

O SENTIDO DA SAÚDE. ANTROPOLOGIA DAS POLÍTICAS DE VIDA.¹

DIDIER FASSIN, Antropólogo e médico, Professor da Universidade de Paris 13 e Diretor de Estudos na École des Hautes Études em Science Sociales, Diretor do IRIS.

INTRODUÇÃO:

A antropologia médica² veio a constituir um espaço acadêmico e científico que foi se caracterizando, ao longo das duas últimas décadas, por um duplo movimento: de um lado através da diferenciação em múltiplos domínios particulares, como a das chamadas áreas de “etnomedicina” e “etnofarmacologia” até os domínios de conhecimento e pesquisa como as antropologias do corpo, da doença e do sofrimento. Por outro lado, a apropriação e discussão com as grandes questões da antropologia, transformaram a pretensão inicial de construir um campo como se fosse uma especialidade autônoma (“antropologia médica”) que de bom grado acabaria por um domínio vulnerável à medicalização. O quadro que se desenharia da área particularmente na França, aparece de forma em que se destaca a diversidade tanto das pesquisas de campo como dos seus objetos o que vem cada vez mais incorporando-a ao campo propriamente da antropologia enquanto área disciplinar.

Será a partir do terreno da antropologia da saúde que discorreremos nesse texto. Se as problemáticas através das quais ele foi construído abordam as dimensões inéditas do que continuamos a denominar, por conveniência, antropologia médica, essas mesmas questões vem se juntar ou renovar certas interrogações que são feitas, de um modo mais geral, pelos antropólogos que tratam de questões de ordem política e moral. Mais do que discorrer sobre um “estado da arte” desse campo nascente, nos esforçaremos em mostrar as linhas de força, apoiando-nos sobre os pressupostos franceses e traçando relações com outros cenários. Compreenderemos assim que para além do campo da saúde estaremos compartilhando de uma “antropologia das políticas da vida”³.

¹ Capítulo publicado na coletânea coordenada por Francine Saillant e Serge Genest, **Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux**. Capítulo 14, pp.383-399. Québec: Les Presses de l'Université Laval; Paris: Anthropos, 2005, 467pp. Collection Sociétés, cultures et santé. Tradução de Rubens de C.F. Adorno.

² O termo “antropologia médica” é mais comumente utilizado no contexto americano, no Brasil e na América Latina utiliza-se o termo antropologia da saúde. O autor também destaca a existência de uma “aproximação” demasiada da antropologia médica norte-americana à medicina, indicando que a “saúde”, como no caso francês acabaria por ser um dos objetos da própria antropologia contemporânea. (Nota do tradutor)

³ Grifos do tradutor: “antropologia das políticas da vida” parece ser o termo que o autor defenderá no texto. Cabe destacar que a antropologia, no interior das ciências sociais corresponde à disciplina que teve no decorrer do sua história a discussão dos “limites” do humano, ou da sua abrangência, assim como coube à biologia clássica o trabalho de classificar espécies vivas, a antropologia clássica trabalhava com sistemas classificatórios dos diferentes grupos/sociedades humanas. Contemporaneamente a antropologia considera que só se pode definir o humano a partir de sua diversidade, e da riqueza de sentidos e significados que repousam nas diferentes sociedades e grupos humanos, interpretar esses significados e compreender essa diversidade é a tarefa dos estudos antropológicos que se desenvolvem a partir da etnografia. A compreensão antropológica exige um estranhamento e uma posição de alteridade em relação a sujeitos e objetos, assim como em relação às práticas humanas.

A SAÚDE, ENTRE UM REALISMO E UM CONSTRUTIVISMO.

A representação do senso comum olha para o a saúde como um simples dado ou estado da natureza, sobre essa concepção Georges Canguilhem (1966) já demonstrou sua limitação. A inscrição da saúde sobre o corpo, que a torna visível em contraste com a doença ou, de modo mais discutível, através do bem-estar, parece levar quase que para a evidência de entendermos saúde a partir de um substrato material cuja responsabilidade é de órgãos e genes. Essa evidência encontra-se reforçada pelo desenvolvimento de profissões e instituições que, a partir de um duplo jogo envolvendo a produção e a legitimação de saberes, dispõe de uma forte autoridade na definição de seus limites. Se afirmarmos que a tuberculose, a AIDS ou a encefalopatia espongiforme bovina são problemas de saúde, cada um aparece como consequência de bactérias, vírus, priões que se transmitem, infecções que se desenvolvem e doentes que sofrem. Se falarmos da mesma maneira sobre o consumo de álcool e drogas, a violência contra a criança ou as desordens pós-traumáticas, nada parece colocar em dúvida que como causa os efeitos físicos ou psíquicos deletérios da dependência ou da violência. A visão de saúde que se impõe de maneira ordinária, para o agente sanitário como para o paciente, para a decisão política como para o cidadão, é fundamentalmente uma visão naturalista – mais ainda biomédica como acreditamos quase sempre – que as estatísticas de morbidade e de mortalidade vem por finalmente objetivar (Dozon e Fassin 2001). O número de pessoas doentes ou que vão a óbito atestaria a verdade sobre o problema de saúde a partir do qual os poderes públicos e a sociedade deveriam todos eles se conscientizar para lutar por uma melhoria.

Seriam as coisas assim tão simples? Contra o senso comum, a antropologia política propõe um duplo foco de análise. A primeira é construtivista; ela mostra como aquilo a que chamamos de saúde é resultado do trabalho individual e coletivo dos agentes a partir de modelos e imagens, considerando conflitos e controvérsias, mobilizando alianças e desenvolvendo estratégias. A segunda é realista: ela analisa como os fatos atribuídos a uma natureza são também produtos de estruturas e de agenciamentos, de níveis de diferença e processos de desigualdade, da ação pública e de iniciativas privadas que tem por efeito prevenir ou acelerar a carência ou o sofrimento.

A saúde seria, portanto ao mesmo tempo uma construção social, no sentido em que seus agentes se traduzam numa linguagem de saúde/doença, e uma produção da sociedade uma vez que a “ordem do mundo” se inscreve sobre os corpos. Podemos, portanto, de um lado falar de uma “sanitarização do social”⁴ e de outro lado, de uma politização da saúde (Fassin, 1998).

