

INTERFACES ENTRE A ANTROPOLOGIA E A SAÚDE: em busca de novas abordagens conceituais^a

Claude RAYNAUT^b

RESUMO

Para estudar a forma como as sociedades lidam com o corpo – formas tanto simbólicas quanto físicas, biológicas – a antropologia se situa na interface de dois eixos de polarização que ocupam uma posição central no espaço epistemológico da disciplina: o de que, na análise dos fatos sociais, vai do individual ao coletivo, e o de que, na observação do campo do real, vai do material ao ideal. É esta posição singular que enriquece a antropologia da saúde e que lhe abre perspectivas teóricas e metodológicas que vão muito além daquelas às quais se restringem a antropologia da doença e a antropologia médica que enfocam o estudo dos cuidados sociais das desordens biológicas, fontes de sofrimento e infortúnio. Dentro desta perspectiva serão aprofundados os elementos que recobrem os dois eixos de questionamento acima citados e como a antropologia da saúde pode contribuir a explorá-los.

Descritores: Antropologia. Saúde pública. Pesquisa interdisciplinar.

RESUMEN

Para estudiar la forma como las sociedades tratan el cuerpo – tanto las simbólicas como las físicas y biológicas – la antropología sitúase en la interface de dos ejes de polarización que ocupan una posición central en el espacio epistemológico de la disciplina: él de que, en el análisis de los hechos sociales, va del individual al colectivo, y él de que, en la observación del campo de lo real, va de lo material a lo ideal. Ésta posición singular que enriquece la antropología de la salud y que le abre perspectivas teóricas y metodológicas que van bien allá de aquellas a las cuales se restringen a la antropología de la enfermedad y la antropología médica que enfocan el estudio de los cuidados sociales de los desórdenes biológicos, fuentes de sufrimiento e infortunio. Dentro de esta perspectiva serán profundizados los elementos que recubren los dos ejes de cuestionamiento arriba citados y cómo la antropología de la salud puede contribuir para explorarlos.

Descriptorios: Antropología. Salud pública. Investigación interdisciplinaria.

Título: Interfaces entre la antropología y las disciplinas del área de la salud: en búsqueda de nuevos abordajes conceptuales.

ABSTRACT

In studying how societies consider and deal with the human body both as a symbolic as well as a biological entity, anthropology situates itself at the nexus of two axes. These occupy a central epistemological space in the discipline and consist of: the analysis of social facts, ranging from their manifestations in the lives of individuals, to those manifested in the collective life of groups; and the observation of reality, ranging from its material to its immaterial or ideal aspects. This singular position enriches the anthropology of health and opens up theoretical and methodological perspectives that go beyond those of medical anthropology and the anthropology of illness in their restricted focus upon the social parameters of biological disorders, the causes of suffering, and misfortune. This paper attempts to reflect upon examples which encompass the above two axes showing how the anthropology of health can improve our understanding.

Descriptors: Anthropology. Public health. Interdisciplinary research.

Title: Interfaces between anthropology and the disciplines of the health area: a search for new conceptual approaches.

^a Texto elaborado em Francês para a aula inaugural do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, proferida em Porto Alegre, 17 de março de 2006. Revisão do Português: Tatiana Engel Gerhardt.

^b Antropólogo, Doutor em Etnologia e Diretor de Pesquisas no Centro de Pesquisas Científicas da França (CNRS), Universidade de Bordeaux 2 (França).

1 INTRODUÇÃO

A interdisciplinaridade entre as Ciências Sociais e as disciplinas da Área da Saúde é, sem dúvida, um dos requisitos mais frequentemente expressos no que se refere à abordagem dos problemas de Saúde Pública bem como àqueles que se colocam em nível individual.

Como fazer com que as disciplinas que se referem a pessoas doentes, pretendendo achar soluções às causas do seu sofrimento físico, integrem o fato de que a essência da pessoa humana vai muito além do seu corpo biológico – sendo ela um ser que pensa, imagina, simboliza, vive tanto de afetos e fantasmas quanto de alimentos materiais? Como fazer com que os especialistas cuja atuação se dirige aos indivíduos – seja para curá-los ou para educá-los – admitam o fato de que cada pessoa está inserida em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que, até certo ponto, orientam o seu comportamento?

Este problema não se coloca apenas do lado das disciplinas médicas e biológicas que teriam que aceitar os lados imateriais e sociais da realidade humana. A dificuldade reside também em como conseguir que as Ciências psicológicas e sociais admitam que o ser humano não é constituído somente de um espírito, mas também de um corpo? Como fazer com que elas admitam, também, que as sociedades humanas não podem ser analisadas apenas na sua dimensão cultural, levando unicamente em conta suas representações, seus modelos de comportamento, o modo como elas organizam as relações entre seus membros? Como fazer com que as Ciências humanas integrem a evidência de que os sistemas sociais só existem porque eles têm suas raízes numa realidade biológica: a dos corpos dos seus membros?

Portanto, o principal desafio a ser superado consiste em tentar restituir, mesmo que de forma parcial, o caráter de totalidade do mundo real, dentro do qual, e sobre o qual, nós todos pretendemos atuar. Totalidade, a palavra surge cada vez que se fala de interdisciplinaridade! É evidente que o mundo real, na sua essência, é total. Ele é feito de inter-relações e interações entre os muitos elementos que o compõem. Ele não conhece fronteira estanque. Mas o paradoxo é o seguinte: essa totalidade do mundo, sua unicidade, foi uma das primeiras formas de como o pensamen-

to humano tomou consciência do universo e da posição do homem nele. Por meio do pensamento mítico, das filosofias antigas, até mesmo, hoje, das religiões, muitas foram as maneiras de apreender esta unicidade.

A novidade que trouxe o pensamento científico em relação a essas formas antigas de pensamento foi justamente o de aceitar dividir o mundo em facetas, níveis de organização diferentes e tentar desenvolver instrumentos específicos – conceitos, definições de objetos, métodos de observação – para tentar explicar os fenômenos observados dentro dos limites assim definidos. Foi este reducionismo, ele mesmo – este esforço de abstração no próprio sentido da palavra – que capacitou a produção de um conhecimento que permitisse uma ação mais decisiva sobre o mundo. Isso quer dizer que o recorte do real pelas disciplinas foi o movimento histórico do pensamento humano que viabilizou o surgimento e o desenvolvimento do pensamento científico. De uma certa forma, isto quer dizer que a existência das disciplinas e a possibilidade de pensar o mundo cientificamente são inseparáveis.

Mas por outro lado, no decorrer da história de construção das ciências, perdeu-se a consciência do caráter formal, artificial, às vezes provisório, desses recortes. Mais do que ângulos de representação do universo, espaços particulares onde os poderes da mente humana possam se exercer, o recorte disciplinar, outrora instrumento metodológico para organizar o pensamento, transformou-se em divisão de territórios, cada vez mais exclusivos uns dos outros. As fronteiras disciplinares serviram para construir divisões institucionais – nas Universidades, principalmente – que se tornaram, progressivamente, redes de interações privilegiadas, quadro de afirmação de identidade intelectual e, ao final, territórios de poder. O sistema educativo reforçou e cristalizou o que era, no início, uma diversidade epistemológica nas abordagens do real. Um aluno de Medicina, no final do seu currículo, sabe muito pouco, senão nada, das dimensões sociais dos problemas de saúde que ele vai enfrentar. Sem falar dos alunos de Ciências Sociais, para quem o corpo humano simplesmente não existe, senão como objeto de modelos e representações sociais. A evolução do mundo acadêmico operou-se, durante o último século, no sentido de uma crescente especialização que tornou a co-

municação entre disciplinas cada vez mais difícil. Os intercâmbios entre os grupos e os departamentos nas estruturas de ensino e de pesquisa ficaram cada vez mais escassas.

Mas tal fragmentação não dá conta da realidade encontrada na hora em que se tenta responder concretamente aos problemas da vida real. Dentro de um hospital, pode-se reduzir uma pessoa doente quase unicamente ao seu corpo – simples objeto de manipulações e terapêuticas, esquecendo-se de quem ela é, de onde ela vem, qual é seu contexto familiar e social. Se tudo der certo, ela sairá curada, mas o que acontecerá quando ela voltar ao seu ambiente de vida habitual? Aqui, não serão mais as técnicas médicas que poderão assegurar a manutenção de um bom estado de saúde. Serão medidas preventivas que demandam a participação ativa, da própria pessoa, mas também, muitas vezes, daquelas que compartilham seu espaço de vida e cujas atuações e decisões determinam suas condições materiais de vida. Bem se sabe que até nos países mais desenvolvidos, e mais ainda num país como o Brasil, a questão das desigualdades, das injustiças, é um problema fundamental que deve ser resolvido para melhorar o estado de saúde da população. Mas já se sabe que não são com técnicas médicas que se eliminarão as raízes da pobreza e da injustiça.

