, pois os japoneses só vieram para o Brasil em 1908, após amplo debate sobre as suas possibilidades de assimilação. Situação diferente foi a de negros americanos que tentaram vir para o Brasil emigrando a partir dos Estados Unidos e não conseguiram aportar no país.

As primeiras medidas restritivas à migração são publicadas a partir de 1930, num contexto da crise mundial de 1929 e da crise do café. Na Constituição de 1934 e na de 1937 foram estabelecidas cotas para imigrantes no país, o que fez reduzir a migração para o Brasil

(PATARRA, 2012; GERALDO, 2009).³ Por fim, durante a Segunda Guerra Mundial, são estabelecidas medidas restritivas para receber imigrantes, principalmente aqueles que fugiam das perseguições da guerra, e são estabelecidas cotas de imigração que reduzem significativamente a entrada de imigrantes no Brasil.

No pós-guerra diminuíram significativamente os fluxos de imigrantes para o Brasil. Nesse período, nas décadas de 1950 e 1960, cessaram as políticas dirigidas para atrair imigrantes e o Estado volta-se para atrair imigrantes qualificados e para setores específicos da economia (PÓVOA NETO; SPRANDEL, 2010). É também um período marcado por intensa migração interna. Durante o regime militar (1964-1984), conforme observaram Póvoa Neto e Sprandel (2010), as políticas de Estado não mais se direcionavam a atrair imigrantes como estratégia de desenvolvimento, pois a presença do estrangeiro passou a ser observada sob a ótica da segurança nacional. Assim, a política migratória desse período não apenas deixou de acolher migrantes econômicos, como também exilados e solicitantes de asilo que também fugiam de regimes autoritários.

Nos anos 1980, o país passou a vivenciar um quadro novo em seus movimentos de população, quando há um significativo fluxo de brasileiros para o exterior. Segundo dados do Ministério das Relações Exteriores, em 2013, estimava-se que houvesse em torno de 2.547.079 brasileiros no exterior (BRASIL, 2013). Tal fluxo iniciou-se direcionado principalmente para os Estados Unidos, Japão, Paraguai e Europa, mas desde meados da década de 1990, e principalmente após os atentados de 11 de setembro de 2001, tem se direcionado para a Europa. Esse movimento migratório colocou novas questões para as políticas migratórias brasileiras⁴ visando atender às demandas dos brasileiros que na segunda metade do século XX encontraram na migração internacional uma alternativa para seus projetos de mobilidade social (SALES, 1999).

³ Conforme observam Patarra (2012) e Geraldo (2009), a Constituição de 1934 estabelecia restrições à imigração, visando garantir a integração étnica e capacidade física e civil do imigrante. Foi fixada a cota de 2% de imigrantes de cada nacionalidade que haviam chegado nos últimos cinquenta anos ao país. Essas leis fizeram reduzir significativamente a imigração de japoneses, alemães e outros grupos imigrantes e se tornaram mais restritivas durante o Estado Novo. A Constituição de 1937 era mais restritiva ainda, pois limitava a entrada no país de certas raças ou origens, privilegiando abertamente a imigração europeia.

⁴ Ver em Reis (2011) uma análise das políticas migratórias para os brasileiros no exterior.

No mesmo período ocorre um fluxo de imigrantes para o Brasil – coreanos, chineses, bolivianos, libaneses, imigrantes latino-americanos chilenos, uruguaios, argentinos, colombianos e africanos, que aponta para um perfil sociocultural distinto das migrações que ocorreram no século XIX e início do século XX. A partir da crise econômica na Europa e da estabilidade econômica e política no Brasil, mais recentemente, portugueses, espanhóis e outros migrantes, “fugindo” da crise europeia, veem no Brasil uma “terra de oportunidades”, pois iria abrigar a Copa do Mundo de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016. Assim como os europeus que buscavam oportunidade de trabalho no Brasil, os haitianos, que se depararam com o agravamento de sua situação econômica e política após o terremoto de 2010, começaram a chegar pela fronteira norte do país. Segundo Patarra (2012), no período de 2008 a 2011, o número de estrangeiros que obtiveram visto de trabalho/residência no Brasil aumentou em 60%, passando de 43.993 solicitações atendidas em 2008 para 70.524, em 2011, o que indica a intensificação desse movimento de entrada de imigrantes estrangeiros (PATARRA, 2012, p. 9).

Como o Estado brasileiro trata esses novos imigrantes? Embora estejamos falando de fluxos que se iniciaram na década de 1980 e se intensificaram nos últimos anos, a lei que regula a entrada e permanência desses imigrantes permanece sendo aquela elaborada nos anos 1980, no contexto da ditadura militar: o “Estatuto do Estrangeiro” ou Lei nº 6.815/1980. Esse marco regulatório, ainda em vigor no país, é de cunho autoritário e nele está presente a lógica da segurança nacional, não contemplando, portanto, uma perspectiva de direitos humanos dos imigrantes e tampouco a questão da emigração (PÓVOA NETO; SPRANDEL, 2010; REIS, 2011).

Os imigrantes que chegam ao país nesse início de século XXI fazem parte de movimentos transnacionais de mão de obra, pessoas que buscam circular no mundo globalizado em busca de melhores condições de vida. Ao chegarem ao Brasil, esses imigrantes se deparam com um Estatuto do Estrangeiro que é da década de 1980, considerado anacrônico em relação à Constituição de 1988 e ao Plano de Direitos Humanos do governo brasileiro. A sociedade civil, por sua vez, aguarda há décadas a aprovação de um novo marco regulatório e políticas migratórias, conforme tem sido apontado por vários estudiosos da questão, entidades que trabalham com migrantes, associações, igrejas etc. Segundo Reis (2011, p. 59):

A principal crítica das organizações que defendem os interesses dos imigrantes no Brasil diz respeito ao fato de que muitas das disposições presentes na lei de 1980 estão em flagrante descompasso com as disposições relativas ao respeito dos direitos humanos presentes na Constituição de 1988. A inconsistência da legislação de 1980 é apontada como um ponto fraco das demandas do Estado brasileiro para tratar a questão dos emigrantes brasileiros em negociações e fóruns bilaterais e multilaterais. (ACNUR et al., 2007).

Com relação à proposição de uma nova Lei de Estrangeiros, tramita no Congresso Nacional desde 2009 o Projeto de Lei (PL) nº 5.655/2009, sem previsão para ser votado. Entre as principais inovações desse projeto, destaca-se a permissão para que os estrangeiros participem de administração de sindicatos, de associações profissionais e de entidades fiscalizadoras do exercício de profissões regulamentadas. A proposta também extingue a exigência de boa saúde para entrada e permanência no país. Apesar desses avanços, esse PL ainda mantém a desconfiança da legislação atual em relação ao estrangeiro, ao proibir de exercer “atividade político-partidária”, assim como de “organizar, criar ou manter associação ou quaisquer entidades de caráter político” (art. 8º). Além disso, amplia de quatro para dez anos o prazo mínimo para solicitar a naturalização (VENTURA; ILLES, 2012).

Essas são algumas das contradições da nova proposta observadas por Ventura e Illes (2012), que destacam que esse PL reconhece que a migração é um direito humano, a importância da regularização migratória para inserção dos migrantes na sociedade e sua contribuição para o desenvolvimento do país; no entanto, mantém procedimentos burocráticos e mecanismos de expulsão contradizendo os pressupostos iniciais do documento. Ventura e Illes (2012) ressaltam ainda que, enquanto não temos uma nova Lei de Estrangeiros, a orientação do Conselho Nacional de Imigração é estender aos emigrantes os mesmos direitos fundamentais concedidos aos brasileiros.

