

* Artigo Original

Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia¹

Ceres Victora

Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
ceres@victora.com.br

DOI:10.3395/receis.v5i4.552pt

Resumo

O sofrimento, como um evento que acompanha o homem desde a sua mais remota existência, é um processo complexo e multifacetado debatido nas diferentes áreas de conhecimento. O presente artigo visa apresentar a contribuição da Antropologia para esse debate, voltando-se para a dimensão social da aflição, mais particularmente o que tem sido chamado de sofrimento social. Iniciando com uma exposição sobre os conceitos que se referem a problemas da saúde, sugere-se que o sofrimento é social não somente por ser causado por ou ocorrer em condições sociais específicas, mas porque, como um todo, é um processo social corporificado nos sujeitos históricos. A partir da exposição de um caso etnográfico de indígenas que vivem no Rio Grande do Sul, Brasil, discute-se três faces do sofrimento social: (1) as apropriações autorizadas ou contestadas do sofrimento coletivo; (2) a medicalização da vida; e (3) o sofrimento na relação com as políticas públicas. Para concluir, chamamos a atenção para a diferença entre o reconhecimento de um problema de saúde e de um processo de sofrimento social, sendo esse último caracterizado pela indissociabilidade das dimensões físicas, psicológicas, morais e sociais do mal estar. Ressaltamos que a contribuição da Antropologia está na disponibilização de ferramentas teóricas e metodológicas que nos permitam perguntar, de uma maneira comprometida com os sujeitos, sua história e situação social, como o sofrimento é produzido e reconhecido e quais as implicações éticas e políticas dos diferentes tipos de reconhecimento.

Palavras-chave: Sofrimento social; corporificação; Antropologia do Corpo e da Saúde; Antropologia Médica; populações indígenas; Brasil

Introdução

O sofrimento, como um evento que acompanha o homem desde a sua mais remota existência, é um processo complexo e multifacetado que tem sido debatido nas diferentes áreas de conhecimento. Isso porque são enormes os desafios colocados individual ou coletivamente para o enfrentamento da dor e dos males que acometem o mundo das mais diversas maneiras, o que acaba desafiando também as fronteiras das próprias formas através das quais estamos acostumados a compreender e conceituar as perturbações.

A Biomedicina (ou seja, a Medicina Científica Ocidental) e áreas afins têm oferecido uma das abordagens mais reconhecidas no desenvolvimento de métodos de alívio do sofrimento e tratamentos de diversas formas de dor e mal estar. Também as chamadas Medicinas Complementares ou Alternativas, várias delas carregando consigo saberes tradicionais, outras ainda descobrindo novas capacidades, são saberes difundidos e amplamente acessados para o alívio do sofrimento e da dor.

A Psicologia e o seu olhar sobre os processos interiores e subjetivos dos indivíduos, sem desconsiderar as manifestações somáticas, tem apresentado também uma grande contribuição para o estudo e o manejo do sofrimento, enfocando assim uma outra dimensão do adoecimento. A Psicologia Social adentra ainda um outro caminho ao propor uma aproximação com a dimensão social do sofrimento e focar as condições relacionadas a processos sociais intrínsecos às condições de vida das sociedades nas quais os indivíduos estão inseridos. Assim, alguns trabalhos nessa área refletem sobre as condições sociais implicadas na construção da subjetividade individual. Sentimentos como humilhação, vergonha, medo, culpa, como efeitos de vivências em condições sociais específicas, podem se configurar como formas violentas de sofrimento, com causas e conseqüências relacionadas a um meio social compartilhado (CARRETEIRO, 2003). Nesse sentido esta área apresenta uma aproximação com a visão antropológica sobre o sofrimento social, que segundo Kleinman et al.. pode

ser descrito como o resultado de “danos devastadores que a força social inflige na experiência humana” (KLEINMAN et al., 1977, p.ix – Minha tradução).²

Este artigo se propõe a explorar o que veio a ser chamado de “sofrimento social” a partir do olhar da Antropologia. Não se trata, portanto, de hierarquizar saberes e fazeres voltados para a compreensão e/ou o alívio do sofrimento humano, mas de apresentar um enfoque que valorize fundamentalmente as dimensões sócio-culturais do sofrimento, sugerindo, inclusive, que o sofrimento seja uma daquelas condições que resistem à separação entre as dimensões física, psicológica, mental e espiritual. É o reconhecimento dessa indissociabilidade das esferas da vida no caso do sofrimento social que dá sentido à proposta de Kleinman et al. de que, ao se focar os problemas humanos, deve-se ocupar do “nexo moral, político e cultural” no qual eles se processam e são processados (KLEINMAN et al., 1997, p. xxv). Assim, o olhar antropológico para esse fenômeno se volta fundamentalmente para os processos sociais, políticos, culturais e econômicos que, combinados, engendram formas corporificadas de sofrimento e para como essas formas corporificadas de sofrimento também contribuem para a especificidade da vida social. A dualidade sociedade-indivíduo aparece, assim, sempre um pouco tensionada nessa abordagem antropológica, na medida em que se percebe que no sofrimento estão implicadas múltiplas causas e múltiplas consequências, difíceis de serem identificadas como se pertencentes ao domínio do indivíduo ou da sociedade. As formas e contextos de interpenetração de um pelo outro tornam-se, portanto, uma questão teórica a ser investigada e debatida a partir de diferentes contextos etnográficos.³

Entre a doença e o sofrimento: uma história de conceitos em debate

Pode-se sugerir que o debate sobre a doença e o sofrimento dentro da Antropologia tem a idade da própria disciplina (GOOD et al., 2010). Considerando que o sofrimento é constitutivo do mundo social, o estudo antropológico sobre outras sociedades e culturas sempre se confrontou com a questão do adoecimento, compreendido na sua relação com normas sociais, moralidades ou disputas culturais específicas. Seja com o nome de infortúnio (RIVERS, 1926; EVANS-PRITCHARD, 1937); de doenças (FOSTER e ANDERSON, 1978), de desordem e (ou) aflição (TURNER, 1970) o que está em foco são as “perturbações” que, por assim dizer, padecem de uma inevitabilidade própria da dinâmica da vida.