Os dois movimentos operam de maneira dialética, eis um ponto essencial. De fato, a literatura das ciências sociais acerca da saúde por vezes adotou, de forma exclusiva ou de forma mais geral, uma ou outra dessas perspectivas: seja a direção tomada por Peter Berger e Thomas Luckman (1966), descrevendo como se constroem os objetos da saúde, tais como a

⁴ Grifo nosso, do tradutor. Os termos utilizados pelo autor nesse parágrafo são fundamentais para a compreensão do texto: o significado de “sanitarização” do social, ou seja questões que remetem às relações sociais, desigualdades, heranças históricas e culturais da sociedade etc.. passam a ser “sanitarizadas” ou “medicalizadas”, o que significa a necessidade de um movimento contrário, ou uma análise e interpretação no sentido da “politização da saúde”.

violência contra a criança ou o traumatismo psíquico (Hacking, 1995,1999) ; seja , na linha de Merrill Singer e Hans Baer (1995) como porta vozes, que defendem a incidência das condições sócio-econômicas na produção da doença, para destacar as disparidades e as violências que se manifestam sobre os corpos (Farmer, 1992,1999). Na abordagem que defendemos aqui, os dois processos se mesclam e as duas leituras se inflexionam, ou se informam mutuamente.

Tomemos o caso do saturnismo infantil na França, partindo desse fato: em 1981, uma revisão de todos os casos de intoxicação por chumbo entre as crianças francesas encontra 10 relatos publicados durante os 25 anos precedentes. Os autores desses trabalhos, pediatras e toxicologistas de Lyon, constataam que, ao contrário dos Estados Unidos onde essa afecção "selvagem" grassava de maneira preocupante, a França parece ter sido poupada. Em 1999, uma perícia nacional realizada do Instituto de saúde e pesquisa médica (Inserm) , apoiando-se nos diversos levantamentos epidemiológicos, conclui que haveria uma população de 85000 crianças contaminadas pelo chumbo, o que leva a uma inquietação dos especialistas ao reconhecer que a França apresentaria uma situação bem mais grave que a dos Estados Unidos no tocante a esse agravo. Em menos de duas décadas, a situação epidemiológica da França passaria de existência de casos excepcionais para o de uma epidemia sobre a qual a imprensa passou a repetir e ecoar e através desse fato uma lei foi votada. Deve-se pensar como em tão pouco tempo o chumbo se disseminou nos corpos das crianças a ponto de que essa patologia considerada até então como rara tornar-se-ia uma nova prioridade em saúde pública ?

Dois elementos devem ser levados em conta: a mobilização dos agentes para fazer reconhecer o problema e a mudança nos contornos clínicos da doença. A epidemia de saturnismo tornar-se ia, portanto a consequência da intervenção de sujeitos e da transformação dos indicadores, em suma uma questão que envolveria humanos e não humanos (Latour, 1991) pensando que em geral são sempre mesmo as mulheres e os homens que agem e interagem.

Sobre o primeiro "front" que se organizou, principalmente na região parisiense, se inicia com uma jovem pediatra que reconhece um caso de saturnismo em uma menina originária do Mali e a encaminha para o serviço social, procedimento às vezes negligenciado na época. A partir desse caso a assistente social decide, aliás um fato excepcional conhecendo-se o olhar que geralmente os profissionais tem, a partir de seu "habitus" no entre muros dos hospitais, fazer uma visita domiciliar para constatar as condições de moradia da menina e retorna muito chocada pela degradação dos locais de moradia apelando às instituições de proteção materno-infantil; uma das médicas desse serviço, em colaboração com um toxicologista, e mais tarde com dois amigos médicos generalistas que trabalhavam em organizações não governamentais , uma humanitária e outra preocupada com a situação de saúde dos imigrantes , e mais ou menos próximo a isso um especialista em saúde pública de um departamento de pesquisa da universidade – e ainda alguns outros colaboradores – foram, cada um a sua maneira, tomando, com unhas e dentes a defesa dessa causa. A expressão não é exagerada, pois muitas resistências se opuseram a ela, a partir de uns que consideravam o saturnismo um fenômeno marginal, outros que viam as consequências práticas dessa questão que implicaria em reivindicar novas moradias ou reabilitar as condições de moradia existentes. Foi finalmente necessário 5 anos para que o problema fosse reconhecido e que uma

investigação nacional fosse realizada, oito anos para que a legislação fosse modificada para permitir a triagem e o diagnóstico das crianças, e sobretudo para se realizar obrigatórias as intervenções sobre as edificações existentes.

Sobre o segundo "front", de caráter internacional, o nível de chumbo a partir do qual se considera a existência de uma intoxicação passa em alguns anos de 250 ug/l para 100 ug/l. A partir da primeira cifra, se desvelaram algumas centenas de casos que a mobilização dos agentes tornou possível descobrir. Baseando-se na segunda cifra seriam dezenas de milhares de crianças que passariam a ser admitidas como contaminadas a partir do relatório de perícia. Entre esses dois valores se inserem o trabalho de duas equipes de epidemiologia, uma norte-americana, outra australiana, que colocaram em evidência, durante os anos 1980, os efeitos tóxicos do chumbo a níveis mais sensíveis sobre a capacidade de aprendizagem e o desempenho escolar. A demonstração não foi fácil de estabelecer, pois deve-se imaginar a multiplicidade de fatores não biológicos que interferem nas competências cognitivas, tratando-se de habitações precárias e desfavorecidas, afro ou de latinos no caso dos estados unidos. Tornou-se necessário a aplicação de inquéritos complexos que recorriam a análise multivariadas e por diversas controvérsias científicas dividindo os meios acadêmicos antes que o novo nível de toxicidade fosse admitido pela autoridade que legitima a matéria, os "Centers for Disease Control de Atlanta, referência para a saúde pública europeia.