Por conseguinte, ao mesmo tempo que tramita a proposta do novo Estatuto do Estrangeiro, em 2010 o Conselho Nacional de Imigração (CNIg) submeteu à avaliação pública uma proposta de “Política Nacional de Imigração e Proteção ao(à) Trabalhador(a) Migrante”, cujo proposta nos remete à Convenção Internacional da ONU de 1990 sobre “A proteção dos direitos dos trabalhadores migrantes e membros de sua família”, a qual ainda não foi ratificada pelo Brasil.

Nesse vai e vem de propostas e desencontros de posições sobre a questão do ingresso de estrangeiros no Brasil em diferentes esferas do governo, em 2013 o Ministério da Justiça indicou uma comissão de notáveis e lhes incumbiu a tarefa de formular um Anteprojeto de Lei de Imigração pautado na perspectiva dos direitos humanos. O resultado foi apresentado em 2014, e entre as mudanças mais controversas temos a criação da Autoridade Nacional Migratória (ANM), vinculada ao Ministério da Justiça, e a transformação do Conselho Nacional de Imigração (CNIg) em Conselho Nacional sobre Migração (CMIg), para dar conta também de uma política voltada para emigrantes brasileiros.

De um modo geral, a proposta de Projeto de Lei representa um avanço em relação ao anterior (2009), cuja preocupação principal era ainda a da “Segurança Nacional”. Contudo, ela ainda mantém algumas ambiguidades, como a dicotomia entre estrangeiro/imigrante; temporário/permanente; interesses nacionais/direitos do imigrante. Com relação à dicotomia entre estrangeiro e imigrante, é preciso deixar claro o que se entende por imigrante, pois “todo estrangeiro que transite no país” é muito vago, já que um turista que esteja visitando o Brasil não pode ser considerado um imigrante. Já no caso da ambiguidade entre o visto temporário e permanente, a proposta é ainda mais contraditória, pois como pode ser considerado “permanente” um visto que tem prazo de validade especificado, ou seja, dez anos? Nesse caso, o imigrante continua na condição de estrangeiro, com sua cidadania regulada. Com relação ao conceito de “interesses nacionais”, não fica claro que interesses são esses, pois isso remete à já tão criticada ideologia da “Segurança Nacional”. Nesse caso, o imigrante continua sendo visto como uma possível ameaça ao Estado.

Embora o atual projeto incorpore a categoria imigrante nas suas dimensões sociais, culturais e econômicas, ele silencia na sua dimensão política, ou seja, o direito ao voto em nível local, aliás, uma antiga reivindicação dos imigrantes e de suas organizações, como condição para o exercício pleno da cidadania.

Outra questão ambígua diz respeito ao visto humanitário, que pode ser concedido por até um ano, podendo ser prorrogado. O visto humanitário não seria um eufemismo para conceder um visto “temporário” àqueles que não são os desejáveis do ponto de vista social e cultural, porém, necessários à reprodução econômica de alguns setores da economia brasileira, já que, segundo Gaudemar (1977), é o capital que coloca em movimento a força de trabalho.

Com relação aos refugiados, após a aprovação do Estatuto dos Refugiados (Lei nº 9.474/97), bem como a criação do Comitê Nacional para os Refugiados, pode-se observar que ocorreu um crescimento do número de pedidos de refúgio no país. Esse Conselho é um órgão deliberativo tripartite com representação do governo, da sociedade civil e do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Dentre os grupos que buscam refúgio no Brasil, destacam-se os provenientes de Bangladesh, Senegal, Líbano e Síria, homens e mulheres que fogem de guerras e conflitos políticos no Oriente Médio. Em 2013, os sírios foram os que obtiveram mais concessões de refúgio, seguidos pelos congoleses e colombianos. No caso dos haitianos, que começaram a chegar em número significativo após o terremoto no Haiti em 2010, inicialmente eles entraram com pedidos de refúgio que foram analisados até fevereiro de 2012. No entanto, a partir da Resolução nº 97/2012 do Conselho Nacional de Imigração, que passou a conceder visto humanitário aos haitianos, eles passaram a não se enquadrar na categoria de refúgio, embora a generalizada situação de violação dos direitos humanos no Haiti seria mais que suficiente para serem tratados como tal.

Nesse sentido, o tratamento que está sendo dispensado aos haitianos e outros imigrantes contrapõe-se a uma autoimagem de um país de acolhimento de imigrantes. Segundo os dados do Censo de 2010, estariam residindo no Brasil, 286.468 imigrantes. Os haitianos representam uma parcela pequena desse contingente, pois é um movimento mais recente que ainda não foi apreendido pelo Censo. Para esses imigrantes estrangeiros, conforme observaram Reis (2011) e Patarra (2012), recentemente ocorreram três anistias realizadas pelo governo brasileiro: a primeira em 1988; a segunda em 1998; e, finalmente, a terceira em 2009, todas visando regularizar a situação de imigrantes indocumentados. Nessa última, a Lei nº 11.961 possibilitou que, entre 2009 e 2011, se regularizassem 43 mil estrangeiros, entre os quais 17 mil bolivianos e mais de quatro mil paraguaios. Ainda segundo Reis (2011, p. 61):

Se, por um lado, as anistias demonstram a “boa vontade” oficial para lidar com a questão dos indocumentados, por outro lado revelam a persistência do problema ao longo dos anos e a necessidade de uma política mais abrangente. Idealmente, com a implementação dos acordos de livre circulação e a nova legislação de estrangeiros, o número de indocumentados no país deve cair.

Nessa breve análise da legislação brasileira, constata-se que é fundamental a discussão e aprovação de um novo marco regulatório em sintonia com a percepção da migração a partir da ótica dos direitos humanos que não veja o estrangeiro como uma ameaça à “Segurança Nacional”. Enquanto isso não ocorre, a saída tem sido a emissão de resoluções normativas, como a que estabeleceu o visto humanitário para os haitianos, revelando as ambiguidades da política migratória brasileira, pois enquanto vemos com preocupação a entrada de haitianos e africanos pelas fronteiras amazônicas, continuamos favorecendo a entrada de imigrantes qualificados que fogem da crise europeia.

Haitianos e africanos nas fronteiras amazônicas: uma “invasão”?

Historicamente a região amazônica atraiu estrangeiros que chegavam através dos rios e das migrações transatlânticas para trabalhar em Belém e também em Manaus em busca das oportunidades criadas pelo ciclo da borracha e outras indústrias extrativas. (XAVIER, 2012).

Nos anos 1980 e 1990 se intensifica o fluxo na fronteira com incremento de migrantes sul-americanos na capital amazonense. Segundo Xavier (2012), esse movimento migratório estaria relacionado aos grandes projetos em Manaus na década de 1970, entre eles a criação da Zona Franca de Manaus, em 1969. Grande parte desse fluxo era de nordestinos, mas há um contingente considerável de sul-americanos que circulam pela região pan-amazônica.

Os peruanos e colombianos que chegaram a Manaus nos anos 1980 e 1990 já encontraram, segundo Xavier (2012), o país num processo de redemocratização. Isso pode ter tido peso na decisão de migrar, destacando-se nesse contexto uma dimensão política nos fluxos migratórios. Nesse sentido, peruanos e colombianos chegaram ao Brasil em busca de uma condição cidadã, em busca de refúgio. Conforme o autor, muitos que chegaram à Amazônia e solicitaram refúgio não se enquadravam na definição estrita de refúgio, que implica “possuir fundamentado temor de perseguição em função de religião, raça, opinião pública, pertencimento a determinado grupo social, nacionalidade”. Segundo Silva (2011), o objetivo da vinda de peruanos e colombianos para o Amazonas não é, obviamente, o “turismo ecológico”, mas a busca de oportunidades no mercado de trabalho e de proteção, no caso dos refugiados.