Autores como KLEINMAN et al. (1978), KLEINMAN (1980), SCHEPER-HUGES e LOCK (1987), MARTIN (1987), FARMER (1997), HELMAN (1990), GOOD (1994), entre outros, representaram uma linha de pensamento de tradição anglo-saxã, dentro do que se convencionou chamar de Antropologia Médica, que, a partir de estudos de modelos explicativos de doença, começou a questionar explicitamente o conceito de doença, indicando que aquilo que era mais comumente referido como tal no campo da Biomedicina, tratava-se, na maioria das vezes, de um sofrimento, uma “disease”, ou seja, uma ruptura do estado de bem estar. Naquele contexto histórico, a hifenização da palavra “disease” (doença) representava uma demanda pela ampliação do seu significado e a retirada assim, de uma possível associação unilateral com o campo Biomédico. Isso aponta, acima de tudo, para uma disposição da Antropologia de implicar as ordens sociais, políticas e culturais no adoecimento, a partir de um entendimento, baseado em inúmeros trabalhos etnográficos desenvolvidos em tempos e espaços diversos, de que as doenças não são entidades universais; de que se adoecer/se sofre diferentemente em diferentes sociedades, culturas e tempos; e que há doenças/sofrimentos culturalmente específicos.

Essas questões se tornaram um foco importante na trajetória da Antropologia Médica (JOHNSON e SARGENT, 1990), bem como da Antropologia Médica Crítica (BAER et al., 1997) e da também chamada de Antropologia da Medicina (PHLEIDERER e BIBEAU, 1991; LOCK e NGUYEN, 2010), onde se observou, a partir do final da década de 1970, uma intensa busca de novos conceitos para dar conta das várias formas de adoecer. Um momento decisivo deste debate teve como foco a distinção entre os conceitos “illness” e “disease” (EISENBERG, 1977; KLEINMAN et al., 1978; KLEINMAN, 1978; KLEINMAN, 1980; YOUNG, 1981; HELMAN, 1990), que visavam mostrar que pessoas doentes e profissionais da área da biomedicina não necessariamente compartilhavam das mesmas ideias sobre doença e que tampouco isso ocorria somente em contextos sócio-culturais distantes, nas chamadas outras culturas. Mesmo na sociedade ocidental era possível diferenciar, por um lado, a experiência do paciente – uma “illness” – e, por outro, o que seria a visão do médico – uma “disease” – ou seja, uma patologia.

Outros antropólogos propuseram ainda diferentes alternativas para compreender essas diferenças baseados numa crítica recrudescente das dicotomias identificadas como próprias de um pensamento cartesiano ocidental. Frankenberg (1986), por exemplo, resgata a ideia de “illth”, de John Ruskin, que é construída em oposição a ideia de “wealth” – que, para além de abundância e riqueza, traz consigo o sentido de bem estar – para depois sugerir o conceito de “sickness”, que se refere a forma como o

mal estar - "illth" - é desempenhado social e culturalmente. O conceito de sofrimento ("suffering") vai, assim, começar a compor com mais força esse cenário de debate, aparecendo principalmente nas avaliações mais críticas sobre as limitações dessas conceituações e tornando-se um termo mais utilizado, desde que os debates sobre o dualismo cartesiano ganham força na literatura médico-antropológica (HAHN, 1984). A seguir, a ideia de "embodiment" (corporificação, corporeidade, inculcação ou encarnação, nas diferentes traduções do termo para o português) torna-se central na construção de um conceito de sofrimento que não apenas se expressa mas, fundamentalmente, se experimenta no corpo (CSORDAS, 1994). O ponto fundamental desse debate é que o adoecimento não está necessariamente relacionado às patologias genéricas universais que acometem indivíduos, os quais podem vivê-las diferentemente em diferentes tempos e sociedades. Trata-se, isso sim, de mostrar que diferentes tempos e sociedades produzem certos tipos de sofrimento, que são experimentados no corpo, ou seja, corporificados, na medida em que o corpo é o locus de produção e atualização constante dos sentidos (MERLEAU-PONTY, 1962; JENKINS, 1992; BOURDIEU, 1995, 1999 e 2004). A ideia de corporificação do mundo, que compõe parte do título desse artigo, está relacionada a essa perspectiva teórica (CSORDAS, 1990).

De forma alguma esse breve histórico deve ser lido como se a Antropologia Médica tivesse sido marcada por estágios de desenvolvimento e como se num processo evolutivo a concepção de doença tivesse sido reconceituada como sofrimento/sofrimento social. Não foi este o caso. Estamos apenas apontando para o fato de que houve um aumento significativo no tamanho e diversidade da área da Antropologia que estuda a saúde e a doença na década de 80, o que levou a um aumento do diálogo com diferentes teorias críticas, com o pós-estruturalismo e com os estudos de gênero, por exemplo, aumentando a competitividade e, em certo sentido, a competência e o engajamento teórico-conceitual dentro do próprio campo mais amplo da Antropologia (GOOD et al., 2010).