Confrontados com essas realidades, muitos são – do lado das disciplinas da Área da Saúde bem como das Ciências Sociais – os que tentaram desenvolver outros enfoques menos fragmentados, mais abertos à diversidade e complexidade das dimensões encontradas no cotidiano. Saúde comunitária, Saúde da família, Epidemiologia social, estão do lado das disciplinas da saúde, algumas das correntes que tentam fazer esse esforço de síntese. Do lado das Ciências Sociais, vários trabalhos de Antropologia e de Sociologia da saúde buscam também utilizar seus instrumentos para responder a problemas de saúde específicos.

Retomando, assim, a colocação inicial, a interdisciplinaridade se impõe cada vez mais como uma exigência imprescindível para abordar as questões relativas à saúde das populações e dos indivíduos.

Mas como passar da afirmação de uma exigência geral para uma prática concreta? A

questão fica aberta. Alguns pensam que o objetivo é acabar com as divisões entre as disciplinas, de formar novos cientistas interdisciplinares, capazes de abarcar sozinhos, a totalidade dos aspectos da realidade. Homens ou mulheres “orquestras”, que pudessem tocar sozinhos todos os instrumentos da análise científica. Pela minha experiência, o risco que traz consigo a pretensão de formar “homens orquestras” é o de acabar fabricando criaturas do tipo “Frankenstein”, feitas de pedaços mal costurados e desajeitados que não possuem nenhuma competência sólida, nos vários domínios de sua formação.

O segredo da interdisciplinaridade reside na competência acertada de cada especialista na sua disciplina, mas com o corolário de uma tomada de consciência dos limites da representação da realidade que ele constrói com seus conceitos e instrumentos metodológicos. Essa consciência conduz à vontade de ultrapassar esses limites, graças a trocas de questionamento e de informações com outros especialistas que possuem os conceitos e instrumentos adequados para analisar outras facetas da realidade.

Segundo esta perspectiva, uma interdisciplinaridade realista e eficiente se constrói: sobre a consciência da relatividade e dos limites da cada campo disciplinar; sobre uma boa informação a respeito do que outras disciplinas podem trazer na construção de um conhecimento mais amplo da realidade; sobre a vontade e a capacidade de fazer trocas, além das fronteiras disciplinares.

Partindo dessas reflexões gerais e preliminares surge a seguinte interrogação: qual a contribuição da Antropologia, em colaboração com disciplinas de Saúde Pública/Coletiva e, em particular com as disciplinas da Enfermagem, para a elaboração de um saber que possa ser útil para tentar resolver os problemas de saúde em situações de desenvolvimento?

Partindo desta questão, vou me apoiar, antes de tudo, sobre o resultado de alguns trabalhos de pesquisa interdisciplinar que conduzi e acompanhei em vários lugares: aqui no Brasil, na África, na França. É a experiência concreta de um pesquisador. Visão e experiência de alguém que lutou uma grande parte de sua vida para tornar realidade a utopia da interdisciplinaridade.

Para resumir e simplificar, insistirei sobre duas dimensões da contribuição da Antropologia

na compreensão de qualquer aspecto da existência concreta de uma sociedade e das dinâmicas que fazem esta sociedade se reproduzir, mas também mudar e se transformar. São dimensões fundamentais – eu diria fundadoras – da disciplina. Elas constituem dois eixos de uma problemática que ocupam uma posição central no seu espaço epistemológico: o primeiro eixo vai, na análise dos fatos sociais, do individual ao coletivo, tentando entender como se articulam estes dois pólos na estruturação de toda realidade social concreta; o segundo eixo vai, na observação da realidade, do material ao imaterial – tentando acabar com a dicotomia – para não falar de antagonismo – que opõe disciplinas “duras” e disciplinas humanas ou sociais.

Apesar de serem questões fundamentais que a disciplina antropológica coloca diante de qualquer tipo de realidade, elas se aplicam de modo particularmente pertinente a muitos problemas concretos que dizem respeito à saúde. São também questões com as quais estão confrontados todos os que atuam na Área da Saúde e que podem ser compartilhadas com os antropólogos, abrindo, assim, um espaço de colaboração interdisciplinar.

2 OS EIXOS DE UMA PROBLEMÁTICA

Em primeiro lugar, tentarei esclarecer rapidamente o conteúdo teórico desses dois eixos de questionamento.

2.1 O individual e o coletivo

O debate sobre a posição do indivíduo, do ator social, do sujeito, na construção do social é um dos mais importantes dentre os debates com os quais estão confrontadas as Ciências Sociais. Todo sistema social é constituído por um conjunto de consciências, de vontades e de interesses individuais que interagem e recriam o social, a cada momento. Mas ele é muito mais do que a resultante de atuações individuais. Ele existe como uma realidade intrínseca e objetiva que se impõe aos indivíduos por meio de instituições que orientam as relações sociais e de quadros culturais que modelam as representações mentais, a partir das quais elaboram-se as ações individuais. O indivíduo é, ao mesmo tempo, o produto e o produtor do social. Muitos teóricos das Ciências Sociais desenvol-

veram esta problemática: como Durkheim o fundador da Sociologia, Gertz, Foucault, Bourdieu e muitos outros.

Este paradoxo é central para a Antropologia, na medida que a disciplina busca: por um lado, identificar os universais que subtendem a diversidade das sociedades e das culturas humanas e, por outro lado, dar conta da especificidade da cada situação concreta, vivida por indivíduos “em carne e osso”.

A situação teórica deste tema é tanto mais complexa que, como alguns antropólogos e historiadores o evidenciaram, a própria categoria de **indivíduo**, de pessoa – em particular, como categoria ética – é uma construção social⁽¹⁻⁴⁾. Em muitas sociedades indígenas, a “pessoa coletiva”, a fusão dentro de um grupo de pertencimento, a adequação a modelos comunitários, representam modelos muito mais valorizados do que a busca de realizações individuais. Na cultura européia – que todos nós compartilhamos, mesmo que sob diferentes formas – a própria idéia de destino individual, após a longa eclipse da Idade Média, surgiu historicamente da revolução cultural do Renascimento e do Humanismo (com Erasmo e a noção de “Livre arbítrio”, bem como com a Reforma religiosa protestante)⁽⁵⁾.

O modo como são tratadas as idéias de **indivíduo** e de **coletividade** (ou de comunidade) dentro de uma sociedade é um dos elementos fundamentais da sua cultura, com muitas conseqüências, tanto no nível da sua organização como naquele das práticas individuais. Muitas das evoluções, tanto conceituais quanto institucionais e políticas das sociedades modernas, remetem, no final das contas, a reajustes nas relações entre o indivíduo e as várias instâncias coletivas às quais ele pertence. A liberação das iniciativas individuais é um dos pilares ideológicos do modelo econômico e social liberal, bem como a livre expressão das escolhas e opiniões individuais constitui o princípio fundador do sistema político democrático⁽⁶⁾.

Este tema é particularmente pertinente no que diz respeito à saúde, pois o corpo humano é o local privilegiado de confrontação entre o individual e o coletivo. A experiência física dos nossos limites corporais faz com que cada um de nós tome consciência da sua singularidade. O corpo é também o local onde se tem a experiência do pra-

zer e do sofrimento, que não pode ser totalmente compartilhada. Ainda, a pluralidade dos corpos de seus membros anuncia de forma bruta, o fato de que todo grupo é uma construção social, cuja unidade existe somente pelo agrupamento de individualidades que o compõem, mas que são inter-relacionados uns aos outros.

Esta tensão é inerente a todo sistema social – entidade coletiva que se constrói a partir da articulação de individualidades e que faz da dominação do corpo o nível mais fundamental da construção social. Para fundamentar sua permanência como sistema organizado, toda e qualquer sociedade necessita imprimir sua marca sobre os corpos dos seus membros. Para isto, ela os submete às suas normas, aos seus cânones, socializando em prioridade as funções biológicas das quais depende sua perpetuação (as funções reprodutivas) e controlando a força de trabalho sobre a qual repousa a produção de bens materiais, essenciais à reprodução do sistema e ao funcionamento de suas instituições.

Por outro lado, e em contrapartida, as estruturas coletivas (familiares, políticas) – para se reproduzirem material e socialmente – devem assumir um papel de proteção dos indivíduos contra agressões externas e garantir-lhes, na medida do possível, a sua integridade física – seja assegurando a satisfação das necessidades básicas, quer amenizando as conseqüências de choques externos, quer oferecendo uma proteção armada.