No entanto, há um grupo cada vez maior de pessoas que se encontram em situação de deslocamento, em decorrência de catástrofes ambientais, e que buscam “refúgio” em países como o Brasil, como é o caso dos haitianos que passaram a emigrar mais significativamente após o terremoto que assolou o Haiti. Diferentemente das notícias que apontavam para uma “invasão” de haitianos nas fronteiras brasileiras, há um fluxo contínuo desses imigrantes que começou a se intensificar a partir de 2010, atingindo o seu ápice em 2012 e 2013.

Considerando a situação dos haitianos que buscaram “refúgio” no Brasil, Fernandes, Milesi e Farias (2011) destacam que, no que se refere a considerar uma nova categoria de refúgio para deslocamentos provocados por catástrofes ambientais, não há consenso da comunidade internacional sobre ampliar o conceito de refúgio para incluir também aqueles que fugiram de seu país em decorrência de catástrofes naturais ou questões ambientais. No entanto, segundo os autores “quando se junta uma situação política caótica, com um fator de catástrofe natural, não há como obter respostas às necessidades mínimas da população. Esta situação de extrema vulnerabilidade é que deve ser entendida como o fator que leva os haitianos a tomarem a decisão de emigrar”. Para esses autores é sob essa ótica que o governo brasileiro deveria procurar uma solução humanitária para a questão dos haitianos; mas, como veremos no decorrer da análise da situação dos haitianos, as medidas tomadas pelo governo brasileiro, em alguns contextos, têm dificultado, em vez de possibilitar o melhor acolhimento desses migrantes em situação de extrema vulnerabilidade.

Se a presença haitiana no Brasil é um fato novo tanto para o governo brasileiro quanto para os brasileiros, particularmente para aqueles que vivem no norte do país, quais seriam as razões para que o Brasil passasse a fazer parte da rota de migração dos haitianos? Um breve olhar sobre a situação social do Haiti nos indica que se trata de um dos países mais pobres da América Latina, com um dos piores índices de desenvolvimento humano. A instabilidade política vivenciada pelo país há décadas levou à intervenção da ONU por meio de uma missão de paz chefiada pelo Brasil, em 2004: Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH). A esse cenário de instabilidade associam-se as consequências do terremoto de 2010, que matou mais de 150 mil pessoas e ruiu com as já precárias estruturas habitacionais e governamentais do país. Esse quadro dramático acabou impulsionando e intensificando a emigração, já tradicional entre os haitianos, que têm a migração como parte constitutiva de suas trajetórias como uma população

em diáspora. Dessa forma, o Brasil se torna um dos locais de destino, dadas as dificuldades encontradas pelos haitianos de se dirigir a destinos mais tradicionais como Estados Unidos, Canadá, França e Guiana Francesa. O Brasil emerge como “terra de oportunidades” não apenas por causa da presença brasileira a partir da missão de paz, mas também pelas imagens positivas como um país em crescimento, que iria sediar dois grandes eventos: a Copa do Mundo e as Olimpíadas, convertendo-se, portanto, num destino possível para os haitianos nesse contexto de dificuldade de emigrar para outros países. Segundo dados do Banco Mundial (2011 apud FERNANDES; CASTRO, 2014), estima-se que aproximadamente 10% da população do país teria emigrado (1.009.400 pessoas), mas outras fontes indicam que a diáspora haitiana já tenha ultrapassado a casa de três milhões de pessoas (FERNANDES; CASTRO, 2014).

Sendo assim, a diáspora haitiana se espalha por vários países: Estados Unidos, país de maior afluxo de migrantes; República Dominicana; outros países da América e do Caribe, com destaque para Canadá, Cuba e Venezuela. Assim, o Brasil não era o destino preferencial desses migrantes, mas num contexto em que medidas restritas dificultam cada vez mais a emigração para os Estados Unidos, República Dominicana e Europa, o país que tem uma boa imagem no Haiti passou a ser um dos destinos desses imigrantes.⁵ Contribuíram para a construção dessa imagem: o jogo da Paz entre a seleção brasileira e a seleção haitiana de futebol, a atuação do Brasil no Haiti, liderando a missão humanitária da ONU, a estabilidade política e econômica do Brasil em meio a um cenário de crise econômica mundial e o anúncio pelo governo brasileiro, logo após o terremoto, de ajuda humanitária do Brasil no processo de reconstrução do Haiti – medidas que não ocorreram efetivamente, como pode se observar no artigo de Thomaz e Nascimento (2012)⁶ – tornaram o Brasil um dos destinos dos emigrantes da diáspora haitiana, embora anteriormente não tenha sido um destino preferencial.

⁵ Para maiores informações sobre a diáspora haitiana e sua cultura migratória, ver Caffeu e Cutti (2012); Continguiba e Pimentel (2012); Fernandes (2010); Godoy (2011); Handerson (2010); Silva (2011, 2012).

⁶ Segundo Thomaz e Nascimento (2012), após o terremoto o governo brasileiro anunciou projetos ambiciosos de intercâmbio e formação de quadros haitianos em áreas estratégicas como a Saúde e a Educação, para os quais dotações orçamentárias foram rapidamente aprovadas, mas cuja execução nunca aconteceu. Da mesma forma, anunciou a oferta de 500 bolsas a estudantes da rede universitária haitiana, para os quais se candidataram cerca de 3.500 estudantes, dos quais apenas 80 conseguiram as bolsas.

Como destacam Thomaz e Nascimento (2012), o estranhamento pela chegada de cerca de quatro mil haitianos no país em 2011 não faria sentido, tendo em vista o volume dezenas de vezes maior de imigrantes europeus no período. Conforme destacam os autores,

O Brasil nunca foi e segue não sendo destino preferencial de uma migração cuja dinâmica o Itamaraty e outros ministérios insistem em ignorar. Há por volta de 3 milhões e meio de haitianos espalhados por dezenas de países em três continentes, todos abrigando comunidades consideravelmente maiores e infinitamente mais bem acolhidas que no Brasil. (THOMAZ; NASCIMENTO, 2012).

Vale notar que a chegada dos haitianos pelas fronteiras amazônicas não constitui uma opção a mais que eles dispõem para a emigração, mas para a maioria é a única via disponível, já que os entraves burocráticos e a demora na concessão do visto na Embaixada Brasileira de Porto Príncipe tornam inviável a vinda pela rota mais curta e mais barata, que seria através de algum aeroporto brasileiro. Nesse sentido, para os que não querem esperar meses por um visto, a saída é percorrer rotas mais longas e custosas, além de estarem sujeitos a diferentes riscos, como a violência e a extorsão exercida por guardas de fronteiras. Sendo assim, eles passam por diferentes países, por via aérea, entre eles República Dominicana, Equador e Peru; depois, por trajeto terrestre e fluvial chegam à fronteira norte do Brasil, principalmente nas cidades de Assis Brasil e Brasiléia (AC), Tabatinga (AM), ou em alguns casos, pela Região Centro-Oeste ou Sul, num trajeto mais longo, entrando por Corumbá (MS) ou Foz do Iguaçu (PR). As principais rotas encontram-se no mapa a seguir:

Principais rotas do fluxo migratório de haitianos para o Brasil



Fonte: Fernandes, Milesi e Farias (2011, p. 81)

Contudo, essas rotas foram se alterando ao longo do tempo. Enquanto a rota via Tabatinga (AM) deixou de ser a principal porta de entrada deles, talvez em razão das dificuldades de acesso à cidade de Manaus, em geral feito em barco, e também pela diminuição das ofertas de emprego no mercado de trabalho local, em contrapartida a rota via Brasília, passando por Rio Branco (AC), passou a ser mais interessante,

em razão do apoio do governo daquele estado, o qual mantém uma casa de acolhida nos arredores da capital acriana, além de oferecer passagens para os que querem ir a São Paulo em busca de trabalho. Outras possibilidades de entrada pela fronteira norte são via Pacaraima (RR), para os que já estavam na Venezuela e decidiram reemigrar para o Brasil, ou ainda por Georgetown, a capital da República Cooperativista da Guiana, passando depois por Lethen, na fronteira com o Brasil, no estado de Roraima. Depois eles seguem via terrestre até Boa Vista e, em seguida a Manaus.