A Antropologia brasileira tem acompanhado este movimento disciplinar e de expansão conceitual a respeito do tema do sofrimento de forma diversa, mas foi no debate sobre as dicotomias corpo-alma, corpo-mente, pensamento-ação, representação-experiência, psiquê-soma, entre outras, que os conceitos de doença, sofrimento e perturbação se projetaram para dentro da Antropologia do Corpo e da Saúde (como se definiu que se chamaria essa área no Brasil, a partir da década de 1990). Foi nessa subárea de conhecimento antropológico, apesar das divergências entre perspectivas mais fenomenológicas e mais estruturalistas no Brasil, que a questão do sofrimento, como uma experiência não dualista, se fez representar na maioria dos trabalhos. Por um lado, aqueles que recorriam a uma releitura da filosofia de Heidegger e Merleau-Ponty, recuperado por Csordas na proposta de "corporeidade como um novo paradigma para a Antropologia" (CSORDAS, 1990), baseado no reforço ao colapso das dicotomias; por outro, aqueles que recorriam à referência de Duarte de recuperação da "locução físico-moral" para expressar a mediação entre as dimensões corporais e morais das perturbações (DUARTE, 1994 e 1998). Em qualquer dos casos, observa-se uma grande preocupação da Antropologia brasileira com a questão do sofrimento, o que se fez representar em várias coletâneas brasileiras, entre elas: ALVES e MINAYO, 1994; ALVES e RABELO, 1998; DUARTE e LEAL, 2001; LEIBING, 2004; CAROSO, 2008, entre outras. ⁴

Sem a menor pretensão de dar conta da história do conceito de sofrimento na Antropologia, a questão que parece importante aqui é mostrar que os estudos sobre o sofrimento possuem uma longa história na disciplina. Ela se alimenta de um diálogo interessante com outras abordagens, atentando não apenas para a diversidade dos problemas humanos, mas para os seus significados e as suas relações com as ordens políticas e econômicas constitutivas da vida social. O que estou sugerindo é que tenha sido por esse caminho que a Antropologia abriu espaço para o problema do sofrimento social. O ponto que será discutido a seguir visa explicitar o significado de social, a dimensão sociológica da aflição, que pode se evidenciar tanto nas relações engendradas por situações de conflito e violência política explícita, ou por formas mais dissimuladas e cotidianas de violência. ⁵

Por que social?

Segundo Kleinman et al., "o sofrimento social resulta do que o poder político, econômico e institucional produz nas pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder, elas próprias, influenciam as respostas aos problemas sociais" (KLEINMAN et al., 1997:ix – Minha tradução) ⁶. Em outras palavras, trata-se de um sofrimento intrinsecamente vinculado ao que gosto de me referir simplesmente como as políticas e economias da vida, verificadas em condições e configurações históricas e sociais específicas. É nesse sentido que se torna fundamental observar como os poderes políticos, econômicos e institucionais se entrelaçam na experiência pessoal e cotidiana e como as pessoas reagem aos eventos no dia-a-dia. Não se trata de um sofrimento individual, embora na maioria das vezes se faça visível como tal, ou de um sofrimento corporal, embora se manifeste, como argumentado ao longo desse artigo, de forma corporificada. Como uma experiência sociocultural,

existe como uma condensação corporificada do tempo histórico, ou seja, o sofrimento social é social não somente porque é gerado por condições sociais, mas porque é, como um todo, um processo social corporificado nos sujeitos históricos. É nesse sentido que a Antropologia, através do reconhecimento da sua especificidade, pode contribuir para a sua significação.

Compreendo, como os autores supracitados, que a categoria de sofrimento social também tem a capacidade de aglutinar condições que, na maioria das vezes, ficam divididas em campos diferentes, como questões de "saúde, bem estar, legais, morais e religiosas" tornando necessário colapsar dicotomias como: (a) o "nível social do individual de análise", (b) os "problemas de saúde dos problemas sociais", (c) "a representação da experiência", (d) "o sofrimento da intervenção" (KLEINMAN et al., 1997: x - Minha tradução/adaptação).⁷

Apenas para ilustrar, cito dois exemplos clássicos da literatura médico-antropológica internacional sobre o Brasil na linha do sofrimento social. Primeiramente, o livro de Nancy Sheper-Hughes, *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*, que é uma etnografia da década de 1980, desenvolvida na Zona da Mata Pernambucana, contexto que concentrava as maiores taxas de fecundidade e de mortalidade do país e mundo. Naquela conjuntura de profunda crise econômica, a antropóloga descreve e discute o que ela percebe ser um quadro brutal de aceitação e banalização da morte de bebês e o significado de sentimentos como amor materno, cuidado, luto, doença e morte, entre outros, num contexto de pobreza extrema. É considerado um estudo sobre sofrimento social na medida em que remete à interrelação das questões sociais, políticas e culturais da alta mortalidade infantil com as políticas e as economias da vida cotidiana, a corporificação dos sentimentos e a medicalização da vida (SCHEPER-HUGHES, 1987).

O outro exemplo é o livro de Bihel, *Vita: a life in a zone of social abandonment*, de 2006. Trata-se de uma etnografia baseada em uma instituição pública para pessoas em situação de sofrimento psíquico. Embora o autor tome como referência o caso de uma pessoa específica, acompanhando a sua situação ao longo de vários anos, suas andanças e desventuras pessoais, o que está em jogo ao longo do seu trabalho é o sistema público de saúde e as políticas de saúde mental. Nesse sentido, tem sido visto como um livro sobre sofrimento social, pois caracteriza o processo que envolve desde a família de baixa renda até todo o sistema de saúde, mostrando a interconexão dos níveis históricos, sociais, políticos, econômicos e pessoais na construção – equivocada, diga-se de passagem - de um diagnóstico de doença mental e suas implicações na vida de uma pessoa (BIHEL, 2006).