Afirmar que o saturnismo infantil foi uma construção social, não é simplesmente deixar de reconhecer uma realidade clínica ou epidemiológica. Trata-se de lembrar-se de duas coisas. Primeiramente, se não existissem agentes sociais que dessem existência a essa realidade, ela ficaria tal como se encontrava até os anos 1980, ou seja, uma afecção considerada excepcional ou ainda uma patologia enterrada no corpo das crianças imigradas de origem africana. Em segundo lugar deve-se considerar que a doença descrita a partir de então como epidêmica não significa a mesma que constava nos casos raros descritos nos estudos clínicos, esses últimos correspondendo talvez a manifestações neurológicas graves acompanhadas de coma e convulsões e relacionadas a níveis de intoxicação muito elevados, no primeiro caso não haveria a ocorrência de manifestações clínicas destacadas e se traduziria notadamente em termos do risco estatístico da diminuição do cociente intelectual. As duas dimensões são eminentemente políticas: de um lado, colocamos em destaque o papel dos agentes sociais para se construir o conhecimento de um problema de saúde; por outro lado, destacamos a importância dos instrumentos técnicos na demonstração dos fenômenos sanitários. Nessa direção, entretanto um problema permanece: qual seria a origem da intoxicação por chumbo? Ou ainda: como a explicar? Questão da maior importância para ser colocada, pois na França 99% das crianças afetadas procedia de famílias africanas. Analisar a produção social do saturnismo significava tomar conhecimento desse dado.

No início dos anos 1970, o governo francês anunciava sua decisão de estabelecer um termo a imigração que ocorria por motivo de trabalho, até aquele momento, a regulação dos fluxos migratórios era estabelecido fundamentalmente em relação às necessidades da economia e a posse de um contrato de trabalho declarado pelo empregador era, em geral, um motivo suficiente para se obter um visto de permanência. A crise do petróleo e as reestruturações produtivas causaram mudanças no mercado de trabalho. Os imigrantes, sobretudo aqueles sem nenhuma qualificação, tornaram-se aos poucos menos necessários,

exceto em alguns setores particulares, como trabalhos públicos, agricultura,. Esta nova política deixou, entretanto aberta a imigração chamada de "povoamento", no quadro do reagrupamento familiar o que permite que as crianças e outras pessoas da família se juntassem àquele que já havia imigrado anteriormente para o país. Em meados dos anos 1980, esse procedimento migratório sofreria importantes restrições, juntamente com outras vias de ingresso legal no território francês. Ao mesmo tempo, os vistos de permanência passam a ser mais dificilmente renovados para os desempregados, os trabalhadores em certos setores que passam a ser protegidos para os cidadãos franceses, os estudantes que são reprovados nos exames. Deste momento em diante, o efeito dessas restrições levou a que os contingentes de entradas de imigrantes ilegais e de residentes que não tiveram seu visto renovado crescessem, entre eles os africanos, sobretudo originários da África do Oeste, passam a ser os imigrantes ilegais mais numerosos ou pelo menos aqueles para os quais os mecanismos de invisibilidade são menos eficazes.

Logo, nesse mesmo período, as mesmas causas econômicas conduzem, para o conjunto da população residente na França, um crescimento das demandas de emprego e, no geral, a uma diminuição da mobilidade social e espacial. No contexto de relativo agravamento da situação habitacional, os imóveis de locação com preços moderados tornam-se gradativamente menos acessíveis aos estrangeiros, em razão também das políticas ocultas de cotas de imóveis. Os imigrantes mais recentes passam a contar com os imóveis de locação privada mais desvalorizados no mercado, os mais modestos e insalubres, e considerando o fato de que esses imigrantes chegam e permanecem em sua maioria em situação irregular passam a aceitar o tipo de habitação que encontram disponíveis. É precisamente nesses imóveis em que vamos encontrar as pinturas a base de chumbo, proibidas depois de 1948. E serão nesses locais que as crianças de origem africana se contaminam.

A história das políticas francesas de imigração e habitação, que brevemente evocamos, oferece uma interpretação consistente das razões de incidência elevada de saturnismo entre as crianças que vivem nas famílias de imigrantes pobres. Ela demonstra como uma contaminação que se relaciona com o meio ambiente local é produzida pelas desigualdades sociais e particularmente aquelas que compreendem os estrangeiros em situação de precariedade econômica e jurídica. Entretanto, não foi essa a explicação que prevaleceu na França durante os anos de 1980.

Como forma de explicar a intoxicação e sua situação relacionada aos lares africanos, foram feitas suposições a respeito das práticas culturais particulares daquelas famílias. Depois de haver sido evocada a responsabilidade dos tinteiros usados pelos muçulmanos e de produtos usados na maquiagem das mulheres, finalmente se fixava a interpretação que, mesmo que reconhecendo o papel das pinturas a base de chumbo, colocava-se como causa uma suposta apetência por matérias minerais, a geofagia, que seria transmitida pelas mães originárias da África do Oeste, aos seus filhos. Contra essa leitura culturalista, os ativistas da causa do saturnismo precisaram se mobilizar para fazer valer a análise materialista que progressivamente foi se impondo durante os anos 1990.

Isso significa concluir que a construção social do saturnismo (a partir dos agentes que, com suas lutas, conseguiram tornar evidentes não apenas a realidade, mas também a etiologia

do problema) e sua produção a partir da sociedade (como resultado de processos econômicos e de escolhas políticas) devem ser pensados conjuntamente.

De forma exemplar a intoxicação pelo chumbo não seria uma evidência única. Podemos pensar , por exemplo, a propósito do representação exagerada e emocionada da fome no Brasil (Scheper-Hughes,1992), do stress pós-traumático nos Estados Unidos (Young, 1995), ou da psicopatologia africana (MacCulloch, 1995) , mostrando este duplo mecanismo de construção e produção , de modelos cognitivos e lógicas políticas que a sociedade busca apagar, tornando as categorias nosológicas um simples reflexo da natureza das coisas e velando os processos sociais que as inscrevem – as nosologias – sobre os corpos. Para além de uma leitura construtivista e realista dos fenômenos de saúde, dos quais faz eco a constatação feita por inúmeros trabalhos da antropologia médica dita crítica, a epidemia de saturnismo tem talvez alguma coisa a mais que nos faz também entender os fundamentos antropológicos das sociedades contemporâneas.