Controlado, marcado, protegido, o corpo humano é profundamente socializado. Mas, ao mesmo tempo, ele propicia a experiência mais íntima da individualidade. Cada um dentre nós é submetido, sem nenhuma mediação, às exigências e solicitações de seu próprio corpo. Mesmo que a resposta a essas necessidades passe por uma relação com uma outra pessoa, somos, cada um de nós quem experimenta, concretamente, a recuperação do bem-estar e da saúde.

É igualmente o trabalho de cada pessoa sobre o seu corpo – sua postura, seus gestos, sua aparência, sua ornamentação, o exercício de suas funções biológicas e de sua atividade física – que constitui o pedestal do sistema de trocas sobre o qual repousa toda a vida social, dentro de um permanente conflito entre a afirmação de sua singularidade e a adesão a uma (ou várias) identidade(s) coletiva(s).

A doença – como provação, acidente, fator de perturbação – pode ser um revelador pujante desta tensão entre o individual e o coletivo. Para o grupo, o evento que atinge um dos seus membros pode constituir uma ameaça que será proporcional à posição que ele ocupa na economia simbólica ou material do conjunto da estrutura social. Para o indivíduo, por mais pessoal que seja a experiência do sofrimento, ele não pode dar sentido ao que ele experimenta, nem achar uma saída, sem posicionar-se em relação aos outros, ao grupo. É desta forma que ele pode interpretar a causa da sua doença, procurar ajuda e cuidado, confrontar-se com reações de empatia ou de rejeição.

Para a Antropologia, cujo objetivo último é estudar as propriedades da estrutura e do funcionamento das sociedades humanas, as modalidades de expressão da tensão fundamental entre indivíduo e a coletividade representam um objeto de pesquisa essencial. Nesta perspectiva, o estudo das formas sociais de cuidado do corpo constitui um ângulo privilegiado para tratar este tema.

2.2 O ideal e o material

O segundo eixo a partir do qual se organiza, necessariamente, qualquer esforço para analisar e compreender os sistemas sociais, diz respeito ao papel que desempenham, na sua gênese, na sua estruturação, no seu funcionamento: por um lado, fatores que procedem das dimensões materiais do real (por exemplo, as características do grupo como população de seres vivos, a influência do meio ambiente ou as restrições às quais se encontra submetida qualquer interação técnica com a matéria); por outro lado, a capacidade específica do ser humano de produzir símbolos, imagens, conhecimentos e sentido.

A questão da articulação entre **Ideal e Material**⁽⁷⁾ está presente, há muito tempo, na Antropologia. Poder-se-ia dizer que ela é constitutiva de uma disciplina que tem uma abordagem holística da realidade – particularmente evidenciada por Marcel Mauss com a noção de fenômeno social total⁽⁸⁾. Trata-se de um esforço em reunir fatos da vida material e da cultura (no que ela tem de mais incorporal) em um mesmo esforço de compreensão das realidades sociais.

Diversas e divergentes foram as posições tomadas dentro da própria disciplina antropológica, no tocante aos papéis respectivos dos fatos materiais e dos fatos imateriais na gênese do social. Houve, em particular, uma oposição quase que insuperável entre teorias que fazem do social, em última instância, o resultado de determinações materiais – é o caso da Antropo-Biologia e da Ecologia Humana de Rappaport⁽⁹⁾ e, até certo ponto, do funcionalismo de Malinowski⁽¹⁰⁾ – e teorias que privilegiam a atividade simbólica e cognitiva como a essência da relação que o Ser Humano mantém com o resto do Mundo (como na obra do Foucault, por exemplo). Estas últimas fazem do estudo dos processos de construção do sentido e do discurso a própria essência da disciplina antropológica (encontram-se nesta corrente, por exemplo, a Etno-Psiquiatria, a Antropologia estruturalista e os enfoques mais subjectivistas das teorias do pós-modernismo).

Hoje, a necessidade de pensar a relação entre o material e o imaterial na construção do social – não como uma alternativa excludente ou como uma hierarquia, mas como uma inter-relação – ressurgiu, mais pertinente do que nunca, a partir de interrogações sobre a idéia de natureza e a forma de se abordarem as relações sociedade/natureza^(11,12). Este novo questionamento origina-se na tomada de consciência coletiva dos desafios com os quais as sociedades contemporâneas estão confrontadas nas suas relações com os ambientes que ocupam, exploram, transformam.

Os debates sobre esses questionamentos levaram à conclusão sobre a necessidade de repensar o paradigma da dicotomia Ideal/Material, Ser Humano/Natureza – no qual as sociedades ocidentais fundamentam, há muito tempo, sua representação do Mundo, paradigma recuperado pelas Ciências Sociais, profundamente enraizadas na mesma cultura.

Com a mudança de paradigma epistemológico, o olhar científico não privilegia mais a oposição entre dois termos irreduzíveis (materialidade e imaterialidade), mas centra-se na relação dialética entre duas facetas de uma mesma realidade. Tal relação não é linear, sendo circular. As sociedades, para se reproduzirem socialmente (portanto no nível imaterial), devem garantir sua permanência material e manter a compatibilidade entre sua forma de se organizarem e se representa-

rem o Mundo e os requisitos que lhes impõem a base física e biológica de sua existência. Deste ponto de vista, a imaterialidade é modelada pela materialidade. Mas, por outro lado, a “Natureza”, da qual as sociedades respeitam as exigências, acha-se transformada, modelada, ou simplesmente valorizada, pelo próprio processo de seleção e do uso pelos homens. Esta “antropização” da natureza é o resultado de práticas inspiradas por objetivos, valores, aspirações, representações mentais, saberes e *savoir faire*, cuja essência é imaterial. Deste ponto de vista, a materialidade é modelada pela imaterialidade.

Desta forma, qual relação podemos estabelecer entre esse debate e os questionamentos com os quais a Antropologia é confrontada quando aborda o corpo e a saúde? A relação é dupla: em primeiro lugar, o corpo representa a interface mais íntima, mais profunda entre o natural e o social. Ele constitui a “face internalizada” da natureza dentro do social, a parte não social do social, da qual nenhuma sociedade pode se liberar, pois sem essa face, a sociedade não existiria mais. Quando a sociedade pensa o corpo de seus membros é, mais amplamente, a relação à sua própria materialidade que ela pensa. Neste processo ela define o que a constitui como humana. Por exemplo, na cultura e ciência ocidental, a dicotomia sociedade/natureza encontra eco na dissociação alma (espírito) e corpo. Na tradição cristã, o que define a humanidade do homem não é sua materialidade efêmera, mas sua alma imortal. Na tradição cartesiana, o que constitui nossa essência é o fato de pensarmos (*Cogito ergo sum*). Mas todas as sociedades no planeta não operam a mesma separação. As filosofias orientais consideram o espírito e o corpo, o mundo material e o mundo imaterial, como duas facetas da mesma realidade. Para muitas religiões das sociedades pré-industriais as plantas, os animais, os objetos têm uma alma, vontade e exigências que o Ser Humano não pode deixar de respeitar. Na história do pensamento europeu, esta oposição nem sempre foi feita: as filosofias da Antigüidade Greco-Romana não estabeleciam uma fronteira estanque entre o domínio do espírito e o da materialidade e da corporeidade. O modo de lidarmos com o corpo, com as doenças, com as terapias, com a dor é amplamente determinado pelas representações mentais que nossa cultura tem de nosso corpo e de suas relações com nossa mente e nossas emoções.

Em segundo lugar, a problemática das relações entre o material e o imaterial é pertinente, quando aplicada pela Antropologia ao questionar o papel dos fatos culturais na gênese da relação entre os fatores ambientais e os equilíbrios corporais. Quando um enfoque simplificador pretende estabelecer uma relação direta, mecânica, entre meio ambiente e doença, a Antropologia introduz a mediação do social. Ela mostra como, pelo fato de se organizar em sociedade, de ter a capacidade de pensar seu ambiente e agir sobre ele, o Ser Humano pode modificar o impacto das condições materiais de vida sobre seu corpo. Fatos imateriais (representações, valores, relações sociais) podem revelar-se fatores determinantes para a saúde.

Em conclusão, pode-se considerar que estes dois eixos da problemática – individual/coletivo; material/imaterial – não são apenas constitutivos do enfoque teórico específico da Antropologia, mas também encontram um campo de aplicação particularmente pertinente na abordagem de eventos de saúde.

3 AS IDÉIAS CONFRONTADAS COM A REALIDADE CONCRETA

A partir das reflexões apresentadas anteriormente e baseando-me em pesquisas concretas, vou tentar ilustrar e sustentar, com dados empíricos, as colocações teóricas.

3.1 Condições materiais de vida e estado de saúde: quando as desigualdades econômicas da família não refletem o estado nutricional das crianças

Para desenvolver esse tema, vou me apoiar em dois estudos interdisciplinares realizados em dois lugares diferentes: em uma cidade da África e em uma cidade brasileira.