Até 2012, quando chegavam nas fronteiras brasileiras, esses imigrantes solicitavam refúgio alegando a impossibilidade de viver no país após o terremoto de 2010. Como o Brasil é signatário da convenção da ONU sobre refugiados, essas solicitações eram acolhidas e encaminhadas ao Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), vinculado ao Ministério da Justiça. Enquanto aguardavam a tramitação do pedido de refúgio, os imigrantes recebiam uma documentação provisória: Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Carteira de Trabalho, que lhes permite circular pelo país na busca por trabalho. O que ocorreu no CONARE é que, como esses imigrantes não atendiam aos requisitos estabelecidos pela convenção de 1951 para refugiados, eles tiveram suas solicitações recusadas. Diante dessa recusa de acolhimento ao pedido de refúgio, os processos foram encaminhados ao Conselho Nacional de Imigração, que também não encontrou amparo na Resolução nº 8/64, que concede visto por razões humanitárias a estrangeiros.

Dessa forma, os haitianos continuavam chegando sem amparo e ficavam à espera de uma decisão que garantisse seu acolhimento. Conforme destaca Patarra (2012), o apoio da sociedade civil, principalmente a atuação da Pastoral da Mobilidade Humana e de vários setores da sociedade e de esferas do governo estadual e federal, possibilitou que o CNIg concedesse, em 16 de março de 2011, visto de permanência por razões humanitárias a 199 haitianos. Ainda Segundo Patarra (2012, p. 14), até o início do ano 2012 haviam sido concedidos, aos haitianos, 2.296 vistos humanitários, e foram expedidas 4.543 carteiras de trabalho, atendendo não só aos que já estavam regulares, mas também àqueles que aguardavam parecer sobre o pedido de refúgio.

Ao longo de 2011, o fluxo de haitianos continuou a crescer regularmente e a gerar as matérias que apareceram na imprensa sobre a “invasão dos haitianos”, dadas as dificuldades das cidades fronteiriças como Tabatinga, Assis Brasil e Brasiléia de acolherem os imigrantes, em razão da pressão que a chegada contínua de imigrantes passou a exercer sobre os serviços públicos já precários nessas cidade, gerando

uma “crise humanitária”, bem como da atuação de redes de tráfico de migrantes, que chegavam a cobrar entre dois e quatro mil dólares para trazer imigrantes.⁷

Diante desse quadro de aumento do número de imigrantes haitianos na fronteira e da suspeita de atuação de “coiotes” na travessia, bem como da possibilidade de utilização por imigrantes de outras nacionalidades do pedido de refúgio, seguindo a mesma estratégia dos imigrantes haitianos, o governo brasileiro publicou em janeiro de 2012 a Resolução CNIG nº 97/2012, com o objetivo de regular a concessão de visto humanitário aos haitianos. Tal resolução estabeleceu uma cota de 1.200 vistos de permanência pela embaixada em Porto Príncipe e o prazo de cinco anos para a permanência e a taxa de 200 dólares para emissão do visto.

O que chama a atenção nessa medida, que gerou questionamentos de entidades de apoio aos migrantes e acadêmicos pesquisadores da área, é que desde a Segunda Guerra Mundial o país não estabelecia uma medida que limitasse a entrada de imigrantes de uma nacionalidade específica (VENTURA; ILLES, 2012). Ao mesmo tempo o governo noticiava que estaria formulando uma política para atrair cérebros e estabelecer limites para os estrangeiros que chegam fugindo da pobreza de seus países. Em matéria de Simon Romero, o sociólogo Sebastião Nascimento diz que as novas políticas remetem a esforços realizados no fim do século XIX e no começo do século XX, quando o Brasil enfatizou a imigração europeia como uma forma de “embranquecimento” do país, após a abolição da escravidão em 1888. “O que existe agora”, diz nascimento, “é uma tentativa de reviver essa infeliz tradição histórica de imigração seletiva” (ROMERO, 2012).

Após a publicação da Resolução nº 97/2012 pelo CNIG, situações ainda mais dramáticas ocorreram, pois vários haitianos que se encontravam em trânsito no momento de publicação das medidas permaneceram na fronteira peruana. Um grupo de 245 imigrantes haitianos aguardou três meses na fronteira peruana na cidade de Iñapari, no Peru, para obter permissão de entrada no Brasil. Esse grupo estava a caminho do Brasil, quando, em 12 de janeiro, o governo mudou os procedimentos migratórios para haitianos e passou a barrar

⁷ Alessi (2013, p. 84) destaca que, em maio de 2013, o Ministério das Relações Exteriores divulgou nota sobre a migração de cidadãos haitianos para a América do Sul, dizendo ser possível comprovar a atuação de redes criminosas no tráfico de migrantes nesse roteiro. Nesse sentido, o governo brasileiro decidiu ampliar ainda mais a concessão de vistos permanentes especiais para nacionais haitianos, como forma de valorizar a imigração legal e segura e combater o tráfico de imigrantes.

nas fronteiras os que não tivessem visto. A situação em Iãnpari foi considerada a mais dramática enfrentada pelos haitianos, pois os imigrantes literalmente não tinham onde ficar e se estabeleceram numa praça da cidade, contando com a ajuda da população local para conseguir o que comer e lugar para dormir.

Segundo Patarra (2012), a questão das cotas para concessão de vistos pode ser considerada um retrocesso quando avaliada à luz da história, pois o país aplicou esse mesmo procedimento pela última vez em 1934, no governo de Getúlio Vargas, e deveria, no momento atual, buscar mecanismos que permitissem atender de forma ampla e democrática aqueles que quisessem imigrar. No entanto, fica patente que, de forma diversa ao que ocorre em outros países, principalmente da Europa, a solução encontrada garantiu o respeito aos direitos humanos daqueles imigrantes haitianos que já estavam em território brasileiro e conseguiu equacionar a situação daqueles que, em trânsito pelo território peruano, antes da entrada em vigor da exigência de visto para haitianos naquele país, fossem também acolhidos.

No entanto, em que pese essa observação da autora, o que se pode observar é que a nova regra diminuiu drasticamente a emissão de vistos para haitianos e sob o discurso de protegê-los colocou os imigrantes em situação de vulnerabilidade. A questão que se coloca, portanto, é: se o Brasil é um país de imigração, por que ser seletivo justamente como os que mais necessitam de políticas de acolhimento?