Como pode ser visto, uma das maneiras de abordar o sofrimento social com o olhar da Antropologia está em contemplar a questão da aflição pessoal ou grupal simultaneamente aos processos que estão além do controle individual, mas que tem implicações diretas no cotidiano de pessoas.⁸ Vale ressaltar que muitos estudos vão focar a resistência de grupos ou indivíduos nesses processos. Uma obra de referência nesse sentido é a coletânea *Remaking a World: violence, social suffering and recovery*, de Das et al., que enfoca "como as comunidades que tem sido marginalizadas através de processos de violência histórica estrutural ou que enfrentaram o trauma de violência política reconstruíram suas vidas." (DAS et al., 2001:vii- Minha tradução).⁹

Por fim, resta ainda observar que o sofrimento social não é apenas um tema para a Antropologia. Trata essencialmente de uma perspectiva teórica e metodológica, que tem como base a etnografia da experiência.¹⁰

Problema de saúde ou sofrimento social? O caso dos indígenas no sul do Brasil

Segundo Kleinman et al., uma dimensão importante do sofrimento social está relacionada aos processos políticos e profissionais, os quais podem envolver (1) apropriações autorizadas ou contestadas do sofrimento coletivo; (2) a medicalização da vida; e (3) sofrimento na relação políticas públicas (KLEINMAN et al., 1997). Essas três faces dos processos políticos/profissionais servirão de base para a análise de um processo de sofrimento social que se evidenciou numa pesquisa etnográfica realizada junto a grupos indígenas no Rio Grande do Sul.

A primeira - as apropriações do sofrimento coletivo - se refere às formas como diferentes profissionais transcrevem e/ou interpretam o sofrimento de pessoas ou comunidades. Autorizadas ou contestadas, as apropriações profissionais, não raro, acrescentam sofrimento a populações que já se encontram em desvantagem. É o caso do sensacionalismo e da exploração do sofrimento humano para venda de jornais e notícias pela mídia; o caso de exotização (e, assim, comercialização) de aspectos socioculturais de grupos por parte de sociólogos, antropólogos e outros cientistas; e

também o caso da transformação do sofrimento social em categorias diagnósticas ("diseases") por parte de profissionais da saúde, produzindo uma total redução do sentido mais profundo do sofrimento ("suffering").

A segunda face é a medicalização da vida, a regulação dos corpos e das pessoas. Na medida em que problemas da vida ("dis-ease") passam a ser entendidos e representados como doença ("disease") tornam-se supostamente tratáveis através do uso de medicamentos ou procedimentos médicos com implicações sobre a moralidade e a subjetividade. (WEITZ, 2003)

A terceira se refere àquelas políticas públicas, que mesmo quando delineadas com o intuito de reduzir o sofrimento de pessoas e grupos historicamente desfavorecidos, podem intensificá-lo, através de efeitos intencionais ou não intencionais. Um exemplo disso é a teia burocrática característica dos órgãos públicos, que pode ser percebida nos processos intrincados de licitação que atrasam a liberação de recursos para amenizar problemas imediatos de populações desfavorecidas ou atingidas por algum infortúnio, entre outras. Estas três faces ficaram evidentes ao longo do desenvolvimento do projeto Índios na Urbanidade: as políticas e economias do sofrimento, uma pesquisa etnográfica na qual tenho acompanhado a relação de indígenas, que vivem em Porto Alegre e arredores, com as formas de vida na cidade, com as instituições e pessoas com quem eles se relacionam. Não sendo uma antropóloga indigenista, mas uma antropóloga médica de formação, meu olhar tem-se voltado mais atentamente às questões de saúde indígena.

Nesse contexto etnográfico, no segundo semestre de 2009, participei como pesquisadora e apoiadora da causa indígena de um protesto indígena na sede da Fundação Nacional de Saúde - Funasa, em Porto Alegre, no qual tive a oportunidade de compreender de forma mais clara o que significa sofrimento social para a Antropologia - principalmente algumas formas de sofrimento que parecem se intensificar na relação com as próprias instituições que teriam possibilidade de aliviar o sofrimento de indígenas nos dias de hoje¹¹. Com a autorização dos presentes, realizei a gravação em voz dos depoimentos caracterizados por grande solidariedade entre os diferentes grupos indígenas e pela posição defensiva dos poucos funcionários da Funasa presentes, que empenhavam grandes esforços para desmobilizar o grupo de ativistas. Vários caciques de comunidades Kaingang, Guarani e Charrua se manifestaram, protestando contra aquilo que identificam como o problema da saúde indígena. Maria, a líder de uma das comunidades indígenas Kaingang do Rio Grande do Sul, presente na reunião, ofereceu um depoimento sobre as dificuldades vividas em sua comunidade. Em que pese o fato de que sua fala foi ininterrupta - e que isso, com certeza, tem um significado na interconexão dos eventos relatados e, portanto, na dramática interrelação das esferas da vida social, política e econômica - vou apresentá-la a seguir, em segmentos, para que seja possível ir dialogando com a questão do sofrimento social, foco principal desse artigo.

Ressalto o fato de que a fala de Maria, realizada em um português característico do sul do Brasil, no qual os plurais carecem da letra "s" no final e as conjugações dos verbos nem sempre remetem à precisão gramatical, foi transcrita por mim, a seguir, com algumas adaptações para a linguagem gramatical escrita. O objetivo disso foi aumentar a fluidez do texto deste artigo, mas creio ter tomado todos os cuidados para não prejudicar a ordem nem o sentido original da sua fala.

Chamo a atenção para o fato de que muitos trabalhos qualitativos evitam revelar o nome verdadeiro ou características de seus informantes por motivos de ordem ética, plenamente justificáveis. Entretanto, no caso presente, isso não foi considerado adequado por se tratar de uma posição pública de liderança de Maria, realizando um discurso numa reunião pública, na qual a sua identidade kaingang era fundamental. Nessa situação, ao contrário, considerei que seria eticamente impróprio omitir, ou substituir por outro, o seu nome e sua origem étnica, com o objetivo de não identificar a pessoa da narradora. A seguir transcrevo, o relato de Maria (em itálico), intercalando comentários de minha autoria e responsabilidade que visam contextualizar a discussão e focar o objeto principal desse artigo que é o sofrimento social do ponto de vista da Antropologia.