Os objetivos desses dois estudos que foram desenvolvidos com dez anos de intervalo – 1985 na África, 1995 no Brasil – foram o estudo das relações entre desigualdades socioeconômicas e variabilidade no estado de saúde. Bem se sabe que o problema das disparidades de saúde constitui um dos grandes desafios das Políticas Públicas de Saúde. Isso é verdade nos países mais desenvolvidos – Europa, Estados Unidos, Japão – onde, ape-

sar da melhoria global do nível de saúde, as diferenças de morbidade e mortalidade entre categorias sociais e regiões permanecem muito marcadas. É ainda mais pertinente no que diz respeito aos países emergentes e aos países pobres. Não é necessário ressaltar, aqui, a importância do tema das desigualdades socioeconômicas num país como o Brasil, que chegou a ser chamado de Belíndia porque apresentava situações de saúde semelhantes às daquelas que se encontram na Bélgica e na Índia. Achar respostas a situações de pobreza e desigualdades extremas – com sua expressão mais evidente no campo da saúde – é, com certeza, um dos maiores desafios que enfrenta o Brasil.

Na África onde realizamos nossa outra pesquisa – no Níger, país limítrofe do deserto de Saara – a situação é distinta, uma vez que a miséria é um problema geral. Na classificação do Banco Mundial, ele consta, hoje, como um dos países mais pobres do mundo. Apesar disso, existem desigualdades. Há quem consiga melhorar suas condições de vida, até mesmo satisfazer além das suas necessidades básicas e há quem consiga apenas sobreviver.

O estudo foi desenvolvido, em 1985, na cidade de Maradi, situada na parte central do Níger, com uma população, naquela época, em torno de 85.000 habitantes^(13,14). A economia assentava-se principalmente sobre o comércio com o grande país vizinho, a Nigéria, e sobre o comércio de produtos agrícolas, oriundos de regiões rurais circunvizinhas. Este estudo foi voltado principalmente para a saúde das crianças menores de 5 anos. Ele incluiu, no quadro de uma colaboração interdisciplinar estreita, investigações socioeconômicas conduzidas por geógrafos, economistas, pesquisas epidemiológicas e estudos antropológicos aprofundados. Investigações foram conduzidas numa amostragem representativa da população da cidade. Elas permitiram, num primeiro momento, distribuir as famílias em função de seu nível econômico.

O estudo confirmou a existência de diferenças significativas em relação ao nível socioeconômico, para quase todos os critérios de saúde utilizados. Entretanto, os resultados foram surpreendentes: havia pouca diferença em relação ao estado nutricional das crianças dos estratos mais altos e dos mais pobres, entre as famílias da

pequena burguesia e das famílias com péssimas condições de moradia. Este paradoxo era o resultado do conjunto de dois fenômenos antagônicos: crianças de famílias ricas não aproveitavam tanto quanto se podia esperar, as boas condições de vida de seus pais; crianças de famílias miseráveis apresentavam um estado nutricional médio melhor do que a precariedade extrema do seu quadro de vida material deixava entrever.

Foi a partir desse paradoxo que se desenvolveram os estudos antropológicos. Simplificando ao extremo, posso citar assim os resultados obtidos: os padrões alimentares das famílias mais ricas permaneciam seguindo os modelos tradicionais, de modo que, apesar de comer mais, suas crianças não desfrutavam de uma melhor qualidade de comida; a pobreza das condições de moradia e de vida material dos mais pobres não refletia os meios pelos quais eles conseguiam acesso à alimentação cotidiana. Simplificando muito, podemos dizer que eles se inseriam dentro de redes de doações de comida, redes muito vívidas na sociedade local. Estas redes obedeciam, em primeiro, lugar a objetivos sociais – manter laços sociais, demonstrar sua generosidade – mas funcionavam também como instituições locais de proteção social. Participar dessas redes – recebendo muito mais do que elas davam – era, para as mães, uma forma de conseguir comida para elas próprias e para suas crianças. Nessas condições, a criação de relações sociais e a inserção dentro de redes de troca abastecidas por pessoas mais ricas, ocupavam uma posição central nas estratégias de sobrevivência das famílias pobres. A eficiência dessa estratégia foi evidenciada nesse estudo pelo fato de as crianças, cujas mães participavam ativamente dessas redes, terem uma situação nutricional expressivamente melhor do que aqueles que não participavam.

Inicialmente pensávamos que esta situação estava estreitamente ligada às realidades específicas da cultura africana local. Foi com uma certa idéia comparativa que montamos, 10 anos depois, no contexto brasileiro, um estudo um pouco semelhante no que diz respeito a alguns de seus aspectos. Este estudo foi realizado em 1995, em Paranaguá: cidade paranaense que contava, nessa época, com 110.000 habitantes. Pequena cidade para os padrões brasileiros, mas cujo tamanho permitia aplicar uma metodologia semelhan-

te àquela utilizada no Níger: isto é, realizar um estudo global da cidade e elaborar uma amostra representativa da população total. Paranaguá apresenta uma realidade social, cultural, econômica e ecológica totalmente diferente daquela que se encontra em Maradi, no Níger. Um grande porto, uma atividade econômica bastante elevada, uma alta taxa de desemprego – mas sem comparação com a que se encontrava na cidade africana – um clima muito mais ameno do que o existente na fronteira do grande deserto do Saara.

A metodologia aplicada, nesse caso, para descrever as desigualdades socioeconômicas e relacioná-las à variabilidade do estado de saúde foi bastante semelhante àquela montada em Maradi^(14,15). O trabalho de campo foi realizado por estudantes do Curso de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e da Universidade de Bordeaux 2 (França). A pesquisa epidemiológica foi realizada pela Dr^a Eleusis Ronconi de Nazareno⁽¹⁶⁾ e a investigação antropológica, pela Dr^a Tatiana Engel Gerhardt⁽¹⁷⁾. Uma síntese deste trabalho interdisciplinar foi apresentada anteriormente⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

A estratificação socioeconômica mostrou também, nesse caso, grandes desigualdades. Por um lado, foram encontrados moradores nas franjas mais pobres das cidades, repelidos nas áreas de manguezais em condições de grande insalubridade, com uma taxa de desemprego ou de emprego informal muito alta. Por outro lado, haviam populações de alta renda, morando geralmente perto do centro da cidade, em habitações de alto padrão e desfrutando de todos os itens do conforto moderno.

Mais uma vez, a intensidade das diferenças de estado de saúde conforme o nível econômico da família e local de moradia confirmou-se em várias patologias. Mas em Paranaguá, com uma certa semelhança com o observado em Maradi, as diferenças observadas, no que diz respeito à situação nutricional das crianças foram menos marcadas do que se esperava e, antes de tudo, as prevalências da desnutrição aguda e crônica não atingiram os níveis esperados nas famílias submetidas a condições de vida particularmente precárias: seja por morar nas franjas mais insalubres da cidade ou por pertencer ao estrato econômico mais baixo.

Os estudos antropológicos conduzidos em Paranaguá evidenciaram, em relação a estas famílias pobres, a existência de estratégias de acesso aos recursos alimentares bastante semelhantes aos observados no Níger: integração a redes de circulação e distribuição de comida, busca de proteção. Entretanto, as estruturas sociais utilizadas e as estratégias desenvolvidas são diferentes: em Paranaguá, o papel principal sendo desempenhado pelas relações familiares e de vizinhança, a integração a redes de solidariedade organizadas em torno das igrejas, a integração em redes sociais e políticas de clientelismo que dão acesso a cestas básicas.

A grade de leitura utilizada a partir dos dois eixos – material/imaterial; individual/coletivo – revela-se muito pertinente para analisar esses dois casos concretos e para chegar a conclusões teóricas gerais.

Em primeiro lugar, nos dois casos, estamos claramente confrontados com uma relação dialética entre o material e o imaterial. O acesso à alimentação – condição determinante do estatuto biológico das crianças – é dependente de estratégias complexas baseadas na criação de laços sociais e de práticas de inserção social. Poder-se-ia interpretar esses comportamentos simplesmente como estratégias práticas, funcionais, materiais: respostas adaptativas à carência de recursos, redes espontâneas de “seguro social”. Mas, na realidade, estas redes sociais existem independentemente das funções práticas que elas podem cumprir nas situações de crise.

Na sociedade africana, a circulação de bens materiais – dentre os quais os alimentos, mas também muitos outros bens como roupas, fumo e até dinheiro – cumpre uma função simbólica essencial para estabelecer e manter laços sociais, para expressar uma posição social por meio da generosidade⁽²¹⁾. É uma linguagem universal, mas particularmente significativa nesta cultura: a linguagem da “dádiva e da obrigação de retribuir os presentes” analisada teoricamente por Mauss e, mais recentemente, por Godelier⁽²²⁾.