Felizmente, depois de forte pressão de entidades que defendem os interesses dos imigrantes, intelectuais e associações de migrantes, o regime de cotas foi anulado pela Resolução nº 102, de 26 de abril de 2013, e os haitianos continuaram a entrar pelas fronteiras amazônicas sem o requerido visto de entrada. Se, por um lado, não havia o impedimento jurídico, por outro havia o desafio do acolhimento com um mínimo de dignidade, já que, tanto em Tabatinga, quanto em Brasília, as condições de alojamento eram precárias, situação denunciada pela Pastoral do Migrante de Porto Velho e pela imprensa nacional, fato que obrigou a governo brasileiro a optar pelo fechamento do alojamento de Brasília, em abril de 2014.

Seguindo a rota dos haitianos, outros imigrantes também adotam a mesma estratégia de solicitar refúgio ao chegarem em algum ponto da extensa fronteira brasileira. A questão que se coloca é: como ficará a situação deles, caso o a solicitação de refúgio lhes seja negada, já que em algumas situações, como é o caso dos dominicanos, não haveria uma situação explícita de conflito político, religioso ou étnico que a justifique?

Na falta de um aparato jurídico que os incorpore, a indocumentação seria a condição que lhes é imposta.

Esses fatos reforçam a perspectiva de que é necessário um novo marco regulatório e políticas migratórias pautadas não mais na lógica da segurança nacional e da criminalização da migração, mas sim numa perspectiva que entenda a mobilidade como um direito humano, para o qual deve-se dar as garantias necessárias.

Referências

ALESSI, Mariana Longhi Batista. A migração de haitianos para o Brasil. *Conjuntura Global*, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 82-86, abr./jun. 2013.

ASSIS, Gláucia O.; SASAKI, Elisa. M. Os novos migrantes *do e para* o Brasil: um balanço da produção bibliográfica. In: CASTRO, M. G. (Coord.). *Migrações internacionais: contribuições para políticas Brasil*. Brasília: CNPD, 2001.

CAFFEU, Ana Paula; CUTTI, Dirceu. Só viajar! Haitianos em São Paulo: um primeiro e vago olhar. *Travessia*, n. 70, p. 107-113, jan./jun. 2012.

CANCLINI, Nestor G. Las fronteras dentro de los países, las naciones fuera de su territorio. *Diversitas*, n. 1, p. 16-28, mar./set. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE IMIGRAÇÃO. *Resolução Normativa nº 97, de 12 de janeiro de 2012*. Dispõe sobre a concessão de visto permanente previsto no artigo 16 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, aos nacionais do Haiti. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=116083>>. Acesso em: 15 dez. 2014

CONTINGUIBA, Geraldo C.; PIMENTEL, Marília L. Apontamentos sobre o processo de inserção social dos haitianos em Porto Velho. *Travessia*, n. 70, p. 99-106, jan./jun. 2012.

FERNANDES, Jéssica S. Operação Haiti: ação humanitária ou interesse político para o Brasil? *Conjuntura internacional*, PUC Minas, p. 1-4, mar. 2010. Disponível em: <http://pucminas.br/imagedb/conjuntura/CNO_ARQ_NOTIC20100323112219.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2011.

FERNANDES, Duval; MILESI, R.; FARIAS, A. Do Haiti para o Brasil: o novo fluxo migratório. *Cadernos de Debates*, Brasília, n. 6, p. 73-97, 2011.

FERNANDES, Duval; CASTRO, Maria da Consolação G. *Estudos sobre a migração haitiana ao Brasil e diálogo bilateral*. Relatório de pesquisa. Ministério do Trabalho. OIM. PUC-Minas. 2014. Disponível em: <www.portal.mte.gov/umis/portal/file/filedownload.jsp>. Acesso em: 15 dez. 2014.

GAUDEMAR, J. de. *Mobilidade do trabalho e acumulação do capital*. Lisboa: Estampa, 1977.

GERALDO, Endrica. A “lei de cotas” de 1934: controle de estrangeiros no Brasil. *Caderno AEL*, v. 15, n. 27, p. 174-209, 2009.

GODOY, Gabriel G de. O caso dos haitianos no Brasil e a via da proteção humanitária complementar. In: RAMOS, André de Carvalho; RODRIGUES, Gilberto; ALMEIDA, Guilherme Assis de (Org.). *60 anos de ACNUR: perspectivas de futuro*. São Paulo: CLA Cultural, 2011.

HANDERSON, Joseph. *Vodu no Haiti – Candomblé no Brasil: identidades culturais e sistemas religiosos como concepções de mundo afro-latino-americano*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores (MRE). *Brasileiros no mundo: estimativas*. 2013. Disponível em: <www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2014.

PATARRA, Neide. Brasil: pais de imigração? @*Metropolis*, ano 3, n. 9, p. 6-18, jun. 2012. Disponível em: <<http://emetropolis.net/artigo/64?name=o-brasil-pais-de-imigracao>>. Acesso em: 8 ago. 2012.

PÓVOA NETO, Helion; SPRANDEL, Márcia A. Brasil: estado actual de las políticas migratórias. In: ZURBRIGGEN, C.; MONDOL, L. (Coord.). *Estado actual y perspectivas de las políticas migratorias en el MERCOSUR*. Montevideo: FLACSO Uruguay, 2010.

REIS, Rossana Rocha. A política do Brasil para as migrações internacionais. *Contexto internacional*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-85292011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2014.

ROMERO, Simon. Haitianos geram debate sobre políticas de imigração seletiva. *Opinião & Notícia*, fev. 2012. Disponível em: <<http://opiniaoenoticia.com.br/brasil/haitianos-geram-debate-sobre-politicas-de-imigracao-seletiva-no-brasil/>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

SALES, Teresa. *Brasileiros longe de casa*. São Paulo: Cortez, 1999.

SEYFERTH, Giralda. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Ed.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB, 1996.

SILVA, Sidney A. da. Aqui começa o Brasil: haitianos na tríplice fronteira e Manaus. In: _____. (Org.). *Migrações na Pan-Amazônia: fluxos, fronteiras e processos socioculturais*. São Paulo: Hucitec; FAPEAM, 2012.

_____. Migração internacional recente no Amazonas: o caso dos hispanoamericanos. *Contexto Internacional*, v. 33, n. 1, p. 155-177, 2011.

THOMAZ, R. Omar; NASCIMENTO, S. Fronteira social e fronteira de serviço. *O Estado de S. Paulo*, 28 jan. 2012. Disponível em: <<http://www>>.

estadao.com.br/noticias/suplementos,fronteira-social-e-fronteira-deservico,828430,0.htm>. Acesso em: 4 ago. 2012

VAINER, Carlos B. Estado e migração no Brasil: da imigração à emigração. In: PATARRA, N. L. (Coord.). *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: FNUAP, 1995.

VENTURA, Deisy; ILLES, Paulo. Qual a política migratória do Brasil? *Le Monde Diplomatique Brasil*, 7 mar. 2012. Disponível em: <www.diplomatique.org/artigo.php?id=1121>. Acesso em: 8 ago. 2012.

XAVIER, F. *Migrações internacionais na Amazônia brasileira: impactos na política migratória e na política externa*. 2012. Tese (Doutorado Interinstitucional em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

O INCT Brasil Plural e o PPGAS da UFAM

Deise Lucy Oliveira Montardo

Nossos comentários sobre o INCT Brasil Plural e sua relação com políticas públicas serão tecidos sob o ponto de vista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFAM ressaltando a importância que essa rede de pesquisadores teve e continua tendo na sua consolidação. A contribuição do INCT se deu e se dá nos mais variados níveis, desde questões de infraestrutura básica, como a compra de móveis, passando pelo inestimável aporte para a pesquisa, intercâmbios de pesquisadores e formação de recursos humanos.