O protesto iniciou-se pela apresentação dos participantes, em suas próprias vozes, seguida de depoimentos inflamados das diferentes lideranças presentes. A fala de Maria foi selecionada por mim também por condensar várias questões relatadas por outras lideranças, começando pelo que ela compreende ser o preconceito e a exclusão dos indígenas por parte das próprias instituições que deveriam apoiá-los nas questões de saúde, seguido pelo problema da negligência e descaso. Nas palavras dela:

Eu acho assim, como a gente tá falando: nem o prefeito quer ver a cara dos índios lá. Da Prefeitura eles mandam nós na Funasa; lá na Funasa mandam nós ir na Prefeitura, [de lá] na farmácia. Tudo trancado. Não tem passagem [de ônibus](...) Três meses faz que não vai lá. Faz três meses que eu tô vindo atrás de passagem aqui, nunca tem passagem. Daí eu peço. Daí mandam quarenta. Dura mais três meses, quatro meses,

cinco meses?

Percebe-se que nesse primeiro segmento ela se refere especificamente à ação da Prefeitura e da Funasa, instituições que deveriam ter responsabilidade sobre a saúde indígena. Ela se refere ao jogo de empurra entre as instituições: da Prefeitura para a Funasa, e vice-versa, de lá para a farmácia sendo que todas têm suas portas trancadas, o que creio ter tanto um sentido literal como figurado. Esse movimento, de porta em porta, segundo Maria, requer transporte, que ela explicita na figura das passagens para andar de ônibus. Como líder da sua comunidade, ela tem direito a receber da Funasa, gratuitamente, passagens de ônibus para cuidar das questões de saúde do seu grupo. Há três meses, segundo ela, não é feito atendimento médico na aldeia e, para ela, mesmo tendo ido buscar passagens para que os doentes pudessem ser levados para atendimento num serviço de saúde público, nunca tem passagem. Quando finalmente ela consegue quarenta passagens, trata-se de um número exato que precisa durar um número inexato de meses: três, quatro, cinco, talvez. Observa-se aqui, já nesse primeiro segmento do seu depoimento, como a condição de indígenas aldeados, que é uma condição social, histórica e econômica específica, se insere no emaranhado das políticas públicas indigenistas, com grandes implicações sobre o sofrimento social do grupo.

Maria emenda, como num único fôlego, o problema do atendimento odontológico aos membros da comunidade:

Mandaram os moldes tudo errado, tudo trocado... tão lá tudo os velhos lá, mastigando como pode. A gente fica até com pena dos coitados lá, os outros velhinhos que tem lá.

Aqui ela se refere a um fato, que comentou comigo com mais detalhes ao final da reunião, de que alguns dentistas foram à aldeia fazer atendimento odontológico e optaram pela extração e alocação de próteses em algumas pessoas. Entretanto, no seu entendimento, o problema não se resolveu porque os moldes dos dentes feitos para a elaboração das próteses foram trocados e as próteses não serviram adequadamente, causando maior dor e desconforto aos velhos que, agora, estão mastigando como pode.

Não vem ao caso, aqui, especular as condições desse atendimento odontológico, mesmo porque não se dispõe de dados etnográficos suficientes para aprofundar os detalhes desse procedimento. Mas o seu relato é suficiente para chamar a atenção para essa face do contato com as instituições na qual a abordagem profissional implica, diretamente, aumento de um problema de saúde específico, dentro de um quadro maior de sofrimento social. Isso porque, além de ser um problema de um grupo já vulnerável – os velhos – está relacionado ao fenômeno histórico de deterioração dos dentes dos indígenas e o descaso com a saúde indígena no Brasil. O impacto negativo sobre a saúde bucal dos indígenas da ocidentalização dos hábitos alimentares com a introdução das farinhas brancas e açúcares entre as populações indígenas já tem sido relatado em vários trabalhos científicos (ARANTES et al., 2001; MOURA et al., 2010).

Sabendo como a mastigação é parte fundamental da nutrição, em outro momento perguntou-se para Maria como os velhos faziam para se alimentar agora que não tinham mais dentes, nem conseguiam fazer uso das próteses. A resposta foi que eles estavam bastante debilitados em termos de peso e saúde por não conseguirem mastigar. Entendo que não seja, exclusivamente, por causa da falta de dentes que os velhos estão com a saúde debilitada, mas o fato de terem extraídos todos os seus dentes e não haver uma compensação adequada compõe esse quadro muitas vezes surreal que se vê em processos de sofrimento social.¹²

Na continuação de sua fala, transcrita a seguir, Maria volta a referir a exclusão e a conecta agora com a questão das crianças e com a incoerência que ela observa tanto em relação ao atendimento de saúde indígena como na existência simultânea da escassez e do excesso de recursos:

Não querem ver a cara dos índios. Decerto nem a Funasa quer ver a cara dos índios lá. Pedindo carona pra levar as criancinhas ate o Posto de Saúde [para fazer] uma vacina. Depois chegam lá, faz os índios de cobaia, fazendo um monte de injeção: seis vacinas! Dai não tem passagem, não tem nada pros índios tá indo lá. A Eliane tava junto lá, mas daí não queriam fazer vacina. [Nós] indo como puder, pra fazer a tal da vacina. Mas sempre fizeram lá dentro [da aldeia]. 'Mas tu tem que entender Maria...' [Até parece]muito simples tu chegar aqui! As que tão lá [na aldeia], desnutridas, como tem três crianças, quarto, que tão desnutridas lá dentro. Vem aqui na Funasa, tem um monte de leite, mas eles não dão... Foram lá fazer as coisas de verme talvez uns dois ou três anos. Enquanto isso as crianças vão ficando adoentadas de novo; um lá com seis, sete vacina. Mas não é culpa dos índios. Tão lá as criancinhas atrasadas. Mas sempre vieram aqui fazer, porque que só agora tão?