Na situação brasileira, a linguagem simbólica da circulação dos bens materiais funciona como em qualquer sociedade, mas não cumpre um papel privilegiado na produção de sentido. Na cultura brasileira fortemente marcada pela diversidade cultural e pela mobilidade, os valores de so-

lidariedade, de entre-ajuda, as relações clientelistas de proteção do dependente e de fidelidade ao patrão, desempenham um papel essencial na construção dos laços sociais entre as populações de migrantes. Aqui também esses valores e modelos sociais, na essência incorporais (não biológicos), contribuem para remodelar e para criar o espaço de recursos no interior do qual se resolvem os problemas de ordem biológica. O ideal (nesse caso uma concepção das relações sociais) reveste, portanto, uma eficiência material (no corpo das crianças).

A situação nutricional das crianças, que determina a capacidade dos grupos sociais a se reproduzirem fisicamente, fica na dependência de fatores imateriais como os objetivos e os valores sociais que estruturam as relações interpessoais nas duas sociedades analisadas. Os fatores culturais são tão importantes como as condições de vida materiais ou os processos biológicos para explicar uma situação nutricional particular e tentar remediá-la.

O segundo eixo de análise também é pertinente. Os resultados dos dois estudos evidenciam a necessidade de se pensar o papel dos indivíduos como sujeitos sociais. Principalmente, eles conduzem a reexaminar a noção de **condições de vida** considerada nas suas relações com as disparidades de saúde. Sem dúvida, cada indivíduo, cada família, cada grupo local, está enfrentando, na sua existência cotidiana, não apenas restrições e potencialidades referentes ao seu quadro de vida material, mas também aquelas que se originam em seu universo coletivo, social e cultural: representações e valores transmitidos pela educação e pelos processos de socialização; configuração de relações interpessoais decorrentes da organização social e dos embates do poder. Seu estado de saúde – ou, no caso, a saúde das crianças – é necessariamente dependente desse contexto, refletindo a posição que o indivíduo ocupa dentro da estrutura social e econômica da sociedade. No entanto, cada um – indivíduo, família, grupo local – conserva um espaço de atuação próprio que lhe permite intervir como ator de sua própria existência, reinterpretando as condições externas às quais ele está submetido e elaborando o que nós propomos chamar de **situação de vida**: realidade existencial cotidiana à qual ele impõe, com mais ou menos força, conforme os

casos, a sua marca. Ele elabora, assim, no decorrer da sua história pessoal, sua própria experiência de sujeito: consciência e olhar distanciado sobre o que, em torno dele, cabe ao domínio do material, como do imaterial.

Operamos aqui uma distinção que consideramos fundamental para entender a complexidade da relação entre o que a Epidemiologia costuma chamar de **fatores de risco** e o estado de saúde efetivo dos indivíduos e das populações, distinção entre as **condições** e as **situações**.

As condições, noção que se aplica a tudo aquilo que se impõe às vontades individuais na qualidade de dados objetivos referentes a um quadro existencial – quer sejam dados imateriais, tais como instituições sociais, relações interpessoais ou realidades culturais; quer sejam dados materiais, tais como o nível econômico, as condições habitacionais, a ameaça de um agente físico ou biológico danoso. Constam, nessas condições, não apenas aquelas que podem ter um impacto negativo sobre a existência das pessoas – a realização de suas aspirações pessoais, sua saúde – mas também as potencialidades que podem existir para agirem e responderem aos problemas encontrados (por exemplo, a oferta de serviços de saúde, de formação ou a existência de estruturas formais ou informais de apoio e de solidariedade).

A situação é uma noção que coloca a ênfase sobre a posição singular que ocupa um indivíduo, uma família, uma comunidade – conforme o nível de análise adotado – em relação a esse universo referencial. Esta posição é o resultado de uma interação permanente entre as condições existentes em um certo momento e o desempenho dos atores sociais, quer eles as aceitem sem reagir – às vezes sem sequer ter consciência da sua existência, quer eles tentem modificá-las ou, mais freqüentemente, interpretá-las, resistir-lhes, aproveitar as suas contradições e os espaços que elas deixam para desenvolver iniciativas e inovações.

Tais observações empíricas abrem uma dupla perspectiva. Em um nível teórico, elas alimentam uma reflexão de cunho geral sobre as relações entre o individual e o coletivo, sobre o papel objetivo das realidades imateriais. Em um nível prático, o das políticas de saúde, elas colocam em evidência o interesse em levar em conta, na procura de soluções aos problemas de saúde, as dinâmicas existentes na população sobre a qual quer intervir.

3.2 Os jovens e a *AIDS* na África: a complexa construção da relação individual ao risco

Um outro exemplo permitirá aprofundar ainda mais a noção de **situação de vida** e a reflexão sobre o papel do ator social frente às influências oriundas do quadro coletivo – influências materiais e não materiais. Esta pesquisa foi realizada na África, na Costa do Marfim, em uma cidade chamada Daloa^(23,24).

A situação demográfica e social da cidade é marcada por uma grande mobilidade populacional – devido, principalmente, à atração que exerce, sobre os adolescentes e jovens de uma ampla região, a presença de instituições de formação: escolas, colégios, estabelecimentos de ensino superior. O objetivo da pesquisa foi o de estudar como a população de jovens escolarizados e a dos que saíram do percurso escolar antes de obterem um diploma, situam-se em relação ao risco de contaminação pelo *HIV*, ao qual eles estão particularmente expostos, por serem jovens e por estarem distantes das instituições de controle social existentes na sua comunidade de origem (sobre tudo a família).

A hipótese central foi a de que, contrariamente à forma como as campanhas de prevenção da *AIDS* abordam geralmente o problema, não se pode desvincular a vida sexual do conjunto de outras dimensões da existência, nem estabelecer uma relação direta entre um fator de risco particular – no caso, a mobilidade – e as circunstâncias reais de exposição ao risco.

Praticamente todos jovens entrevistados nesse estudo lutavam permanentemente, em graus diversos, para assegurar sua existência material (comer, encontrar uma moradia, comprar livros para trabalhar); lutar para romper com a ameaça do isolamento social e afetivo – longe da família e de suas redes de relações; lutar para conservar para si próprios uma imagem valorizadora, apesar dos reveses que encontram no percurso escolar e lutar para seguir os projetos formulados para terem um futuro melhor. Assim, a vida cotidiana desses jovens era uma procura constante de soluções aos inumeráveis problemas que encontravam e precisavam resolver sozinhos.

As conclusões a que chegaram as observações antropológicas aprofundadas, realizadas, durante mais de um ano, pela pesquisadora que con-

duziu a pesquisa de campo é a seguinte: frente a todos obstáculos, os jovens não ficam passivos; eles são atores de suas próprias vidas.

Eles interpretam a realidade numa constante procura de sentido, em função da cultura à qual pertencem e dos modelos oriundos das Instituições com as quais eles interagem. A Religião desempenha um papel importante nesta busca de modelos, em particular todas as novas igrejas evangélicas que estão muito presentes na África, assim como no Brasil. Mas a religião animista tradicional continua viva – em particular, para dar explicações místicas aos acasos –, bem como a religião muçulmana. A família também dá origem aos modelos sociais, mas com muita ambivalência devido à desestruturação da instituição familiar. As instituições de formação veiculam novos modelos de pensamento, mas representam, também, um universo muito competitivo, com altos índices de reprovação e muitos abusos de poder – situação que faz com que os jovens não possam achar nelas um quadro estável de identificação. Em nível da sociedade global, a situação política e econômica do País cria uma grande precariedade para o futuro, tornando muito frágil as estratégias profissionais dos jovens (um ano após a conclusão do trabalho de campo começou uma guerra civil que perdura ainda hoje).

Dentro dessa multiplicidade de idéias, valores, modelos, muitas vezes divergentes, contraditórios – até caóticos – os jovens não encontram “terra firme” sobre a qual possam se apoiar e encontrar referências para organizar a existência presente e dar sentido ao futuro. Eles devem cumprir um intenso trabalho de ajustes, recomposição, bricolagem no sentido que Levi Strauss dá à palavra, no livro “O pensamento selvagem”. Mas nem todos conseguem dar coerência ao conjunto que elaboram – e quando eles conseguem, trata-se sempre de um edifício mental frágil que pode ser derrubado por qualquer evento negativo.