Iniciaremos abordando alguns aspectos da instalação do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFAM (PPGAS/UFAM), dando ênfase ao papel da constituição do INCT Brasil Plural nesse processo, que, em 2014 completou seis anos.

Em maio de 2006 foi realizado um concurso público para carreira docente com dez vagas: cinco para Etnologia Indígena, quatro para Antropologia Cultural e uma para Linguística Indígena, oriundas de um processo de demanda induzida surgida a partir da identificação de uma lacuna, a inexistência de um Programa de Pós-Graduação em Antropologia no norte do país até aquele momento. A UFAM iria receber os professores e apoiar a instalação do Programa. Os docentes que organizaram o concurso decidiram realizar a prova em São Paulo, o que garantiu o sucesso da iniciativa. Os dez professores que passaram em duas etapas do concurso tomaram posse em setembro daquele ano e estão atuando até o momento na UFAM. Muitos deles foram

para Manaus tomar posse sem conhecer a cidade. O projeto que se colocou para o grupo, no entanto, foi tão desafiador e sedutor que todos abraçaram a atividade de elaborar o projeto da Pós-Graduação.

A resposta positiva para a criação do mestrado e doutorado saiu em meados de 2007 e em março de 2008 dávamos início à primeira aula do PPGAS/UFAM. Encontramos porém, um outro desafio: financiar as pesquisas que, na Amazônia, demandam muitos recursos. Movidos por essa preocupação, estavam os professores atentos a todas as possibilidades de cooperação acadêmica e/ou outras modalidades de editais que fossem lançados. A primeira cooperação aprovada após a instalação do PPGAS foi o PROCAD/Capes com o PPGAS da USP, intitulado “Paisagens Ameríndias”. No mesmo ano de 2008, foi lançado o Edital para os INCTs, o qual tinha como um dos temas a Amazônia. Esse Edital apareceu como uma possibilidade boa para alavancar pesquisas e outras atividades no Programa; no entanto, havia uma limitação, a UFAM não contava em seus quadros com pesquisadores 1A ou 1B do CNPq, condição exigida. Em agosto, três professoras da UFAM foram à UFSC participar do Seminário Internacional Fazendo Gênero e solicitaram uma reunião com a professora Sônia Weidner Maluf, então coordenadora do PPGAS/UFSC. Baseadas em uma história pregressa de redes de pesquisa unindo alguns professores da UFAM e da UFSC e no grande número de amazonistas atuantes na UFSC, as visitantes sugeriram que pensássemos em propor um INCT que unisse nossas pesquisas num diálogo norte/sul do país. Imediatamente a professora se identificou com a proposta e convidou o colegiado do PPGAS/UFSC para uma reunião no dia seguinte, à qual compareceu um número grande de professores, incluindo um da UFPR que estava na UFSC na ocasião. Iniciou-se, então, a formulação da proposta, que após mais alguns desdobramentos, constituiu o INCT Brasil Plural, tendo como coordenadora proponente a professora Esther Jean Langdon.

Não iremos listar exaustivamente os eventos, mas foram intensíssimas as trocas propiciadas pela visita de pesquisadores do estado de Santa Catarina, do Brasil e de outros países.

Citamos algumas dessas visitas que foram muito significativas para o contexto de Manaus. Uma delas foi na programação feita na UFAM, do antropólogo Roy Wagner. Pela rede do INCT Brasil Plural, o renomado pesquisador esteve em vários centros de antropologia do país, mas em Manaus sua estadia teve uma repercussão sobre a qual vale tomar nota. A imprensa local deu ampla divulgação, pois era um nome da ciência internacional que visitava o recente PPGAS da UFAM, e a prioridade dada foi o encontro com os pesquisadores e sábios indígenas. Esse fato chamou

a atenção, pois, como já discutido em outros momentos do Colóquio, as regiões onde estão presentes os povos indígenas são os locais em que o preconceito é mais acirrado. E isso não é diferente em Manaus, capital de um estado com um contingente populacional indígena expressivo, mas cuja universidade federal, por exemplo, até a presente data, não tinha formulado uma política de ação no que se refere à questão de políticas afirmativas de acesso de indígenas, ou afrodescendentes ao ensino superior. Existiram no decorrer da sua história projetos individuais e dois programas de pós-graduação que instituíram uma política de cotas, o Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia (PPGSCA) e o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS), mas a instituição em si, até hoje, não tem uma política oficial implantada referente aos povos indígenas.

Roy Wagner proferiu a aula magna no Instituto de Ciências Humanas e Letras da UFAM, para a comunidade universitária, mas as atividades mais importantes foram a mesa-redonda, intitulada “Conversações entre Melanésia e Amazônia”, com a participação de conhecedores e mestrandos indígenas, e a visita às comunidades do Tupé e de Santa Maria, na qual se participou de mostras de rituais da etnia tukano. Destaco a participação do intelectual Tuiuka professor Higino Tenório, que proporcionou um diálogo muito rico com o antropólogo convidado. Quero destacar aqui a importância de qualquer ação que coloque os indígenas num patamar simétrico aos cientistas, não apenas em Manaus, mas na universidade brasileira como um todo.

Outro visitante foi o professor Stephen-Hugh-Jones, da Universidade de Cambridge, que pesquisa há mais de quarenta anos as etnias do Alto Rio Negro. O professor participou também de uma mesa-redonda com conhecedores indígenas e foi membro da banca de dissertação de mestrado do primeiro indígena formado no PPGAS/UFAM, Rivelino Barreto, Tukano, o qual teve a sua pesquisa de campo financiada pelo INCT Brasil Plural.

No tocante aos museus, consideramos que o intercâmbio entre os da UFSC e da UFAM foi muito importante para os dois. Até o momento realizamos a exposição “Ticuna em dois tempos”, fruto da pesquisa e diálogo entre os acervos dos dois museus, os quais possuem acervo ticuna de origens diversas. O acervo do Museu de Arqueologia e Etnologia Oswaldo Rodrigues Cabral, da UFSC, o MARquE,¹ foi reunido

¹ O MARquE é a nova denominação do Museu Universitário Oswaldo Rodrigues Cabral, que inaugurou seu Pavilhão de Exposições, em 2012, justamente com a abertura da exposição “Ticuna em dois tempos”.

pelo antropólogo Sílvio Coelho dos Santos, na década de 1960; e o acervo do Museu Amazônico da UFAM, pelo artista plástico Jair Jacquemont, nos anos 1980. A exposição foi montada primeiramente no MARquE, Florianópolis, em 2012, e depois no Museu Amazônico, em Manaus, em 2013, e gerou também a confecção do catálogo *Ticuna em dois tempos* (INCT BRASIL PLURAL, 2013). No processo de montagem, houve a participação dos ticuna residentes no bairro Cidade de Deus, periferia de Manaus. A mestre Nilza Silvana Teixeira (2012), que realiza pesquisa com os Ticuna, organizou um trabalho de discussão com a comunidade a partir das fotos do acervo de Sílvio Coelho dos Santos, e as imagens desse trabalho, editadas, integraram a exposição.

Ainda sobre museus, fizemos uma programação com o pesquisador Vincenzo Pagliani, que veio da Itália pelo INCT Brasil Plural, uma mesa da qual ele participou juntamente com Nino Fernandes, diretor do Museu Maguta, o primeiro museu indígena ticuna do Brasil, localizado em Benjamin Constant, no Alto Solimões. Numa parceria com a Secretaria de Estado da Cultura do Amazonas, reunimos todas as pessoas envolvidas com museus nesse estado para discutir sobre pequenos museus etnográficos.