Retomando o seu sentimento de que os índios não são bem-vindos nem mesmo na Funasa ela começa a explorar a contradição que percebe em terem por vezes que pedir carona, ou seja, fazerem um esforço evidente de se locomover até o serviço de saúde para que as crianças recebam uma vacina e, quando chegam lá, são submetidos a um grande número de injeções. Isso lhe escapa à lógica porque, se fosse realmente necessário fazerem tantas - seis, sete - vacinas, por que não foram à aldeia administrá-las? Daí vem a sua suspeita de que talvez a vacinação ou não fosse tão necessária como parece, e/ou que eles estão sendo feitos de cobaias.

A pessoa que ela chama de Eliane, que talvez exercesse naquela ocasião o papel de uma agente de saúde - por dar a impressão, no depoimento, de ser um contato que às vezes está no posto de saúde, outras vezes vai à aldeia - pouco pode ajudar na mediação, pois pede para Maria entender aquilo que é, para ela, incompreensível. Como entender que tem três, quatro crianças desnutridas na aldeia ao passo que na sede da Funasa tem um monte de leite que eles não dão? Ou como entender que foram fazer tratamento para os vermes por três anos (ou há três anos atrás?) e nunca mais retornaram? Os vermes, lhe parece, retornaram, pois as crianças no seu relato, estão ficando adoentadas. Isso também se comprova para ela porque precisaram de seis, sete vacinas, o que pode ser também uma indicação de que estão potencialmente doentes. Finalmente, o que parece ser a questão de fundo: se os índios tivessem algum valor, por que eles deixaram de ir à aldeia?

Retornando ao seu ponto inicial de que não querem ver a cara dos índios, indaguei-me sobre o que Maria quis dizer com Mas não é culpa dos índios. Por um lado, me ocorre que ela quer reforçar que eles têm sido proativos com relação à saúde, ou seja, que vão em busca dos recursos, mas as dificuldades abundam e, assim, o atraso nas vacinas não pode ser imputado a eles. Ao mesmo tempo, me ocorre que ela pode estar se referindo a um processo mais complexo de alteração das condições históricas e sociais, no qual eles se viram envolvidos sem sequer terem pedido para participar. Como consequência, parecem sofrer da síndrome de imigrantes em um país estrangeiro que, além de não dominarem a língua local, tampouco dominam os códigos da participação na sociedade - sendo que a grande ironia disso tudo é que os verdadeiros nativos desse país são eles.

No segmento adiante, que é o final dessa sua fala, Maria tensiona mais um pouco a relação com as instituições de assistência, incluindo, ainda de forma ininterrupta, um tema inesperado, no sentido de que parece não ter relação nem com o serviço de saúde, nem com os dentes, nem com as vacinas, nem com a falta de transporte mencionados anteriormente. Seu foco agora são as condições sanitárias cuja responsabilidade também é atribuída à Funasa:

"...as mangueiras rebentam tudo lá pra baixo. Aí os índios foram fazer [o conserto]...caiu a caixa, quebrou. 'Ah, não dá pra trazer outra caixa'. As necessidades fica tudo lá em céu aberto, lá no mato. Não botaram uma patentezinha. Outra coisa também. Aí estamos lá. Nós já estamos acostumados... Mas pelo menos fizessem um fechadinho pros... Eu tenho pena é das crianças da comunidade que tão sofrendo lá... cobaias. Então era isso aí, que meus parceiro falaram: a gente tem que se botar na prática."

Nesse último segmento, Maria se refere principalmente ao problema do abastecimento de água na aldeia. Primeiramente, as mangueiras que traziam água de uma fonte, evidentemente uma forma improvisada de fornecimento de água para a comunidade, ficaram danificadas. Observa-se a seguir, no seu relato, que houve uma tentativa de melhorar a distribuição de água pela colocação de uma caixa d'água na aldeia, mas, pelo que se depreende, o esforço dos membros da comunidade de afixá-la foi infrutífera porque a caixa caiu e quebrou. O terceiro passo, ou seja, a obtenção de uma nova caixa d'água foi frustrado e, como refere Maria, repetindo as palavras da Funasa: Ah! Não dá pra trazer outra caixa. A presença de um reservatório de água é crucial tanto para garantir as formas mais básicas de irrigação e hidratação de uma aldeia, bem como para enfrentar o problema da falta de instalações sanitárias. As necessidades são feitas no mato e me parece que ela quer dizer que já estão conformados com essa situação quando refere que já estamos acostumados. Isso porque, se já tivessem, de fato, acostumados, talvez não salientasse, na sequência, a importância de alguma forma de privacidade para o momento das necessidades, nas palavras dela: um fechadinho.

Por fim, Maria volta a referir às crianças que, segundo ela, estão sofrendo lá, num claro sentido de que o ponto no horizonte é a continuidade de seu povo e, nesse sentido, não se trata de um sofrimento de indivíduos isolados acometidos por uma doença, mas de um exemplo de um grupo que, historicamente, padece de um sofrimento social. Sua indicação final de se botar na prática, entretanto, foi desmobilizada, como explicarei a seguir junto com as considerações finais.

Considerações finais

A partir da transcrição e dos comentários sobre esse caso etnográfico, procurei demonstrar como, do

ponto de vista da Antropologia, é possível reconhecer um processo de sofrimento social. Para tanto, como já referido anteriormente, é necessário enfrentar o desafio que a indissociabilidade das dimensões físicas, psicológicas, morais e sociais do sofrimento impõem sobre as nossas formas usuais de conhecer e lidar com os fenômenos humanos.