É no quadro das relações com outros jovens – constituindo redes e grupos que se encontram regularmente e compartilham atividades comuns (de lazer e de trabalho) que eles encontram o apoio cotidiano, mas também desenvolvem relações sociais mais intensas e encontram um referencial mais consistente de valores. Os grupos, em particular aqueles formados por jovens do sexo masculino, organizam-se segundo uma

estrutura formal, com líderes e divisões de tarefas entre os membros. No âmbito dos grupos de jovens do sexo masculino constrói-se uma nova cultura, a partir do confronto e do compartilhamento das experiências que cada um traz. Desenvolvem-se também regras de comportamento constrangedoras, em especial no que diz respeito às relações entre sexos. Em particular, entre os jovens do sexo masculino, relações afetivas duráveis com uma jovem são proibidas, são interpretadas como uma traição em relação à coesão do grupo. A multiplicação das conquistas sexuais é altamente valorizada e ela fundamenta, em grande parte, a hierarquia interna dos grupos.

As jovens, em geral, não possuem um processo tão formal de organização social e cultural. Elas desenvolvem estratégias muito mais individuais – mesmo compartilhando modelos e valores em comum com os jovens do sexo masculino. Algumas delas utilizam a atração sexual que exercem sobre os homens para tentar resolver os problemas cotidianos, buscando a proteção material de homens adultos que arcam com as despesas do dia-a-dia, bem como aquelas ligadas à vida escolar (matrículas, livros, materiais). Essa estratégia resolve alguns dos problemas, oferecendo uma melhor estabilidade até que concluem a sua formação, mas cria outras dificuldades: a gravidez das adolescentes é um grande problema em Daloa (como também é aqui no Brasil).

Como se maneja, portanto, o risco de contaminação pela *AIDS* nesse contexto complexo? Uma primeira constatação é de que os jovens entrevistados tinham, em geral, boas informações sobre a doença, sobre as formas de contaminação e de proteção. Apesar disto, a maioria tinha relações sexuais desprotegidas. Duas situações em que se corre risco se destacam: no sexo masculino, a obediência às regras do grupo pelo medo de exclusão, favorece a multiplicação de relações sexuais com parceiras diferentes. Além disto, o fato de não usar preservativo é interpretado como um sinal de coragem frente ao perigo. Encontram-se nesse grupo, sobretudo, os migrantes em situação de extrema vulnerabilidade social e material. Na segunda situação, as jovens não conseguem exigir dos parceiros o uso do preservativo, sobretudo nas relações sexuais com adultos, dos quais dependem economicamente, mas também nas relações duráveis que pretendem estabele-

cer com jovens – sobretudo com aqueles que possuem um projeto de casamento.

A explicação mais pertinente para entender comportamentos que podem ser classificados de “irracionais”, já que muitos destes jovens estão informados dos riscos que correm, é ligada ao fato de que a contaminação pelo *HIV* é apenas um dos riscos que eles devem enfrentar numa vida material e social caracterizada por sua extrema vulnerabilidade. Faltam-lhes marcos simbólicos e valores coletivos estáveis para hierarquizar os problemas que eles encontram. Eles não possuem condições para desenvolver estratégias construídas e reagem a curto prazo. As dificuldades cotidianas, a vontade de preservar as redes de laços sociais e o medo do futuro são suas preocupações dominantes. Em contrapartida, a ameaça da *AIDS* aparece muito abstrata, muito distante.

Nem todos os jovens têm comportamentos de risco. A vida amorosa e sexual de alguns deles – tanto do sexo masculino, quanto feminino – é quase isenta de risco: quer seja por terem apenas um parceiro ou uma parceira ou por praticar a abstinência sexual. Outros utilizam preservativos regularmente. A característica de todos esses jovens, além da particularidade de sua vida sexual e em um nível muito mais amplo, é a capacidade de organizarem os vários registros de sua vida a partir de objetivos coerentes e bem hierarquizados, em formularem projetos de vida de médio ou longo prazo. Muitos encontram, no cotidiano, grandes dificuldades assim, como outros, mas são capazes de construir um referencial forte em função do qual fazem suas escolhas. Para alguns deles, este referencial se situa na religião; para outros, na determinação de realizar um projeto de vida bem delimitado: profissional, familiar, ético. Se eles estão menos expostos aos riscos de contaminação, não é porque estão melhor informados ou mais conscientes dos perigos, mas porque conseguiram encontrar melhores respostas aos inúmeros outros problemas e incertezas com os quais são confrontados.

Como no caso do estudo precedente, os resultados desta pesquisa evidenciaram a importância das estratégias de atores individuais, de sujeitos sociais, na gênese de uma situação sanitária particular. As políticas de prevenção estão confrontadas com dois tipos de falha: em primeiro

lugar, com uma segmentação exagerada da representação dos riscos e do modo de apresentá-los à população. No caso presente, nas mensagens de informações, o risco de contaminação era abordado de modo isolado, como se fosse desprezado de todos os outros aspectos da vida dos jovens. Como se a vida amorosa e sexual fosse um simples ato de consumo que pudesse ser racionalizado em função de um cálculo custo/benefício. Em segundo lugar, ao contrário, uma generalização excessiva que categoriza uma população de acordo com alguns critérios descritivos que definem **populações vulneráveis** submetidas a um risco epidemiológico particular. Essa generalização, baseada na constatação estatística de um nível de risco ou de uma prevalência, omite o fato de que, com um mesmo nível global de exposição ao risco, alguns são acometidos e outros não. Tal diferença é a manifestação da existência, em nível individual, de modos distintos de manejar as ameaças, as restrições, mas também as possibilidades que apresenta o quadro de vida que todos compartilham.

A existência dos membros de qualquer população se constrói na interface entre o coletivo e o individual, entre os dados objetivos e as capacidades de iniciativa, o que quer dizer, como já falamos anteriormente, entre as condições de vida materiais e imateriais que se impõem a todos: condições materiais, mas também realidades sociais e culturais que cada um enfrenta e que podem ser chamadas de condições de vida imateriais; as estratégias desenvolvidas por atores sociais, estratégias submetidas à “objetividade” das condições de vida, mas que comportam uma parte de interpretação e de inovação ligada à posição singular que eles ocupam como sujeitos.

O que se constrói nesta interface é o que já propus chamar de **situação de vida**. Esta noção é fundamentalmente dinâmica; ela é fruto de uma história singular, em perpétua reconstrução sob o efeito de uma relação dialética entre as condições materiais e imateriais que se impõem a todos, a experiência específica do sujeito que age, as modificações que transcorrem em seu ambiente e, enfim, eventos que ocorrem, de forma previsível, ou totalmente ao acaso.

Todos os indivíduos não têm a mesma capacidade de interagir com suas condições de existência e modelar sua situação de vida. Alguns

são ativos, outros mais passivos; alguns têm um desempenho mais coerente, outros mais desarticulado. O estudo realizado em Daloa – mas também aquele de Paranaguá, com as mães de crianças de favelas – mostram que um fator diferencial essencial na capacidade de um indivíduo em imprimir sua marca sobre sua existência é o fato de ter um **projeto de vida** que lhe permite responder aos problemas cotidianos em função de uma projeção, no futuro.

Um outro estudo, também realizado na Costa do Marfim, na cidade de Bouake, permite aprofundar esta noção de **projeto de vida** na sua relação com aquela de **situação de vida**⁽²⁵⁾. Ele evidencia o papel estruturante de tais projetos na elaboração das situações de vida individuais. O tema da pesquisa foi a análise do nível e das formas de controle das mulheres sobre sua própria capacidade de procriação, num contexto de grande precariedade familiar, social e econômica – precariedade ainda ampliada pela ameaça criada pela existência da epidemia da *AIDS*. Os achados da pesquisa mostram, claramente, que o fato de algumas mulheres terem desenvolvido projetos para seu futuro – mesmo, às vezes, projetos bastante utópicos e irrealizáveis – proporcionam-lhes um fio condutor para elaborarem uma estratégia de resposta mais estável e coerente frente às exigências do cotidiano – em particular frente à pressão do parceiro e do grupo familiar para privá-la do seu poder de decisão, no que diz respeito ao fato de engravidar ou não. São aquelas que têm a capacidade em se **projetar** para o futuro (com um projeto profissional, familiar ou de formação) que conseguem organizar melhor sua situação de vida presente e conseguem uma melhor adequação entre seus próprios desejos e o número e a frequência de suas gestações.

Assim, cada **situação de vida** é, a cada momento, o resultado de uma tensão dinâmica entre certas condições objetivas (materiais ou imateriais) e o desempenho subjetivo dos atores sociais que reagem às mesmas para reproduzi-las, modificá-las ou esquivá-las, quando se trata de restrições; para aproveitá-las e utilizá-las, quando se trata de potencialidades. Mas, ao mesmo tempo, cada **situação de vida** atual se inscreve numa perspectiva histórica de longo prazo, sendo tanto a consequência do passado, quanto – com mais ou menos força, conforme os casos – a pro-

jeção, dentro do presente, de uma visão do futuro.