Quando a assistente social descobre as famílias africanas vivendo em alojamentos precários no coração de Paris, o saturnismo talvez apareça como quase um acessório ao olhar para o estado miserável das habitações, com pisos se decompondo e escadas que balançam. E assim trabalhando contra o saturnismo e tomando a defesa das crianças doentes que as assistentes sociais e outros atores irão reclamar aos membros da prefeitura para fazer alguma coisa para essas famílias. Quando, um pouco mais tarde, tornou-se um membro de uma grande organização humanitária, tornou-se , durante um período de tempo funcionário do Ministério da Saúde, responsável pelas populações desfavorecidas, decidiu apresentar um texto legislativo, colocando em linha de frente de uma maneira patética figura das crianças vítimas de intoxicação por chumbo. Os dois ministros que ele conseguirá convencer sobre a importância de sua causa eram de fato, dois fundadores dos Médicos sem Fronteira, portanto já sensíveis a essas questões. Dito de outra maneira, a reação política local e nacional a respeito da indignidade das condições de moradia dos estrangeiros não teve sucesso, será a invocação da deterioração dos corpos que se tornaria uma questão sensível e visível. A legitimidade da doença adquiriu razão sobre a ilegitimidade da população. Essa questão moral que vai procurar na vida física aquilo que a existência social não basta para se justificar, a partir dessa ocorrência o realojamento das famílias de imigrantes opera hoje em grande numero de registros de ação publica.

Economia Moral e Razão Humanitária

Em um texto bastante citado, Michel Foucault (1976) propôs uma teoria do biopoder que permite esclarecer essa questão. Durante séculos, escreve ele, a política se organizou em torno do poder do soberano, ou do rei, que detinha o “direito de morte” sobre súditos. A partir do século XVII, por uma inversão progressiva dos princípios e dos valores da “governamentalidade”, seria a “gestão” dos vivos que se tornaria a questão central da política, a partir daí sobre a forma de “poder sobre a vida”. É este biopoder que determina a sua maneira a disciplina dos corpos, como ela se manifesta através das instituições, da escola ao

exército e da prisão passando pelo hospital, e esse controle das populações, tal como se manifesta na invenção dos instrumentos utilizados pela demografia, sociologia e psicologia, e na regulação dos nascimentos, das doenças e dos fluxos migratórios. Em primeira análise, a saúde pública parece perfeitamente se inscrever nesse quadro, visto que de certa forma ela pretende impor normas individuais de condutas ditas saudáveis e, de outro modo ela organiza o conhecimento epidemiológico e a administração da sanitária das coletividades humanas. O exemplo do saturnismo vai convidar portanto a uma outra leitura.

Certamente, trata-se de uma boa causa a intervenção sobre os corpos e as populações para reconhecer e prevenir os casos de intoxicação por chumbo entre as crianças. Entretanto 20 anos mais tarde, quando já se dispõe de todos os elementos de descrição de análise e de medida, quando as associações se mobilizaram e uma lei foi votada, menos de um por cento das famílias entre as quais se estimava haverem se contaminado crianças, foram beneficiadas por uma medida de realojamento ou de reforma de suas moradias. Biopoder bem frágil, portanto ao se considerar o jogo das questões econômicas ligadas ao custo dessas medidas e às políticas que se relacionaram com o crescimento da xenofobia. E dessa maneira se estabelece um consenso em torno das vítimas de saturnismo de forma abrangente para que mesmo dois ministros pertencentes a duas maiorias parlamentares tradicionalmente de oposição, cada qual em seu turno de governo, vão defender passo a passo a inscrição dessa questão na legislação. Mais do que falar de poder sobre a vida, que levaria a supor uma ação pública eficaz, deve-se falar em poder da vida, entendendo nessa expressão o reconhecimento que a sociedade estabelece em relação ao corpo que sofre ou que está doente. Estabelece-se um valor maior a uma biolegitimidade do que a um biopoder (Fassin, 2000). Através dessa palavra, trata-se de enunciar uma ordem de valores – e não uma hierarquia de poder – que se estabelece no mundo contemporâneo e das quais as traduções concretas são inomináveis, tanto em relação ao plano local de ação da saúde pública como em relação as cenas mundiais da ação humanitária.

Dois filósofos podem ajudar a compreender e traçar a genealogia dessa significação. De um lado Hannah Arendt (1967) defende o fato de que a partir do movimento iluminista, e sua fundamentação estabelecida na Revolução Francesa que tornou a vida “um bem supremo” e da “piedade” o motor primeiro da ação; segundo ela, uma verdade do corpo passa a ser imposta que deriva da necessidade sobretudo da liberdade e da dignidade e que anuncia a supremacia dos direitos do homem sobre os direitos dos cidadãos. De outro lado, Giorgio Agamben (1997) distingue, a partir de uma releitura de Aristóteles, os dois sentidos que recobrem os termos gregos que designam a ideia de vida: “zoé”, a vida nua, a existência física, o “simples fato de viver”, e “bios”, a vida qualificada, a existência política, a “maneira própria de viver e pertencer a um grupo”; esta tensão entre duas formas de vida, e mais particularmente a maneira pela qual vida biológica serve na sua permanência para justificar, ver e fundar a vida em sociedade, e esta é a que caracteriza, para ele, as políticas contemporâneas.

O exemplo da gestão realizada em relação à imigração esclarecerá esta discussão teórica. Seguindo-se as grandes mudanças econômicas e sociais que induziram, a partir dos anos 1970, as políticas mais e mais restritivas em relação à entrada e a permanência dos estrangeiros, o conjunto das vias de acesso legal ao território francês foi progressivamente

fechada. Ao mesmo tempo, uma mobilização partidária ocorreu, primeiramente com a participação do Partido Comunista depois com a "Frente nacional", em torno do que passou a ser conhecido como "a questão migratória", dito de outra maneira, a construção do problema dos estrangeiros como um tema problemático em relação ao emprego, a insegurança e mesmo à Aids. Esta dupla transição, política e ideológica, teve como efeito, generalizar cada vez mais as representações discriminatórias em relação ao "outro", justificando práticas cada vez mais agressivas a permanência dos estrangeiros. Com a construção do espaço definido como de "Schengen" no curso dos anos 1990, a discriminação e a inospitalidade se estenderam à União Européia em detrimento dos "extra-comunitários", quer dizer, essencialmente, os pertencentes aos chamados países do terceiro mundo. Nesse contexto, se produziram dois fenômenos marcantes:

Primeiro Fenômeno : o situação de asilo político perdeu sua considerável legitimidade. Enquanto no início dos anos 1980 esta situação se beneficiava ainda de um crédito simbólico que se traduzia por um nível elevado de vistos favoráveis concedidos aos solicitantes de asilo (cerca de 80% dos pedidos eram concedidos aos refugiados) , tornou-se objeto de uma desqualificação crescente na década seguinte (resultando em que apenas 12% dos pedidos fossem reconhecidos pelo Escritório Francês de proteção de refugiados e apátridas, que se elevaria a 18% depois da intervenção da Comissão de Recursos a qual os solicitantes podem recorrer) Em 10 anos, o número de refugiados políticos foi dividido por 6, atingindo a cifra de 2000 reconhecimentos novos por ano (não contanto com as crianças que ao atingirem a maioria se beneficiam do mesmo status que os seus pais). Paralelamente, uma série de medidas supostamente dissuasivas em relação aos eventuais candidatos futuros a pedidos de asilo, teve por efeito tornar mais precárias e frágeis a condição de refugiado como a perda dos auxílios para alojamento em 1989 e em 1991 a proibição de trabalhar o que os torna dependentes da caridade pública. Bem distante das declarações generosas que se deram em torno da assinatura da Convenção de Genebra em 1951, a França e a Europa seguiram considerando cada vez mais a figura dos solicitantes de asilo como estrangeiros indesejáveis como os demais imigrantes, destinados a tornarem-se clandestinos.

Segundo Fenômeno: A razão humanitária contemporaneamente se impôs como um novo direito. Ela diz respeito essencialmente aos estrangeiros doentes, desde que possam demonstrar que sofrem de doenças graves que não são atendidas em seus países (dois critérios cuja apreciação torna-se eminentemente subjetiva) O novo dispositivo foi colocado em ação sobre uma dupla pressão. De um lado com o crescimento de estrangeiros doentes de Aids em um período no qual os antirretrovirais não se encontravam disponíveis no terceiro mundo e , de outro lado a partir da mobilização de associações de defesa do direito à saúde dos imigrantes agrupados em um coletivo. A institucionalização desse direito se deu em três momentos. No início dos anos 1990, os prefeitos começaram a usar de maneira cada vez mais frequente seu poder discricionário de regularização de estrangeiros sem visto de permanência a partir dos relatórios de doença. Depois disso uma legislação sobre a imigração que tinha por objetivo geral de dificultar o acesso de estrangeiros ao território francês incluiu uma cláusula especial que indicava que os doentes não poderiam mais ser reconduzidos à fronteira e tornar-se-iam por efeito não regularizados e nem expulsos. Em 1997, uma nova lei dá um passo a

mais instituindo o direito de permanência e de trabalho para os doentes que após relatórios de especialistas demonstrassem a adequação de sua situação médica em relação a dois critérios de gravidade da doença e de inacessibilidade aos tratamentos necessários. Durante uma década, o número de vistos regularizados àqueles que haviam solicitado esse procedimento há bastante tempo, foi multiplicado por 7, a “razão humanitária” fez com que a administração concedesse permanência acerca de 2000 pessoas a cada ano. Entre todas as formas existentes de obtenção de um visto de permanência através do status legal foi essa a via que logrou sucesso em um período no qual outras formas de solicitação de visto fracassaram.

Temos, portanto de um lado a perda da legitimidade de asilo político e de outra parte a uma recuperação da legitimidade dos sujeitos a partir do sofrimento do corpo, como duas maneiras de definir a política dos viventes, o que nos faz estabelecer um paralelo entre os dois fenômenos que não apenas se desenvolveram em um mesmo período de tempo senão que também ocorrem de forma interativa. Desta maneira sujeitos que tiveram seus pedidos de asilo negados procuram fazer valer seus direitos através de uma patologia, sejam encorajados por advogados, por associações ou mesmo por agentes da municipalidade bem intencionados. Assistimos, portanto a um verdadeiro deslocamento da legitimidade : dos direitos de cidadãos do mundo (ameaçados em seus países) aos direitos dos seres humanos (que tem como prova a situação de doença) , se nos fundamentamos a partir dos conceitos caros a Hanna Arendt; e da vida como uma situação política (bios) para a vida como uma circunstância biológica (zoé) se pensarmos como exprime Giorgio Agambem. Atualmente a sociedade francesa encontra-se menos inclinada a reconhecer e é menos sensível a existência de uma vítima de guerra ou de um regime autoritário do que frente ao sofrimento de uma pessoa atingida por uma doença grave. Esta forma de reconhecimento é também aquela implementada, no plano internacional, pela gestão humanitária dos deslocados e refugiados (Agier 2002). De maneira mais anedótica, mas não menos significativa, sabemos que foi por motivo de saúde que se invocou a suspensão de um processo pelo qual o general Pinochet era acusado na Espanha por crime contra a humanidade e para justificar a liberdade do Governador Papon¹ aprisionado pelas mesmas razões de Pinochet. Nos dois casos o termo “humanitário” foi empregado pelos advogados de defesa dos criminosos.

Falar de economia moral para tratar das políticas dos viventes, implica em considerar os valores que sustentam as escolhas feitas pelas sociedades contemporâneas sobre as questões que colocam em jogo a existência física, mas também social dos indivíduos. Ela oferece um contraponto necessário à economia política que, por sua vez, toma as relações de produção como uma perspectiva outra de análise para interpretar o sentido das decisões tomadas sobre as vidas humanas. Em se tratando de imigrantes, a economia política permite compreender como a sua força de trabalho, que havia se tornado central no processo de reconstrução e modernização da Europa após a 2ª. Guerra tornou-se marginal a partir e sofrendo os efeitos das reestruturações econômicas das últimas 3 décadas. A partir da economia moral que podemos interpretar essa inversão que se produz paralelamente, quando o corpo apto torna-se ilegítimo e o corpo em sofrimento torna-se base para um novo reconhecimento, a existência desse corpo não mais é justificada pela sua contribuição à riqueza coletiva, mas pela instituição de um protocolo compassivo ou baseado na compaixão.