Recebemos ainda os professores Paulo Raposo e Felipe Reis, do ISCTE, Portugal; Anne-Marie Losonczy e Patrick Menget, da Escola Prática de Altos Estudos, França, que ministraram cursos no PPGAS/UFAM; e Jonathan Hill, da Universidade de Illinois, EUA, que participou do Colóquio Arte e Sociabilidades realizado em 2012.

A coordenadora do INCT, Esther Jean Langdon, participou de várias atividades no PPGAS da UFAM, assim como Sônia Weidner Maluf e muitos outros pesquisadores, numa intensa troca, em eventos organizados ao redor dos temas da saúde, migração, arte *performance* e sociabilidade, patrimônio e educação indígena, alguns deles gerando publicação de coletânea, como a de Montardo e Dominguez (2014). Participação em bancas, conferências, cursos e colóquios foram exemplos de atividades realizadas.

Sobre o tema das políticas públicas na área da cultura, das artes e projetos de revitalização, o INCT Brasil Plural tem desenvolvido várias atividades em conjunto com o INCT Inclusão na Pesquisa e no Ensino Superior. Promovemos em conjunto com eles atividades no Encontro Nacional da Associação Brasileira de Etnomusicologia, em João Pessoa, em maio de 2014. Organizamos uma mesa com os mestres e intelectuais indígenas Mestre Ancião Secundo *Tôhtat* Krahô, da Aldeia Manoel Alves da Terra Indígena Krahô, Tocantins; Dodanin Alves Pereira Krahô,

professor, pesquisador e tradutor indígena da Aldeia Manoel Alves, TI Krahô, correalizador do filme “Sustentando o cerrado na respiração do maraca: conversas com os mestres Krahô”; Valério Vera Gonçalves, rezador da Aldeia Panambi, Douradina, Mato Grosso do Sul; Izaque João, mestre em História pela UFGD, autor da dissertação *Jakaira reko nheypyrũ marangatu mborahéi: origem e fundamentos do canto ritual Jerosy Puku entre os Kaiowá de Panambi, Panambizinho e Sucuri’y, Mato Grosso do Sul*; Vherá Poty Benites da Silva, *kyringüé ruvíxá* (mestre das crianças), coordenador de grupos de cantos e danças tradicionais Mbyá-Guarani, professor e cacique; e a mestre e liderança quilombola Ana Lúcia R. do Nascimento. O impacto dessa presença e participação foi muito grande entre os associados e participantes do encontro, comprovando a importância de promovê-las nos meios acadêmicos.

Outro evento no qual fomos coparceiros do INCT Inclusão e Museu do Índio foi o Seminário “A cosmociência guarani, Mbya e Kaiowá e o reconhecimento acadêmico dos seus intelectuais”, realizado na UFMG em dezembro de 2012. Os temas norteadores foram concebidos pelo antropólogo Tônico Benites, e os convidados foram 25 indígenas rezadores e acadêmicos. São ações pontuais, mas que considero servirem de modelos para o incremento da presença dos povos tradicionais nesses espaços no Brasil, ainda muito restritos. Esse grupo de pesquisadores está junto também em um projeto de registro e formação de acervo de músicas indígenas, coordenado pela professora Rosângela Tugny, no Museu do Índio/FUNAI, com financiamento da Unesco. Está prevista a produção de material didático e cada grupo vai decidir se irá priorizá-lo para ser utilizado na educação do grupo ou para a sociedade envolvente. Possibilitamos a participação de Izaque João, kaiowá que fez seu mestrado sobre música guarani, no Primeiro Congresso Internacional “Os povos indígenas da América Latina, séculos XIX-XXI: avanços, perspectivas e desafios”, que se realizou em outubro de 2013 no Instituto Cultural Oaxaca na cidade de Oaxaca, México.

Outro assunto relacionado e no qual vejo a contribuição dessas ações do INCT Brasil Plural diz respeito à Lei nº 11.645, que torna obrigatório o estudo da história e da cultura afro-brasileira e indígena, e à Lei nº 11.769, que obriga o ensino da música como conteúdo nos diversos níveis do ensino básico. A situação que se coloca é dramática, pois ao mesmo tempo que essas leis representam um avanço e uma conquista, uma situação de despreparo por parte dos professores para ministrar esse conteúdo se coloca. E tudo o que foi discutido durante o colóquio “Reflexões sobre Pesquisa Antropológica e Políticas Públicas

no INCT Brasil Plural (IBP), da perversidade da tendência normativa na implantação de políticas públicas, está acontecendo na implantação dessas leis. *Vamos lá, implantar a música em todas as escolas!* Ótimo, mas fica a pergunta: *que música será essa?* Vamos tratar a temática indígena e afro-brasileira, com que material didático e com que formação dos professores no que diz respeito a esses assuntos?

No caso da música, a situação que se coloca iminente é a repetição do que aconteceu em décadas passadas, mais precisamente no Estado Novo, quando houve um grande movimento pela educação musical, liderado por Heitor Villa-Lobos, o qual ficou conhecido como o projeto canto orfeônico, que propunha o ensino da música sem considerar as diversidades da vivência musical dos alunos. A formação dos educadores para tratar a pluralidade das realidades brasileiras é fundamental no momento da implantação dessas leis. Antes mesmo disso, na discussão de implantação que vem sendo feita no Ministério da Educação, pesquisadores ligados às associações profissionais da música, como a Associação Brasileira de Educação Musical (ABEM) e pesquisadores da Associação Brasileira de Etnomusicologia (ABET), buscam abrir espaço para criar mecanismos que propiciem a visibilidade e o respeito à diversidade, permitindo, por exemplo que mestres da cultura popular possam atuar nas escolas.

Tanto no caso do ensino da música quanto no do ensino dos temas e conteúdos referents aos afro-brasileiros e indígenas, é importante que se pense na produção de material didático de apoio, informados por pesquisas de fôlego, bem como na formação em curso de professores e em cursos de atualização de professores nessas temáticas, evitando que na esteira dessa política uma versão hegemônica passe como um trator sobre os alunos e suas variadas experiências.

A produção de material didático, que é outra das nossas metas, depende de pesquisa; sendo assim, alguns pesquisadores que já tinham pesquisas consolidadas conseguiram partir para essa etapa, como é o caso da Jean Langdon, que está retornando o seu material para os Siona e colaborando com eles na elaboração para uso na educação indígena. No nosso caso em Manaus, onde estávamos começando as pesquisas, o que posso citar aqui é a produção de documentários em vídeo, em colaboração, como o Documentário Podáali, no qual trabalhamos com os Baniwa de São Gabriel da Cachoeira, produzido no âmbito de um edital de patrimônio do Programa Petrobras Cultural (PODÁALI, 2011). Esse projeto foi todo gerido pelos Baniwa através da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) e da Associação

Cultural Casa do Conhecimento de Itacoatiara Mirim (ACCIC) (SILVA et al., 2012).

Na nossa política de ação afirmativa, contamos com cinco vagas no mestrado. Nesses cinco anos de PPGAS da UFAM, contamos até o momento com cinco mestrados de indígenas concluídos e com dez em andamento, das etnias Tukano, Wahikanã, Wapichana, Ticuna, Macuxi e Cocama. Tivemos várias pesquisas que originaram mestrados e doutorados, cujas pesquisas foram feitas no âmbito do INCT, muitos com dissertações já concluídas.