Um dos aportes teóricos do modelo analítico que combina os conceitos de **condições de vida, situação de vida** e **projeto de vida** é o fato de que, além do espaço que ele abre para levar em conta a relação dialética entre o **individual** e o **coletivo** (dimensão já muito explorada por um autor como Bourdieu em suas várias obras), ele permite transcender a dicotomia entre o **materiais** e o **imaterial**. Efetivamente, a objetividade das condições não decorre de sua materialidade. As condições imateriais (referentes à organização social, à cultura, às aspirações individuais ou coletivas) podem desempenhar um papel tão objetivo na elaboração de uma **situação de vida** quanto as condições materiais. Isto ficou particularmente evidente nos exemplos que acabamos de apresentar: a situação nutricional das crianças, o risco de contaminação dos jovens pelo *HIV*, a saúde reprodutiva das mulheres são tanto o resultado das dimensões sociais e culturais da existência das pessoas estudadas, quanto da influência do seu quadro material de vida. Isto significa que o imaterial, tanto quanto o material, fazem igualmente parte da realidade a ser analisada para explicar os eventos de saúde.

3.3 O corpo fragmentado, a morte repensada: antropologia da captação de órgãos

O exemplo a seguir irá permitir aprofundar a reflexão sobre o estatuto fundamental da imaterialidade na compreensão de uma realidade, mesmo quando ela se refere ao mundo hospitalar e aos avanços mais tecnificados da Medicina moderna. Mesmo neste contexto, as representações mentais – sua formação e sua evolução – constituem elementos explicativos essenciais para a análise das práticas curativas.

Trata-se de um estudo antropológico sobre doações de tecidos e órgãos e sobre as práticas e representações referentes à captação e transplante observados em um hospital de Bordeaux⁽²⁶⁾. Vale a pena destacar, aqui, o fato de que a pesquisadora é uma enfermeira que desenvolveu uma tese em Antropologia. Isto ilustra bem os intercâmbios que podem existir entre as duas disciplinas, embora eles não exijam uma formação acadêmica mista, mas passam em geral por colaborações interdisciplinares sobre temas comuns.

O desenvolvimento da prática dos implantes origina-se na evolução das técnicas cirúrgicas durante a segunda metade do século 20. Essas práticas têm justificativas médicas e terapêuticas evidentes, mas levantam inúmeras questões de ordem ética. A questão fundamental é a seguinte: Como fazer com que elementos oriundos do corpo humano tornem-se substâncias terapêuticas, mas escapem de um processo de reificação, isto é que não se tornem coisas e mercadorias?

Segundo uma distinção estabelecida pelo Direito romano, a tradição jurídica ocidental opõe claramente duas ordens de realidades irreduzíveis uma à outra: as pessoas e as coisas. Nessa concepção, não apenas o corpo se confunde juridicamente com a pessoa que se encarna nele, mas ele constitui uma totalidade ontológica indivisível: todas as partes do corpo possuem a condição (*status*) de pessoa considerada como um todo. A pessoa está presente em qualquer um dos seus elementos físicos.

Temos aqui a ilustração de uma representação do real que opera um recorte ambíguo entre o que procede do humano e da matéria. Opera-se, aqui, o difícil processo de construção do sentido, de separação entre o material e o imaterial, entre o humano e o não humano, apresentado anteriormente. A noção de **pessoa** opõe-se à de **coisas**, mas se a **matéria externa** procede da ordem das coisas, a **matéria interna** (a matéria corporal) procede do humano. Então a matéria viva possui dois estatutos ontológicos e jurídicos diferentes, quando se trata de matéria humana e não humana.

Mas, ao mesmo tempo, a tradição cristã – cuja marca permanece tão forte em nossas culturas – opera um outro recorte e uma outra hierarquização. Este recorte opõe o espírito, a alma (imateriais e eternas) e o corpo, que procede da matéria perecível. O corpo humano beneficia-se de uma dignidade particular por ser o receptáculo da alma, mas ele é também considerado como um obstáculo para uma relação plena com Deus que só pode ser feita fora da matéria.

Mas, além disto, e para tornar as coisas ainda mais complexas, dentre os componentes da Natureza, uma outra distinção encontra-se operando entre a matéria viva e a matéria inerte. O estatuto jurídico particular da matéria viva, como o

analisaram os autores de um livro que se chama em Francês “*La Nature et le Droit*” (“A natureza e o Direito”⁽²⁷⁾), cria grandes debates no que se refere à possibilidade ou impossibilidade de patentear plantas e animais.

Na cultura ocidental, no prolongamento das muitas tradições que ela herda, opera-se um recorte complexo de sentidos atribuídos à realidade material, com categorizações, cujos limites, às vezes, sobrepõem-se e cujos conteúdos podem se confundir parcialmente. Porém, dois princípios maiores dominam esta diversidade: o da especificidade irreduzível do Humano e o da dignidade particular da vida, em todas suas manifestações.

O desenvolvimento das técnicas médicas, conferindo uma utilidade prática aos elementos do corpo humano, veio modificar o edifício conceitual. Ao mesmo tempo, as biotecnologias conduzem a repensar de modo global as relações com os seres vivos – muitos deles perdendo seu caráter natural para se tornarem artefatos.

No que diz respeito a situação dos elementos e das substâncias oriundas do corpo humano, a modificação fez-se lenta e progressivamente. Não vou entrar aqui nos detalhes das inovações jurídicas, na França. Basta dizer que, entre 1949 e 1994, com a lei chamada de Bioética, novos quadros jurídicos foram criados, cujos princípios maiores são os seguintes: em primeiro lugar, o necessário consentimento (anuência) do doador (até para uma doação *post-mortem*) deixando-lhe assim a integridade física da sua pessoa, graças ao controle que ele exerce sobre os órgãos a serem captados no seu corpo: o corpo pode ser fragmentado, mas a vontade permanece única. Em segundo lugar, garantir que as substâncias e os órgãos oriundos do corpo humano não sejam reduzidos ao nível último da reificação: aquele de mercadoria. Para cumprir estas exigências, a doação foi instituída como forma obrigatória de toda troca de substância, tecido ou órgãos: a doação é voluntária e gratuita, portanto implica em consentimento; ela é um veículo de sentido e dá, conseqüentemente, à transferência, um significado que ultrapassa sua utilidade prática, ao mesmo tempo em que se subtrai do mercado. Sendo anônima – a não ser em situações excepcionais, entre pessoas vivas da mesma família – ela torna impossível qualquer forma de negociação entre doador e beneficiário.

Na aplicação prática das leis, devido principalmente à escassez freqüente de órgãos, inúmeros dilemas surgiram entre princípios éticos de igual legitimidade: entre princípio de utilidade e princípio de sentido (curar um paciente cuja vida é ameaçada ou respeitar os imperativos éticos da natureza abstrata); entre o curto prazo e o longo prazo (privilegiar, sobretudo, a resposta à urgência ou preocupar-se com as conseqüências do longo prazo e da falta de respeito às regras); entre o individual e o coletivo (o direito de cada indivíduo sobre o seu corpo pode ser um obstáculo à resolução de problemas de saúde pública: por exemplo, no caso do baixo nível de estoques nos bancos de sangue).

Todas estas questões remetem à problemática primordial da construção social do sentido e das relações estabelecidas, por uma cultura, entre o imaterial e o material.

Estas dúvidas e debates tornaram-se ainda mais complexos com as novas definições da morte que acompanharam a evolução das técnicas terapêuticas: substituição de critérios de morte cerebral pelos critérios de morte clínica. O reconhecimento legal dessa nova noção abriu novas perspectivas para os transplantes. Pode-se captar órgãos num corpo que – com um eletroencefalograma com silêncio elétrico cerebral (SEC) – apresenta todos os sinais que caracterizaram a vida durante milhares de anos: respiração, circulação do sangue, pulsações do coração. Aqui também se opera uma revolução no significado atribuído aos dados da experiência sensível e da observação empírica.

O trabalho de observação antropológica participante, realizado pela pesquisadora com as equipes de transplante do Hospital Universitário de Bordeaux, evidenciou o difícil trabalho que devem cumprir os profissionais para negociar com eles próprios as recomposições de significado que exige sua prática. Manifestam inquietações e dúvidas que se expressam de modo mais ou menos consciente, raramente verbalizadas, por meio das atitudes, das expressões utilizadas, dos gestos. Por exemplo, será o fato de chamar o doador de “paciente” e de cuidá-lo como se fosse um doente vivo, enquanto seu corpo fica intacto, para depois tratá-lo como um cadáver após a captação dos seus órgãos; será também a prática da anestesia sobre o corpo para retirar os ór-

gãos (narcóticos e curare) em função de razões técnicas, mas também, em alguns casos, para apaziguar as dúvidas do cirurgião no tocante à dor que poderia continuar a experimentar o doador, apesar da morte cerebral; serão, enfim, os cuidados dados aos órgãos retirados: massagens, lavagens, mimos – todos tendo motivos técnicos, mas reafirmando também seu caráter de “seres vivos”, numa fase de transição entre o corpo parcialmente morto do qual eles foram retirados e o corpo ameaçado pela morte para o qual eles estão destinados.