O sujeito que obtém um visto de permanência simplesmente porque é portador de uma doença adquire o que Adriana Petryna (2002), que trabalhou com os sobreviventes de Chernobyl, chamou de uma “cidadania biológica” e descobre uma forma inédita e radical aquilo que Paul Rabinow (1996) chamou atenção a respeito do programa de investigação do genoma humano qualificando-o de “biosociabilidade”. A ameaça que pesa sobre a vida física torna-se uma razão política de viver.

A oposição marcada entre as duas formas de vida não dá absolutamente conta das complexidades de lógicas colocadas em questão. De fato, melhor seria falar de configurações e tensões, que se estabelecem a partir das questões de valores e do jogo dos atores, ou dito de outra forma aquilo que toma o lugar das subjetividades e das estratégias frente às normas e ao poder. Quando um solicitante de asilo que teve seu pedido negado reencaminha sua solicitação de um visto de permanência invocando uma doença, seja invocando o sofrimento psíquico ligados às circunstâncias que o tornaram um exilado, quando constrói sua justificativa não mais a partir da situação de perseguição política ou de vítima de uma ordem violenta e repressora que o tornou uma vítima desse sofrimento psíquico, podemos racionalmente pensar que esta mudança de representação de si que ele demonstra para os outros e para si mesmo não tem por efeito senão sobre seu estado de sujeito psicológico, o que a antropologia tem dificuldade inclusive para compreender, ao menos a respeito de seu status de sujeito político, que apela a compaixão (por sua situação clínica) sobretudo na reivindicação de um direito (o asilo político).

O que se estabelece e as pesquisas demonstram é que os indivíduos não se tornam passíveis nesse processo, eles programam táticas e às vezes formas de resistência e, a partir do fim como justificativa dos meios, reconstroem - com o visto de permanência obtido - uma existência social em torno da clandestinidade e muitas vezes da precariedade. Em outros termos, se o seu reconhecimento a partir da vida biológica tornou-se uma passagem obrigatória de sua trajetória, eles a prolongam no registro da vida política e simplesmente como atores na cidade, eles demonstram que suas vidas concretas não escaparam tomando o partido da normalização.

HISTÓRIA SOCIAL E DESIGUALDADE INCORPORADA

De todo modo a vida não se resume a uma única distinção entre um fenómeno biológico e uma existência política. Se o que faz o homem é a linguagem, e se a linguagem é também aquilo que resiste ao ato de decifrar o significado (Wittgenstein 1961), então a vida é também a memória daquilo que temos e a forma como narramos essa memória. As políticas da vida não se restringem apenas a política dos vivos ou do que está vivo, mas também às políticas do vivido. Memória e narrativa operam através de duas lógicas evidentemente distintas que, entretanto inscrevem um sentido comum àqueles que vivenciaram tanto no corpo como nas palavras. Um sujeito e outro são ao mesmo tempo indivíduos, com experiências biográficas particulares, e coletivos, ao compartilhar uma mesma experiência histórica. Deste ponto de vista, a vida de um imigrante se manifesta não apenas através das

frases que ele menciona a respeito de seu próprio itinerário, ele também exprime os traços que afloram de um passado onde existem raízes e signos de um presente que vai sendo construído com a sociedade na qual ele está daqui para frente.

Chamaremos de “incorporação” o modo como as estruturas e as normas da sociedade, as provas e as marcas do tempo se inscrevem nos corpos. No domínio das ciências sociais, Marcel Mauss (1980) , analisando as técnicas corporais e, mais presentemente Pierre Bourdieu (1979) , propondo a teoria sobre o “habitus”, forneceram modelos que permitem dar conta da inscrição (“imprint”) social das maneiras de agir e de ser. Para pensar nessa “inscrição” , dois conceitos são esclarecedores de maneira complementar à relação entre a sociedade e o tempo. Podemos falar de um lado sobre a condição social para designar a maneira como as estruturas sociais se inscrevem nos corpos; e de outro lado , da experiência histórica para qualificar a forma como esses fatos são vividos, interpretados e relatados. A primeira corresponde sobretudo à dimensão objetiva da incorporação; a segunda a sua dimensão intersubjetiva, ambas as dimensões são individuais e coletivas. Sem recorrer necessariamente a essas categorias , a antropologia médica teve às vezes a tendência de privilegiar implicitamente uma ou outra dessas categorias. Tomando as abordagens que podemos chamar de críticas, a questão das violências estruturais são consideradas, às vezes em detrimento do sentido que os fatos desempenham para seus agentes (Kim et al. 2000; Scheper-Hugues, 2002) . Para as leituras fenomenológicas, a narrativa traduz a experiência mas deixa escapar a materialidade das existências (Kleinman 1988; Good, 1994). O que importa é pensar conjuntamente, a experiência e também a perspectiva de compreensão dos mecanismos de desigualdade.

A epidemia de Aids na África do Sul nesse sentido é um evento tragicamente exemplar. Tal como se construiu e se enunciou, a trama da narrativa da epidemia mistura várias linhas de narrativas. A primeira é epidemiológica. Em uma década, a taxa de soro-prevalência passou de menos de 1 a 25% da população adulta e a Aids se tornou a primeira causa de mortalidade dos homens e das mulheres entre 15 e 49 anos. As projeções demográficas foram ainda mais inquietantes mostrando que entre 1990 e 2010, a esperança de vida ao nascer poderia diminuir em 20 anos. A segunda narrativa é histórica. Ela relaciona dois níveis de acontecimentos, o fim do vergonhoso regime do apartheid e a progressão inexorável da Aids, como se o segundo fato derivasse do primeiro, o que muitos sugerem, ou então como as duas aflições fossem uma só, uma eterna aflição do continente africano. A terceira leitura é política. Várias controvérsias sucederam nos curso dos últimos anos principalmente em torno da etiologia viral da Aids e da toxidade dos antirretrovirais , dividindo uma aliança tripartite de poder, opondo o primeiro governo democrático a seus anteriormente antigos aliados na sociedade civil, tornando a epidemia uma ameaça mais grave para a unidade nacional apenas esboçada. A quarta leitura é biográfica. As narrativas de vida que foram sendo recolhidas por investigadores e jornalistas, os fragmentos de história que se conta nas associações e nos momentos dos enterros , os registros e as lembranças deixadas nas caixas de memória como únicos testamentos para as crianças e os familiares próximos, tantas formas pelas quais um se esforça de tornar vivo aquilo que foi, e ainda, e logo não será mais. Mas como dar conta dessa trama sem desenrolar cada um desses fios? Para poder conservar a densidade e a verdade da matéria narrativa necessitamos apreende-la tanto como condição e experiência.