Muitos poderiam classificar o relato de Maria como confuso por apresentar problemas de tipos e origens diversas, encadeados, numa seqüência aparentemente desordenada. Entretanto, do ponto de vista do sofrimento social, faz sentido pensar que existe uma inseparabilidade dos níveis social e individual, "os problemas de saúde dos problemas sociais, a representação da experiência, o sofrimento da intervenção" (KLEINMAN et al., 2007), e que isso está apenas refletido no seu depoimento.

A esse respeito vale mencionar, embora não haja espaço nesse artigo para aprofundar, que vários dos depoimentos de outros indígenas naquele mesmo dia mantiveram também esse tipo de interconexão das esferas da vida. A título de nota etnográfica, recordo que os depoimentos dos indígenas foram na sua maioria longos, muito acalorados, parte em português, parte em suas línguas nativas, clamando por uma ação mais efetiva da Funasa e concluindo com a ameaça de permanecer no prédio mantendo todos os não-indígenas presentes trancados como reféns¹³. Mas essa forma ativa de confronto provocou, evidentemente, muito desconforto aos técnicos da instituição que, propuseram como solução que fosse feita uma lista com as demandas de cada comunidade ali presente. Nas palavras de um deles:

O que eu queria dizer pra vocês é que: qual é a demanda de cada comunidade?... Eu não consegui ver ainda claramente assim: se é o remédio; se é o carro; item por item...

O que talvez ele não conseguisse ver fosse precisamente o fato de que os discursos dos indígenas falavam de outro fenômeno, o qual só pode ser compreendido na forma de um conjunto de partes indissociáveis. Nesse sentido, não é falta de remédio, nem falta de carro, nenhum item separadamente, ou uma lista deles, que vai dar conta do problema de saúde dos indígenas. Trata-se, em termos mais simples, de um adoecer vinculado à exclusão social, política e econômica que tem a duração de um tempo histórico. Não posso deixar de observar que os próprios indígenas, ao procurarem a Funasa para que fosse tomada alguma ação, reivindicavam um tratamento digno de saúde, ou seja, sua interpretação está também referenciada, em certo sentido, no paradigma da saúde e da doença. Mas observa-se nos seus depoimentos que o problema da saúde tem um sentido ampliado, incluindo, por exemplo, o preconceito (ninguém quer ver a cara do índio, repetia Maria) que não é doença, mas contribui enormemente para o sofrimento social.

Uma das questões que fiquei me perguntando ao final da reunião quando a pedido do técnico da Funasa, foi elaborada uma lista com as demandas de cada comunidade, é sobre o poder de desmobilização e a destituição de significados que a itemização das demandas impôs sobre o processo político que se configurou naquela reunião. O sofrimento social dos indígenas tem sido, com frequência, reduzido a uma lista de ausências que são transformadas em simples demandas. Assim, na comunidade "A", supostamente, falta um posto de saúde no local, um agente indígena de saúde, um carro para o transporte de doentes e uma caixa d'água; na comunidade "B" falta um agente indígena de saúde e um agente sanitário, medicamentos e um táxi para o transporte de doentes. E assim por diante, os elementos, que interconectados falavam sobre um sofrimento social e davam sentido à verdadeira demanda política dos indígenas por uma vida mais digna para si e seus descendentes, se esfacelaram e perderam o sentido.

O papel da Antropologia na abordagem a questões relacionadas à saúde tem sido amplo e diversificado, desde exercícios mais aplicados da profissão - com a atuação prática junto a serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais - até as perspectivas mais inclinadas a reflexões mais acadêmicas sobre o fenômeno do adoecimento. Em qualquer situação, o que estou sugerindo é que a contribuição da Antropologia para o debate sobre o sofrimento social se dê através de um conjunto de ferramentas teóricas e metodológicas que nos permitam perguntar, de uma maneira comprometida com os sujeitos implicados e considerando sua história e situação social, como o sofrimento é produzido e reconhecido e quais as implicações éticas e políticas dos diferentes tipos de reconhecimento.

Referências bibliográficas

ALVES, P. C.; RABELO, M. (Org.). **Antropologia da saúde**: traçando identidades e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ALVES, P.C.; MINAYO, M.C. (Org.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro:

Fiocruz, 1994.

ARANTES, R.; SANTOS, R.V.; COIMBRA Jr. C. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 375-384, 2001.

BAER, H.; SINGER, M.; SUSSER, I. (Org.). **Medical anthropology and the world system**: a critical perspective. Westport , Londres: Bergin & Garvey, 1997.

BIHEL, J. **Vita**: a zone of social abandonment. Berkeley : University of California Press, 2006.

BOURDIEU, P. A construção social dos corpos. In: BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. p.15-21.

BOURDIEU, P. The body as geometer: cosmogonic practice. In: BOURDIEU, P. **Outline of a theory of practice**. Cambridge : Cambridge University Press, 2004. p. 115-125.

BOURDIEU, P. **The logic of practice**. Cambridge : Polity Press, 1995.

BRUNER, E. Experience and its expressions. In: TURNER V.; BRUNER E. (Org.). **The anthropology of experience**. USA : Illini Books; 1986. p. 3-30.

CAROSO, C. (Org.). **Cultura, tecnologias em saúde e medicina**: perspectiva antropológica. Salvador: EDUFBA, 2008.

CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003.

CSORDAS, T. **Embodiment and experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

CSORDAS, T. Embodiment as a paradigm for anthropology. **Ethos**, v. 18, n. 1, p. 5-47, 1990.

DAS, V. Language and body: transactions in the construction of pain. In: KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (Org.). **Social suffering**. Berkeley: University of California Press, 1977. p. 67-91

DAS, V. **Life and words**: violence and the descent into the ordinary. Berkeley: University of California Press, 2007.

DAS, V.et al. (Org.). **Remaking a world**: violence, social suffering and recovery. Berkeley: University of California Press, 2001.