Termino este texto comentando a dissertação *Criando gente no Alto Rio Negro: um olhar waikhana*, sobre a temática da criança, desenvolvida por Rosilene Pereira (2013), no seu Mestrado em Antropologia no PPGAS/UFAM. Nesse estudo o povo waikhana teve destaque em decorrência do pertencimento étnico da pesquisadora. O povo waikhana pertence à família linguística Tukano Oriental e ocupa as Terras Indígenas Alto Rio Negro I e Médio Rio Negro I e II, situadas no estado do Amazonas. De acordo com o Instituto Socioambiental (ISA), o povo indígena waikhana compõem-se de cerca de 1.300 pessoas do lado brasileiro e 400 na Colômbia (CABALZAR; RICARDO, 2006). Na sua dissertação foram apresentadas as formas de compartilhamento de saberes relacionados à agricultura, entre os adultos e crianças de 0 a 12 anos, tanto no que diz respeito às narrativas míticas quanto à captura e ao consumo de pequenos animais e à manufatura dos instrumentos de trabalho. Pereira mostra como uma das principais atividades das famílias indígenas do Alto Rio Negro é a criação e manejo das roças e como as crianças estão presentes nestas. A pesquisadora detecta inquietações de duas gerações distintas, os mais velhos e os jovens. “A geração mais velha, que tem o domínio do saber milenar acerca do sistema agrícola, questiona nos postulados do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), termos como ‘exploração de trabalho infantil.’” (PEREIRA, 2013). Essa questão é problematizada como contraditória pelas populações tradicionais na Amazônia, sobretudo pelos povos indígenas. Levar uma criança para atividades no roçado, na coleta de fibras, castanha, no pescado entre outras, é interpretado pelo ECA como exploração. E a geração jovem apoia-se no discurso do ECA argumentando que “*trabalhar na roça é exploração*”, bem como “*só trabalha na roça quem não é escolarizado*”. No entorno urbano de Santa Isabel e São Gabriel essa contraposição mencionada acima é mais comum do que nas comunidades.

A pesquisa de Rosilene Pereira mostra que essas horas que as crianças passam com a família na roça são momentos de intenso aprendizado,

não apenas de conhecimentos relacionados as atividades agrícolas, propriamente, mas também de aprendizado contínuo das narrativas míticas, por exemplo. Após a pesquisa que desenvolveu no mestrado, ao voltar para sua cidade, São Gabriel da Cachoeira, a autora reuniu uma série de propostas para a realização de materiais didáticos e de documentários sobre essa temática. São Gabriel, da Cachoeira apesar de ser o município mais indígena do Brasil, carece muito da aplicação de políticas que levem efetivamente à pluralidade das mais de vinte etnias da região.

Advogamos, em consequência disso, pela continuidade do INCT Brasil Plural, pois pensamos que agora estamos atingindo a maturidade suficiente para um incremento nas metas referentes à produção de materiais didáticos, documentários, criação de banco de dados, publicações de coletâneas, enfim, atividades para além das metas de realização de pesquisa e formação de recursos humanos, estas plenamente atingidas nestes primeiros anos de existência.

Referências

CALBAZAR, A.; RICARDO, A. C. *Mapa-livro povos indígenas do alto e médio Rio Negro: uma introdução à diversidade cultural e ambiental do noroeste da Amazônia brasileira*. 3. ed. São Gabriel da Cachoeira: FOIRN/ISA, 2006.

INCT BRASIL PLURAL. *Ticuna em dois tempos*. Catálogo da exposição. Manaus; Florianópolis: INCT Brasil Plural, 2013.

MONTARDO, D. L. O.; DOMINGUEZ, M. E. (Org.). *Arte e sociabilidades em perspectiva antropológica*. Florianópolis: EdUFSC, 2014.

PEREIRA, R. F. *Criando gente do Alto Rio Negro: um olhar waikhana*. 2013. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013.

PODÁALI: um documentário da música baniwa. Direção: Moisés Baniwa e Pedrinho Baniwa. São Gabriel da Cachoeira: ACICC/FOIRN/Video de Maloca, 2011. 1 videocassete.

SILVA, M.; MONTARDO, D. L. O.; SILVA, A. L. Projeto “Podáali: valorização da música Baniwa” e a Maloca Casa do Conhecimento: narrativa de um processo de transformação dos lugares do mundo. In: ANDRELLO, G. (Org.). *Rotas de criação e transformação: narrativas de origem dos povos indígenas do Rio Negro*. São Paulo; São Gabriel da Cachoeira: ISA; FOIRN, 2012.

TEIXEIRA, N. S. N. *Cestaria, noções matemáticas e grafismo indígenas na prática das artesãs ticuna do Alto Solimões*. 2012. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2012.

Sobre os autores

Alberto Groisman

Professor do Departamento de Antropologia da UFSC.

Ana Paula Müller de Andrade

Doutora em Ciências Humanas pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e bolsista de Pós-Doutorado da Universidade Federal de Pelotas.

Carmen Susana Tornquist

Professora do Departamento de Ciências Humanas da UDESC.

Deise Lucy Oliveira Montardo

Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFAM e pesquisadora do INCT Brasil Plural/CNPq/FAPEAM/FAPESC.

Eliana E. Diehl

Professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas e do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esther Jean Langdon

Professora do Departamento de Antropologia da UFSC e coordenadora do INCT Brasil Plural. Pesquisadora I-B CNPq.

Evelyn Schuler Zea

Professora do Departamento de Antropologia da UFSC.

Éverton Luís Pereira

Professor na Universidade de Brasília (UnB), é mestre e doutor em Antropologia Social pelo PPGAS/UFSC.

Gláucia de Oliveira Assis

Doutora em Ciências Sociais pela Unicamp. Professora do Departamento de Ciências Humanas e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Pesquisadora do Instituto Brasil Plural

Jesem Douglas Yamall Orellana

Sanitarista. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Pesquisador do Laboratório de Estudos Interdisciplinares em Saúde Indígena e Populações Vulneráveis, Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz.

Márcia Grisotti

Professora do Departamento de Sociologia e Ciência Política da UFSC, coordenadora do Núcleo de Ecologia Humana e Sociologia da Saúde e pesquisadora do CNPq.

Maurício Soares Leite

Professor do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Maximiliano Loiola Ponte de Souza

Médico psiquiatra. Doutor em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz). Chefe do Laboratório de Estudos Interdisciplinares em Saúde Indígena e Populações Vulneráveis, Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz.

Nádia Heusi Silveira

Mestre e doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Renata da Cruz Gonçalves

Mestre em Nutrição pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Rose Mary Gerber

Trabalha na Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (Epagri).

Sidney Antônio da Silva

Doutor em Antropologia Social pela USP. Professor da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Pesquisador do Instituto Brasil Plural. Coordenador do Projeto.

Sônia Weidner Maluf

Professora do Departamento de Antropologia da UFSC, coordenadora executiva do INCT Brasil Plural e pesquisadora do CNPq.

Theophilos Rifiotis

Professor do Departamento de Antropologia, Laboratório de Estudos das Violências (LEVIS), Universidade Federal de Santa Catarina.

Este livro foi editorado com a fonte Minion Pro e TheSerif. Miolo em papel pólen *soft* 80 g; capa em cartão supremo 250 g. Impresso na Gráfica e Editora Copiart em sistema de impressão *offset*.

A Coleção Brasil Plural tem como objetivo dar visibilidade às pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural (INCT/CNPq). Busca retratar as diferentes realidades brasileiras em toda a sua complexidade e contribuir para a elaboração de políticas sociais que levem em consideração as perspectivas das populações e comunidades estudadas. Além disso, visa formar pesquisadores e profissionais que atuem com essas populações.



Instituto Nacional de Pesquisa BRASIL PLURAL