A condição social da aids relaciona as leituras epidemiológica e histórica, que podem alimentar os dois outros níveis de narrativa. Para interpretar essa progressão inédita da infecção, é preciso lançar luz a uma história que é também uma história de desigualdade muito profunda, uma desigualdade sem saída que busca se justificar em uma razão de diferenças humanas para justificar a seu turno soluções imensamente desumanas. O *apartheid*, que se tornou uma biopolítica oficial da África do Sul a partir de 1948, se prolongou radicalizando as políticas de colonização, de dominação, de exploração e de segregação na qual a dimensão racial e racista sempre estiveram presentes. A velocidade de evolução da aids e as disparidades de sua distribuição resultam de fenômenos complexos que se misturam às desigualdades, violência e migrações. Cada um desses fatores foi produzido pela herança de um regime anterior se exacerbando paradoxalmente no momento de sua desaparecimento: as desigualdades socioeconômicas e sócio raciais tornaram-se bem mais aparentes com o fim da divisão oficial da sociedade a partir de uma matriz baseada na cor; as violências ordinárias e sexuais induzidas por um dispositivo de terror e de exclusão mais liberados ou tornados visíveis pelo desvelamento brutal dos dispositivos de força extrema; os deslocamentos de populações diretamente provocados pelas guerras sustentadas pelo poder precedente ou aceleradas pela liberdade de circular e o fim das sanções internacionais depois de 1994. Os níveis de contaminação particularmente elevados entre homens e mulheres jovens das "favelas", cidades em torno das minas e das antigas fazendas atestam a dinâmica desta incorporação da ordem social atravessando a extensão da aids. Assim, muito além das especificidades comportamentais ou culturais precocemente qualificadas de "promiscuidade" pelas quais se quiseram dar conta da epidemiologia da infecção. De outro modo é procurar compreender que o que ocorreu de fato é que cada história individual foi marcada pela história coletiva, esta que por sua vez marcava tanto as relações entre indivíduos, entre homens e mulheres, entre os cidadãos e o poder. Será a partir dos traços que se conservaram de um passado recente que se pode encontrar a interpretação dos fatos e, por consequência, as pistas para poder corrigir o curso dos acontecimentos.

A experiência histórica da aids estabelece uma correspondência entre as leituras política e biográfica, mas sua duração resulta de um choque de duas outras. Mais do que falar de uma negação da doença, como fazemos tão bem tanto em relação às escolhas de governo como de atitudes da população, torna-se necessário analisar como essa conjunção entre o fim do *apartheid* e o início da epidemia aparece para muitos como impensável e intolerável. A proliferação de discursos de contestação das verdades oficiais inverte essa lógica de incredibilidade e incompreensão. Mas aí ainda, a presença esfumada do passado ficaria ainda tão subestimado que os acontecimentos mais dolorosos são atribuídos apenas aos fatos recentes. Se as primeiras medidas de segregação racial foram tomadas em nome da saúde pública, depois da peste de 1900 e da gripe de 1917, se a tuberculose foi por sua vez o produto da exploração da mão de obra dos mineiros e a razão invocada para renovar a força de trabalho, a aids ela mesma fez sua ocasião (fez sua oportunidade, ou se produziu para aparecer), no regime precedente, da parte da medicina, aos discursos e práticas discriminatórias e estigmatizantes relativamente às populações negras. Tomando o partido suspeito da ciência biomédica e as lembranças das violências cometidas em nome da razão sanitária, construções imaginárias de complôs e produções reconhecidas como verdadeiras de projetos genocidas, herança histórica misturada com níveis de realidade tanto quanto

declarações do presidente sobre o vírus ou os antirretrovirais que com o propósito recolhidos no campo de investigação e se estabelecendo com a vontade dos poderes públicos atuais de se desembaraçar de uma população inútil de pobres e doentes. Para esses que as têm, as narrativas dizem uma verdade mais profunda ainda que aquela dos números da infecção e das mensagens da prevenção.

O Corpo, na proporção que materializa em cada um de nós a inscrição da sociedade e do trabalho do tempo, porta também um testemunho, através da doença como um dado físico e material, mas também como uma narrativa individual e coletiva. A este respeito a antropologia da violência, tal como se desenvolveu nas suas diversas perspectivas como na Colômbia (Taussig, 1987) , na Irlanda (Feldman, 1991) e Índia (Das, 1995) ou no Sri Lanka (Daniel, 1996) , assegurou um eco às preocupações tanto epistemológicas como éticas de toda antropologia que se esforça de apreender a vida como um fato objetivo e de produção subjetiva.

Uma antropologia das políticas da vida excede assim o horizonte teórico da antropologia médica clássica. Como busquei mostrar referindo-me e usando repetidamente um grande numero de vezes, ela junta-se em inúmeros pontos com aquilo que do outro lado do Atlântico chamamos às vezes de antropologia médico crítica, que partilha um certo olhar sobre a autoridade dos saberes e sobre o uso dos poderes, sobre as violências estruturais e as desigualdades sociais. Talvez ela se singularize a partir de três ordens de inflexão:

Primeiro, se o corpo, a doença, a saúde lhe fornecessem uma matéria para pensar, ela se ocupa em analisar os modos de construção e de produção e , assim, analisar a forma como se ilumina a compreensão dos mundos sociais.

Segundo, a pesquisa sobre o significado do lugar que é crescentemente ocupado pelos problemas dentro das sociedades contemporâneas, a antropologia das políticas de vida desenvolve uma crítica das novas formas de legitimidade sanitária ou humanitária que decolam e se fazem parecer e assim se impor quase naturalmente em prejuízo de outras configurações possíveis.