DUARTE, L.F. Pessoa e dor no ocidente. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 4, vol. 9, 1998.

DUARTE, L.F.; LEAL, O. (Org.). **Doença, sofrimento e perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

DUARTE,L.F. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? In:, ALVES, P.C.; MINAYO, M. (Org.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

EVANS-PRITCHARD, E-E. **Witchcraft**, oracles and magic among the Azande. Oxford : Clarendon Press, 1937.

FARMER, P. On suffering and structural violence: a view from bellow. In: KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997.p. 261-283.

FASSIN, D. **When bodies remember**. Berkeley : University of California Press, 2007.

FOSTER, G.; ANDERSON, B. **Medical anthropology**. Nova Iorque: John Wiley & Sons, 1978.

FRANKENBERG, R. Sickness as cultural performance: drama, trajectory and pilgrimage root metaphors and the making social of disease. **International Journal of Health Services**, v. 16, n.4, p. 603-626, 1986.

GOOD, B. et al. (Org.). **A reader in medical anthropology**. Chichester, Sussex: Wiley-Blackwell , 2010.

Rethinking **Contribution to Asian Studies**, v.18, p.1-23, 1984.

- HELMAN, C. **Culture, health and illness**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1990.
- JENKINS, R. **Pierre Bourdieu**. Londres: Routledge, 1992.
- JOHNSON, T.; SARGENT, C. **Medical anthropology: contemporary theory and method**. Nova Iorque: Praeger, 1990.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v.12, p. 85-95.1978.
- KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry** Berkeley : University of California Press , 1980.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of Internal Medicine**. v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.
- KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997.
- LEIBING, A. The medical anthropologies in Brazil. **Curare Sonderband**, n. 12, 1997.
- LOCK, M.; NGUYEN, V-K. (Org.). **The anthropology of biomedicine**. Chichester, West Sussex : Wiley-Blackwell, 2010.
- MARTIN, E. Towards an anthropology of immunology: the body and a nation state. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 4, n. 4, p. 410-426, 1990.
- MERLEAU-PONTY, M. **Phenomenology of perception**. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1962.
- MOURA, P.; BATISTA, L.; MOREIRA, E. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 459-465, 2010.
- RABELO, M.; ALVES P.C., Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, P.C.; RABELO, M. (Org.). **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1998.
- RIVERS, W. Massage in Melanesia. In: RIVERS, W. **Psychology and ethnology**. New York : Harcourt, Brace and Co, 1926. p. 56-61.
- SCHEPER-HUGHES, N. **Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil** . Berkeley: University of California Press, 1992.
- SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. The mindful body: a prolegomenon to the future work in medical anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 1, n. 1, p. 6-41, 1987.
- TURNER, V. **The forest of symbols**. Ithaca : Cornell University Press, 1970.
- WEITZ, R. (Org.). **The politics of women's bodies**. New York: Oxford University Press, 2003.
- WOODWARD, S. Violence-prone area or international transition? Adding the role of outsiders in the Balkan violence. In: DAS, V. et al. (Org.). **Violence and Subjectivity**. Berkeley: University of California Press, 2001. p. 19-45.
- YOUNG, A. When rational men fall sick; an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 317-335. 1981.

Notas

1 Este artigo foi escrito na vigência da Bolsa de Pós-Doutorado da Capes, Processo 5043/09-3.

2 No original: "the devastating injuries that social force can inflict on human experience."(Kleinman et al., 1977: ix).

3 Das refere-se a isso como sua preocupação com a escorregadia relação entre o coletivo e o individual, entre um gênero ou estilo literário como um todo e a elaboração individual de enredos nas estórias. Com isso ela intruz quais as questões que advém desse pressuposto. No original: "... my concern is with the slippery relation between the collective and the individual, between genre and individual employment of stories (Das, 2007:2).

4 Ressalto aqui também a intensa representação da problemática nos congressos da ABA, da ANPOCS, da RAM, e da

ABANNE mesmo antes da constituição da área específica no Brasil, mas notadamente de forma crescente desde o início da década de 1990.

5 Ver, por exemplo, Langer (1997), sobre questões relacionadas às atrocidades do Holocausto; Woodward (2000) sobre as peculiaridades da violência na Península Balcânica; Das (2007) sobre a violência coletiva e as políticas que acompanharam o processo de independência da Índia; entre outros.

6 No original: "Social suffering results from what political, economic, and institutional power does to people and, reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems" (Kleinman et al., 1997: ix).

7 No original: "They collapse old dichotomies – for example, those that separate individual from social level of analysis, health from social problems, representation from experience, suffering from intervention" (Kleinman et al., 1997: ix).

8 Dois casos interessantes sobre uma doença específica – o HIV/Aids – vista sob o ponto de vista do sofrimento social podem ser encontrados nas obras de Farmer no Haiti (Farmer, 1996) e o de Fassin na África do Sul (2007).

9 No original: "(...)how communities which have been marginalized through the structure violence of historical processes or which have faced the trauma of political violence, rebuild their lives."

10 Sobre etnografia da experiência ver Bruner (1986) e Kleinman (1991).

11 Vale aqui salientar que desde o segundo semestre de 2010 a política de saúde indígena está passando por reformulações importantes, saindo da responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde –FUNASA- para a da Fundação Nacional do Índio - FUNAI – mas que isso não tem nenhuma implicação sobre o conteúdo nem sobre a análise do caso etnográfico apresentado nesse artigo.

12 É importante esclarecer que não estou sugerindo que esse seja um problema exclusivo de populações indígenas, quando é sabido o fato de que quase todos os grupos sociais desfavorecidos social e economicamente em diversos contextos brasileiros sofrem de uma diversidade de problemas de saúde bucal.

13 É possível argumentar que se trata de um estilo de discurso mas dados os constrangimentos de tempo e espaço esse tema será tratado em outro artigo.