O que podemos ver nessa realidade cotidiana das equipes de transplante é o trabalho coletivo que faz uma sociedade para pensar sua materialidade, para recompor as categorias fundamentais com as quais ela pensa o mundo: a pessoa/a coisa; o vivo/o inerte; a vida/a morte. Este esforço de reconstrução das representações mentais é inseparável do movimento das práticas materiais que exigem estes novos posicionamentos – nesse caso, as terapêuticas das quais esperamos uma eficácia.

Podemos também ver o trabalho doloroso que os indivíduos operam sobre eles mesmos para se confrontarem (ou mascararem) as contradições e os ajustes que necessitam fazer para se adequarem ao pensamento coletivo.

Passamos, hoje, por um momento de mudança dos grandes paradigmas sobre os quais se fundamentam nossa Ética, nosso Direito, nossas práticas técnicas e sociais. Tal momento é revelador dos processos de todo sistema social: processos de elaboração das grandes categorias conceituais que permitem pensar as relações do Ser Humano com a materialidade e definir assim o que faz a sua essência. São processos de construção social, sempre em andamento, mas que se tornam mais intensos em longos períodos históricos. As mudanças das representações do corpo e da saúde fazem parte deste movimento geral, e, devido ao estatuto híbrido do corpo humano – à junção do natural, do social e do individual – são particularmente reveladoras para quem quer observar essas revoluções do sentido.

4 CONCLUSÕES

Por meio desses exemplos, tentei demonstrar, neste texto, que, na perspectiva da interdisci-

plinaridade, a Antropologia pode contribuir com as disciplinas da Área da Saúde, e em particular com as disciplinas da Enfermagem, para uma melhor compreensão e melhor resposta aos problemas de saúde, expressando, em poucas palavras, adotando-se uma visão mais próxima da realidade de vida das pessoas, dos grupos, que muitas vezes desaparecem atrás da denominação genérica de “populações”.

Adotar esta postura conduz a reconhecer duas feições essenciais do social. Em primeiro lugar, o fato de os seres humanos e as sociedades que eles constituem serem produtores de sentido. A busca de sentido – sobretudo em relação à sua própria materialidade – é um dos fatores mais determinantes nos comportamentos, tanto no nível individual, como no coletivo. Qualquer política que aborda as “populações” como simples consumidores de cuidados, que privilegia a eficácia técnica, sem levar em conta as questões do significado dado às realidades materiais, ao próprio corpo humano, à saúde e à doença, corre grande risco de fracasso. Em segundo lugar, o fato de as “populações” serem sempre constituídas de atores, de sujeitos que, por pior que seja sua situação, estão sempre procurando soluções. Sujeitos que temos que considerar como parceiros, tanto na produção do saber, como na elaboração de programas de ação.

Com o modelo analítico que articula as noções de **condições de vida**, de **situações de vida** e de **projeto de vida**, acredito que temos um instrumento de clarificação conceitual que permite a convergência de olhares e a colaboração interdisciplinar entre a Antropologia e as disciplinas da Área da Saúde – e, em particular, com as disciplinas da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Dumont L. Essais sur l'individualisme: une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne. Paris: Seuil; 1991.
- 2 Foucault M. L'herméneutique du sujet. Paris: Gallimard-Seuil; 2001.
- 3 Une catégorie de l'esprit humain: la notion de personne, celle de 'moi'. In: Mauss M. Sociologie et Anthropologie. Paris: PUF; 1997. p. 333-62.
- 4 Taylor C. Sources of the self. Cambridge: Harvard University Press; 1989.
- 5 Bedos-Rezak BM, Iognat-Prat D. L'individu au Moyen Âge. Paris: Aubier; 2005.
- 6 Castel R, Haroche C. Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi: entretiens sur la construction de l'individu moderne. Paris: Fayard; 2001.
- 7 Godelier M. L'idéal et le matériel: pensées, économies, sociétés. Paris: Fayard; 1984.
- 8 Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: Mauss M. Sociologie et Anthropologie. Paris: PUF; 1997. p. 145-279.
- 9 Rappaport RA. Pigs for the ancestors: rituals in the ecology of a New Guinea people. New Haven: Yale University Press; 1968.
- 10 Malinowsky B. Une théorie scientifique de la culture. Paris: Maspéro; 1968.
- 11 Descola P, Pálsson G. Nature and society: anthropological perspectives. London: Routledge; 1996.
- 12 Ellen R, Fukui K. Redefining nature. Washington (DC): Berg; 1996.
- 13 Raynaut C. Disparités économiques et inégalités devant la santé. In: Salem G, éditeur. Urbanisation et santé dans le Tiers Monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. Paris: ORSTOM; 1989. p. 477-503.
- 14 Raynaut C. Se nourrir en ville: stratégies économiques et pratiques sociales: le cas de Marodi, Niger. In: Blanc-Pamard C, éditeur. La santé en société: regards et remèdes. Paris: ORSTOM; 1993. p. 141-98. (Collection Coloques et Séminaires).
- 15 Canapero SC, Carneiro SMM, Cerdeira PC, Costa LJM, Gerhardt TE, Godoy AMG, et al. Espaço urbano, situações de vida e saúde na cidade de Paranaguá: relato preliminar de uma prática interdisciplinar. Cadernos de Desenvolvimento e Meio Ambiente, Curitiba (PR) 1996;3:35-48.
- 16 Nazareno E. Condições de vida e saúde infantil: heterogeneidades espaciais e desigualdades sociais na cidade de Paranaguá [tese de Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 1999. 256 f.
- 17 Gerhardt TE. Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire: pauvreté, situations de vie et

- santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil [thèse de Doctorat en Anthropologie]. Paris: Université de Bordeaux 2; 2000. 362 f.
- 18 Raynaut C, Ferreira ADD. Metodologia do diagnóstico interdisciplinar: a construção de um quadro de trabalho comum. *In*: Raynaut C, Zanoni M, Lana PC, Floriani D, Ferreira ADD, Andriguetto Filho JM, editores. Desenvolvimento e meio ambiente: em busca da interdisciplinaridade. Curitiba (PR): Editora da Universidade Federal do Paraná; 2002. p. 29-41.
- 19 Raynaut C, Ferreira ADD. Ambiente urbano, desigualdades sócio-econômicas e saúde: o papel da história e o espaço da ação social. *In*: Raynaut C, Zanoni M, Lana PC, Floriani D, Ferreira ADD, Andriguetto Filho JM, editores. Desenvolvimento e meio ambiente: em busca da interdisciplinaridade. Curitiba (PR): Editora da Universidade Federal do Paraná; 2002. p. 127-36.
- 20 Gerhardt TE, Nazareno ER. Diálogo entre a epidemiologia e a saúde nas questões de saúde. *In*: Raynaut C, Zanoni M, Lana PC, Floriani D, Ferreira ADD, Andriguetto Filho JM, editores. Desenvolvimento e meio ambiente: em busca da interdisciplinaridade. Curitiba (PR): Editora da Universidade Federal do Paraná; 2002. p. 103-25.
- 21 Raynaut C. Structures normatives et relations électorales: étude d'une communauté villageoise haoussa. Paris: La Haye; 1972.
- 22 Godelier M. L'idéal et le matériel: pensées, économies, sociétés. Paris: Fayard; 1984.
- 23 Tijou A. Situation de vie, risques au quotidien et risques sida chez les jeunes citadins: Daloa-Côte d'Ivoire [thèse de Doctorat en Anthropologie]. Paris: Université de Bordeaux 2; 2000. 350 f.
- 24 Raynaut C, Tijou A, Herry C, Taylor C. Mobilité spatiale, situations de vie et vulnérabilité aux mst-vih: autour de l'exemple des jeunes de daloa (Côte-d'Ivoire) [raport de fin de recherche]. Paris: Université de Bordeaux 2, CNRS; 2000. 325 p.
- 25 Grenier-Torres C. Situations de vie et itinéraires génésiques dans un contexte de pandémie de sida à Bouaké (Côte d'Ivoire) [thèse de Doctorat en Sociologie]. Paris: Université de Bordeaux 2; 2003. 525 f.
- 26 Boileau C. Dans le dédale du don d'organes. Paris: Archives Contemporaines; 2002.
- 27 Edelman B, Hermitte MA. L'homme, la nature et le droit. Paris: Bourgeois; 1988.

Endereço do autor/Author's address:

Claude Raynaut
19, rue Pedroni, 33.000,
Bordeaux, France
E-mail: craynaut@hotmail.com