Terceiro, estando atento ao mesmo tempo às condições objetivas e às experiências subjetivas para por a prova sua existência, a antropologia das políticas da vida se esforça de colocar em tensão a leitura dos fatos pelo antropólogo e pela visão que tem aqueles e aquelas que as vivem, a fim de evitar as análises em que se perde o plumo ou, ao contrário, não se distancia o suficiente para analisar. Inflexões que se tornem também menos duras para que se inscrevam de maneira clara e variável em relação aos diferentes autores e obras. O estudo das políticas de vida abre os espaços propícios para um dialogo de antropólogos não apenas restrito a eles, tal como nos engajamos aqui, mas também um diálogo com homens e mulheres a partir d(o)as quais eles cotam as histórias.

ⁱ Trata-se de Maurice Papon, governante da região francesa da Gironde, que colaborou com a ocupação alemã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AGAMBEN, G. 1997 (1995), *Homo sacer* Le pouvoir souverain et la vie nue. Paris, Seuil. (existe edição brasileira).
- AGIER, M., 2002, *Au bord du monde, les réfugiés*. Paris Flammarion (existe uma outra edição brasileira desse autor que contém essa temática).
- ARENDT H. (1963), *Essai sur la révolution*. Paris Gallimard. (edição brasileira pela editora da UNB).
- AUGE M. et HERZLICH, C., 1984. *Le sens du mal*. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris, Éditions des archives contemporaines. (Existe edição brasileira de Herzlich sobre essa temática)
- BERGER P. et LUCKMAN, 1966, *The social construction of reality. A Treatise in the sociology of Knowledge*. New York, Anchor Books. (edição brasileira da editora Vozes).
- BOURDIEU, P., 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris, Minuit. (edição brasileira pela EDUSP).
- BROSSAT A., 2003, *La démocratie immunitaire*. Paris. La Dispute.
- CANGUILHEM G., 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses Universitaires de France. (edição Brasileira da Editora Forense).
- DANIEL V., 1996, *Charred lullabies. Chapters in an Anthropology of Violence*. Princeton, Princeton University Press.
- DAS, V. 1995, *Critical Events. An Anthropological Perspective on Contemporary India*. Oxford, Oxford University Press. (artigo sobre Veena Das na Revista Saúde e Sociedade).
- DOZON J.P. et D. FASSIN (dir.) 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland.
- FARMER P., 1992, *AIDS and accusation. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley, University of California Press.
- 1999, *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*. Berkeley, University of California Press.
- FASSIN, D. 1998, " Politique des corps et gouvernement des villes " : 7-46, dans D. Fassin (dir.) *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris. La Découverte.
- 2000, "Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé" *Anthropologie et sociétés*, 24, 1:95-116.
- FELDMAN A. 1991, *Formations of Violence. The Narrative of the Body and Political Terror in Northern Ireland*. Chicago, University of Chicago Press.
- FOUCAULT M. 1976. *La volonté du savoir. Histoire de la sexualité. Tome 1*, Paris, Gallimard. (edição brasileira).
- GOOD B. 1994, *Medicine Rationality and experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge, University of Cambridge Press.
- HACKING I. 1995, *Rewriting the Soul. Multiple Personality and The Sciences of Memory*. Princeton University Press.
- 1999, *The social construction of Madness* ? Cambridge, Harvard University Press.
- JAFFRE Y. P. OLIVIER DE SARDAN, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris. Karthala.
- KIM J.Y, J. MILLEN, A. IRWIN et J. GERSHMAN (dir.) 2000, *Dying For Growth. Global Inequality and The Helath of the poor*. Monroe, Common Courage Press.
- KLEINMAN A., 1988, *The Illness Narratives. Suffering, Healing and The Human Condition*. Basic Books.
- LANZARINI C., 2000, *Survivre dans le monde sous-prolétaire*. Paris, Presses Universitaires de France.
- LATOUR, B. 1991. *Nous n'avons jamais été modernes. Essais d'anthropologie symétrique*. Paris. La Découverte.
- LEMARQUIS F. 2004 "L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges d'un township" 235-272 dans D. Fassin (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*. Paris. Karthala.
- LOCK M. 2002, *Twice Dead. Organ Transplants and The Reinvention of Death*. Berkeley, University of California Press.
- MAUSS M. 1980 (1934) " Les Techniques du corps " : 363-386, dans *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses Universitaires de France (Edição Brasileira EDUSP).
- MCCULLOCH J. 1995, *Colonial Psychiatry and the African Mind*, Cambridge, Cambridge University Press

-
- MEMMI D. 2003, Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort. Paris. La Découverte.
- PETRINA A. , 2002, Life Exposed. Biological Citizens after Chernobyl. Princeton , Princeton University Press.
- RABINOW P. , 1996, Essays of The Anthropology of Reason. Princeton, Princeton University Press. (edição Brasileira Relume-Dumará) .
- 1999, French DNA. Trouble in Purgatory. Chicago, University of Chicago Press.
- RAPP R. 2000, Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America. New York, Routledge.
- SCHEPER-HUGHES N. 1992. Death Without Weeping. The Violence of Every-day Life in Brazil. Berkeley, University of California Press.
- 2002 "Bodies for sale – Whole or in Part" 1-8 dans N. Scheper-Hughes et L. Wacquant (dir.) Commodifying Bodies. Londres . sage Publications.
- SINGER M et H. BAER, 1995, Critical Medical Anthropology . Amityville NY, Baywood.
- TAUSSIG M. ,1987, Shamanism, Colonialism and the Wild Man . A study in Terror and Healing. Chicago, University of Chicago Press. (Edição Brasileira Paz e Terra).
- VIDAL L. 1996, Le silence et le sens. Essai sur L'Anthropologie du sida em Afrique. Paris, Anthropos.
- WAHNICH S. 2003, La liberté ou la mort. Essai sur la terreur et le terrorisme. Paris. La Fabrique.
- WITTGENSTEIN L. 1961 (1945) Investigations philosophiques. Paris, Gallimard (edição brasileira ed. Da UNESP).
- YOUNG A. 1995, The Harmony of Illusion. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. Princeton, University of Princeton Press.

